

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Programa de Doctorado: Clínica y aplicaciones del Psicoanálisis
(1994-95 / 1995-96)**

**FACTORES DE RIESGO Y PERSONALIDAD
PREMÓRBIDA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER**

Tesis presentada por:

JOSEP LLUÍS CONDE SALA

Dirigida por:

Dr. Antoni Talarn Caparrós

Para optar al título de Doctor en Psicología

Barcelona, 2001

A la memoria de mi padre

Lo hemos visto en diversas ocasiones: la afectividad constituye la energética de las conductas, el aspecto cognoscitivo de las cuales se refiere únicamente a las estructuras...
... La conducta es, pues, una, incluso si las estructuras no explican la energética y si, recíprocamente, ésta no explica aquellas: los dos aspectos, afectivo y cognoscitivo, son al mismo tiempo inseparables e irreductibles.

“Los factores del desarrollo mental”. *Psicología del niño*. J. Piaget y B. Inhelder (1966).

... el yo se mantiene atento a la realidad del día histórico, verifica las percepciones, selecciona los recuerdos, gobierna la acción e integra de otras maneras las capacidades de orientación y planeamiento del individuo...

El yo, entonces, es una “institución interna” desarrollada para proteger ese orden dentro de los individuos, del que depende todo orden exterior. No es el “individuo”, ni su individualidad, aunque resulta indispensable para ambos.

“El desarrollo del Yo”. *Infancia y Sociedad*. Erik H. Erikson (1963).

La identificación del sujeto se realiza en la infancia y adolescencia con los rasgos y los papeles que pertenecen a individuos afectados por el doble índice de sus caracteres sexuales propios y por un carácter común de seres actuantes, activos. El hecho nuevo en el sujeto que envejece, es que esos dos caracteres de sexualidad genital y de actividad pierden su fuerza y su atractivo ...

... ¿Cómo el yo puede entonces definirse, a qué puede enganchar sus deseos, mientras sus dos señales, hasta entonces débiles del sexo y la actividad, se erosionan y pierden su sentido? ...

El destino terminal del apego... reposa, pues, por los menos, sobre la constitución de un objeto interno que permite una estabilización afectiva, siendo todavía el estatuto psíquico de este objeto el del polo de afluencia del apego.

“Envejecer o los destinos del apego”. *La cuestión del envejecimiento*. H. Bianchi (1992)

Agradecimientos

Quisiera agradecer en primer lugar a los familiares de los enfermos de Alzheimer, así como a las personas mayores del curso: “La memoria, una capacidad que es preciso conservar”, de la Casa Elizalde, su disponibilidad para la realización de la presente investigación. También a los primeros familiares del Centro de Servicios Sociales de Sarrià-Sant Gervasi (Ayuntamiento de Barcelona), que alentaron mi curiosidad y motivaron el inicio del estudio sobre la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer.

A las entidades que han hecho posible mi trabajo como psicólogo en el apoyo y orientación a los familiares de los enfermos de Alzheimer: Alzheimer Catalunya, Fundació A.C.E. (Alzheimer Centro Educativo) y Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer del Baix Llobregat.

A todos los alumnos de la asignatura de Psicogerontología que participaron en la realización de las entrevistas, con gran dedicación e interés.

De la misma forma, a Gemma Dachs por su ayuda en la supervisión de los aspectos formales de la redacción de la investigación.

De una manera especial, expresar mi agradecimiento al Director del estudio, el Dr. Antonio Talam por su mentalidad abierta en lo conceptual, favorable al estudio de una temática incierta y por la actitud de disponibilidad, colaboración y orientación en múltiples aspectos del proyecto. A los profesores de la Universidad de Barcelona, Dra. Teresa Anguera y Dr. Joan Guardia por su orientación y ayuda en los aspectos metodológicos y estadísticos. A la neuróloga Sónsoles Aranceta, por su apoyo en la clarificación de los diagnósticos de los enfermos. Gracias también a la Dra. Anna Cabré, Dtra. del Centre d'Estudis Demogràfics de la Universidad Autónoma de Barcelona y al profesor Julio Pérez, por los valiosísimos datos estadísticos sobre las edades de muerte de los padres en la población general.

Finalmente a todas aquellas personas que se han interesado por el presente trabajo, entre ellas, el Dr. José Manuel Martínez Lage del Dept. de Neurología y Neurocirugía de la Universidad de Navarra, Presidente de la Conferencia Nacional de Alzheimer y el Dr. Antoni Salvà, Cap de la Divisió d'atenció socio sanitària del Servei Català de la Salut, Programa “Vida als anys”, mostrándome su interés, lo cual ha significado para mí un importante estímulo.

Índice general

pág.

Lista de tablas y gráficas	9
Capítulo 1: Introducción	17
1.1 Aspectos generales	17
1.1.1 Antecedentes	17
1.1.2 Justificación y propósitos	19
1.1.3 Método	21
1.2 Marco teórico	22
1.2.1 Concepto de factores de riesgo premórbidos	22
1.2.2 El estrés psicosocial como factor de riesgo	23
1.2.3 La personalidad como factor de riesgo	27
1.3 Planteamiento del problema e hipótesis	33
1.4 Importancia del estudio	35
1.5 Limitaciones del estudio	36
Capítulo II: Revisión de la bibliografía	37
2.1 Envejecimiento y Demencias	37
2.2 Factores de riesgo para las demencias	41
2.3 Investigaciones sobre factores de riesgo no-biológico	45
2.3.1 Factores medioambientales y psicosociales	45
2.3.2 Los eventos vitales y el estrés psicosocial como factores premórbidos	47
2.3.3 La personalidad premórbida como factor de riesgo	49
2.3.4 Las Demencias Tipo Alzheimer, Vascular y los factores de riesgo	56
2.4 Conclusiones	58
Capítulo III: Metodología	59
3.1 Ámbito y fases de desarrollo	59
3.1.1 Los inicios	59
3.1.2 Entrevistas y tipología de grupos	60
3.1.3 Tratamiento estadístico, análisis y redacción	61
3.2 Diseño	62

3.2.1	Los grupos de casos y de control	62
3.2.2	Ámbitos de la investigación	63
3.3	Sujetos y variables independiente	65
3.3.1	Control de variables: Diagnóstico, edad y sexo	65
3.3.2	Procedencia y nivel sociocultural	68
3.4	Material	70
3.4.1	El cuestionario para la entrevista	70
3.4.2	Ítems del cuestionario y variables	70
3.5	Procedimiento	73
3.5.1	Los criterios de selección de las muestras	73
3.5.2	La realización y el control de las entrevistas	74
3.5.3	Procesamiento informático y tratamiento estadístico	75
Capítulo IV: Resultados		77
4.1	Introducción: Análisis de los datos	77
4.2	Resultados	80
4.2.1	Aspectos biológicos familiares y personales	83
4.2.1.1	Antecedentes familiares de enfermedad física	83
4.2.1.2	Causa de muerte del padre y la madre	85
4.2.1.3	Antecedentes personales de enfermedad física	87
4.2.1.4	Comentario global	89
4.2.2	Manifestaciones psíquicas o psicósomáticas familiares y personales	90
4.2.2.1	Antecedentes familiares de enfermedades psíquicas	90
4.2.2.2	Antecedentes personales de enfermedades psíquicas.	92
4.2.2.3	Respuestas psíquicas o psicósomáticas a eventos vitales	94
4.2.2.4	Comentario global	96
4.2.3	Edad de pérdida y/o ausencia de los padres y estilo educativo familiar	97
4.2.3.1	Edad de pérdida de los padres y/o ausencia de estos.	97
4.2.3.2	Resultados en los Ámbitos 1, 2, 3, 4 y 5, en relación con la muerte de los padres, antes de los 20 años de edad del sujeto	103
4.2.3.3	Comparación con los datos de la población general,	

	de la muerte de los padres antes de los 20 años de la edad del sujeto	108
4.2.3.4	Estilo educativo de los padres	111
4.2.3.5	Comentario global	114
4.2.4	Educación y ocupación laboral	115
4.2.4.1	Educación	115
4.2.4.2	Ocupación laboral	117
4.2.4.3	Comentario global	120
4.2.5	Relaciones sociales y de pareja	121
4.2.5.1	Relaciones Sociales	121
4.2.5.2	Relaciones de pareja	123
4.2.5.3	Comentario global	125
4.2.6	Eventos vitales	126
4.2.6.1	Eventos vitales por etapas	126
4.2.6.2	Eventos vitales globales por temáticas, áreas e índice de estrés	135
4.2.6.3	Eventos vitales vinculados al inicio de la demencia	143
4.2.6.4	Comentario global	146
4.2.7	Perfiles de personalidad y relación	149
4.2.7.1	Perfiles factoriales de personalidad	151
4.2.7.2	Perfiles factoriales de relación	164
4.2.7.3	Resultados globales de los perfiles	167
4.2.7.4	Perfiles sin comparación inter – grupos	172
4.2.7.5	Resultados de los factores de personalidad en los Ámbitos 1, 2, 3, 4 y 5	179
4.2.7.6	Muerte de los padres antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación	196
4.2.7.7	Cuadro global sobre los factores de personalidad y relación	202
Capítulo V: Discusión		203
5.1	Discusión por temáticas	203
5.1.1	Aspectos biológicos	204
5.1.2	Aspectos psíquicos	205
5.1.3	Pérdida de los padres y estilo educativo familiar	206

5.1.4 Nivel educativo y Ocupación laboral	209
5.1.5 Relaciones sociales y de pareja	210
5.1.6 Eventos vitales e Índices de estrés	211
5.1.7 Perfiles de personalidad y relación	212
5.2 Discusión por grupos de casos	217
5.2.1 Cuadro-Resumen de los datos, agrupados por temáticas y grupos de casos	217
5.2.2 El conjunto de Casos de Demencia	222
5.2.3 El grupo Alzheimer Total	223
5.2.4 Diferencias entre los grupos Alzh. Mujeres y Alzh. Hombres	225
5.2.5 El grupo Mixta-Vascular	227
5.3 Discusión global	230
Capítulo VI: Conclusiones	234
Referencias bibliográficas	239

Apéndices¹	250
A Cuestionarios para entrevistas	251
B Codificación de variables. SPSS	280
C Índices de estrés	306
D Diseño de grupos y datos sujetos	312
E Resultados completos de la investigación	317
F Datos de la población general sobre la muerte de los padres y las edades de la población	382

¹ El texto hace referencia a unos apéndices que no se presentan con el trabajo, aunque están a disposición.

Índice de tablas y gráficas

Tablas	pág.
Tabla 1: Categorías de eventos vitales por etapas, áreas y temáticas	26
Tabla 2: Los 5 factores de personalidad del BFQ	29
Tabla 3: Elementos de personalidad, organizados según el modelo de los Big Five	31
Tabla 4: Variables dependientes organizadas en áreas temáticas de investigación	34
Tabla 5: Evolución de la población española (1950-2020)	37
Tabla 6: Prevalencia de la demencia en España. 1989-1990	38
Tabla 7: Prevalencia de la demencia en España por sexos. 1989-1992	39
Tabla 8: Prevalencia por tipos de demencia en España. 1989-1992	39
Tabla 9: Tasas de prevalencia por edad según el modelo basal de Jorm (1987)	39
Tabla 10: Prevalencia en el mundo de la enferm. de Alzheimer y demencia vascular (1987)	40
Tabla 11: Factores de riesgo para la demencia (1994-1999)	42
Tabla 12: Cambios en la personalidad del enfermo demente según el NEO-PI (pre – post EA)	50
Tabla 13: Diseño caso-control de la investigación	62
Tabla 14: Ámbitos de la investigación I: General	63
Tabla 15: Ámbitos de la investigación II: Complementarios	64
Tabla 16: Diagnóstico y déficit cognitivo. Grupos de casos y control	66
Tabla 17: Edades. Grupo de casos – grupo control	67
Tabla 18: Sexo. Grupo de casos, grupo control	67
Tabla 19: Función social sujetos. Grupos de casos y control	68
Tabla 20: Nivel educativo y laboral. Grupos de casos y control.	69
Tabla 21: Área territorial. Grupos de casos y control	69
Tabla 22: Ítems del Cuestionario de la investigación	71
Tabla 23: Evaluación del procedimiento de realización de entrevistas	75
Tabla 24: Formulas estadísticas para el contraste de diferencias	76

Tabla	25:	Aplicación de los Índices de significación en el contraste de grupos	79
Tabla	26:	Abreviaturas y tipos de grupos para el análisis, tablas y gráficas	79
Tabla	27:	Temáticas y subtemáticas para el análisis de resultados	80
Tabla	28 a:	Antecedentes familiares de enfermedad física. Resumen de resultados y diferencias significativas	83
Tabla	28 b:	Antecedentes familiares de enfermedad física. Dif. significativas de proporciones	84
Tabla	29 a:	Causa muerte padres. Resumen de resultados y diferencias significativas	85
Tabla	29 b:	Causa muerte padres. Diferencias significativas de proporciones	86
Tabla	30 a:	Antecedentes personales de enfermedad física. Resumen de resultados y diferencias significativas	87
Tabla	30 b:	Antecedentes personales de enfermedad física. Dif. significativas de proporciones	88
Tabla	31 a:	Antecedentes familiares de enfermedades psíquicas. Resumen de resultados y diferencias significativas	90
Tabla	31 b:	Antecedentes familiares de enfermedades psíquicas. Diferencias significativas de proporciones	91
Tabla	32 a:	Antecedentes personales de enfermedades psíquicas. Resumen de resultados y diferencias significativas	92
Tabla	32 b:	Antecedentes personales de enfermedades psíquicas. Diferencias significativas de proporciones	93
Tabla	33 a:	Respuestas psíquicas o psicósomáticas a eventos vitales. Resumen de resultados y diferencias significativas	94
Tabla	33 b:	Respuestas psíquicas o psicósomáticas a eventos vitales. Diferencias significativas de proporciones	94
Tabla	34 a:	Edad pérdida padres. Resumen de resultados y diferencias significativas	97
Tabla	34 b:	Muerte padres <20 años edad sujeto y ausencias padres. Resumen de resultados y diferencias significativas	98
Tabla	34 c:	Edad media de muerte padres. Diferencias significativas de medias aritméticas . .	99
Tabla	34 d:	Edad del sujeto en la pérdida de los padres. Dif. significativas de proporciones .	100
Tabla	34 e:	Muertes padres antes de 20 años edad sujeto. Dif. significativa de proporciones .	101
Tabla	34 f:	Padres ausentes sin especificar edad. Diferencias significativas de proporciones .	101
Tabla	35 a:	Muerte padres antes de los 20 años del sujeto. Resumen de resultados y diferencias significativas en los cinco ámbitos de la investigación	104
Tabla	35 b:	Muerte de los padres antes de los 20 años. Diferencias significativas en los cinco ámbitos de la investigación	105
Tabla	36 a:	Muerte de los padres antes de los 20 años. Comparación con los datos de la población general. Resumen de resultados y diferencias significativas	108

Tabla	36 b: Muertes padres antes de 20 años edad sujeto. Comparación con la población general. Diferencia significativa de proporciones	110
Tabla	37 a: Estilo educativo padres. Resumen de resultados y diferencias significativas	111
Tabla	37 b: Estilo educativo padres. Diferencias significativas de proporciones	113
Tabla	38 a: Educación. Resumen de resultados y diferencias significativas	115
Tabla	38 b: Educación. Diferencias significativas de proporciones	116
Tabla	39 a: Ocupación laboral. Resumen de resultados y diferencias significativas	117
Tabla	39 b: Tipo de trabajo. Diferencias significativas de proporciones	119
Tabla	39 c: Contratación y categoría laboral. Diferencias significativas de proporciones	119
Tabla	40 a: Relaciones sociales. Resumen de resultados y diferencias significativas	121
Tabla	40 b: Relaciones sociales. Diferencias significativas de proporciones y medias aritméticas	122
Tabla	41 a: Relaciones de pareja. Resumen de resultados y diferencias significativas	123
Tabla	41 b: Calificación de la relación de pareja. Diferencias significativas de proporciones y medias aritméticas	124
Tabla	42 a: Eventos vitales: Infancia y adolescencia. Resumen de resultados y diferencias significativas	126
Tabla	42 b: Eventos vitales: Infancia y Adolescencia. Diferencias significativas de proporciones	128
Tabla	43 a: Eventos vitales: Juventud y Mediana Edad. Resumen de resultados y diferencias significativas	129
Tabla	43 b: Eventos vitales: Juventud y Mediana Edad. Diferencias significativas de proporciones	131
Tabla	44 a: Eventos vitales: Vejez. Resumen de resultados y diferencias significativas	132
Tabla	44 b: Eventos vitales: Vejez. Diferencias significativas de proporciones	134
Tabla	45 a: Resumen global eventos vitales por temáticas. Resumen de resultados y diferencias significativas	135
Tabla	45 b: Resumen global eventos vitales por temáticas. Diferencias significativas de proporciones	137
Tabla	46 a: Resumen global eventos vitales por Áreas. Resumen de resultados y diferencias significativas	138
Tabla	46 b: Resumen global eventos vitales por Áreas. Dif. significativas de proporciones	140
Tabla	47 a: Eventos vitales e índices de estrés. Resumen de resultados y diferencias significativas	141
Tabla	47 b: Eventos vitales e índices de estrés. Diferencias significativas de proporciones	142

Tabla	48 a:	Eventos vitales vinculados inicio de demencia (5 últimos años). Resumen de resultados y diferencias significativas	143
Tabla	48 b:	Eventos vitales vinculados al inicio de demencia (5 últimos años). Diferencias significativas de proporciones	145
Tabla	49:	Perfiles de personalidad y relación agrupados por factores. Criterios factoriales	149
Tabla	50 a:	Perfiles de personalidad. Factor I: Energía. Resumen de resultados y diferencias significativas	151
Tabla	50 b:	Perfiles de personalidad. Factor I: Energía. Diferencias significativas de medias aritméticas	153
Tabla	51 a:	Perfiles de personalidad. Factor II: Afabilidad. Resumen de resultados y diferencias significativas	154
Tabla	51 b:	Perfiles de personalidad. Factor II: Afabilidad. Diferencias significativas de medias aritméticas	155
Tabla	52 a:	Perfiles de personalidad. Factor III: Tesón. Resumen de resultados y diferencias significativas	157
Tabla	52 b:	Perfiles de personalidad. Factor III: Tesón. Diferencias significativas de medias aritméticas	158
Tabla	53 a:	Perfiles de personalidad. Factor IV: Estabilidad emocional. Resumen de resultados y diferencias significativas	160
Tabla	53 b:	Perfiles de personalidad. Factor IV: Estabilidad emocional. Diferencias significativas de medias aritméticas	161
Tabla	54 a:	Perfiles de personalidad. Factor V: Apertura mental. Resumen de resultados y diferencias significativas	162
Tabla	54 b:	Perfiles de personalidad. Factor V: Apertura mental. Diferencias significativas de medias aritméticas	163
Tabla	55 a:	Perfiles de relación de pareja. Factor I: Energía. Resumen de resultados y diferencias significativas	164
Tabla	55 b:	Perfiles de relación de pareja. Factor I: Energía. Diferencias significativas de medias aritméticas	165
Tabla	56 a:	Resultados globales de los perfiles de personalidad y relación. Diferencias significativas de medias aritméticas	167
Tabla	56 b:	Perfiles de Personalidad y relación globales agrupados por factores, según diferencias significativas	168
Tabla	57:	Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3'5	171
Tabla	58 a:	Medias aritméticas superiores a 3'5 de los perfiles de personalidad y relación, sin comparación Inter – grupos	173
Tabla	58 b:	Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores, sin comparación, con medias aritméticas superiores a 3'5. Grupo de Casos.	175

Tabla	58 c:	Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores, sin comparación, con medias aritméticas superiores a 3'5. Grupo Control	176
Tabla	59:	Perfiles de personalidad y relación, en los cinco ámbitos de la investigación. Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3'50	181
Tabla	60:	Ámbito 1: General. Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3'50	183
Tabla	61:	Ámbito 2: Matrimonios. Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3'50	184
Tabla	62 a:	Ámbito 3 a: Edad de inicio < 70 años. Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3'50	185
Tabla	62 b:	Ámbito 3 b: Edad de inicio = ó > 70 años. Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias signif de medias aritméticas > 3'50	186
Tabla	63 a:	Ámbito 4 a: Nivel educativo (Analfabetos). Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias signif. de medias aritméticas > 3'50	187
Tabla	63 b:	Ámbito 4 b: Nivel educativo (Est. Primarios). Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas > 3'50	188
Tabla	63 c:	Ámbito 4 c: Nivel educativo (Est. Secundarios y Universitarios). Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas > 3'50	189
Tabla	64 a:	Ámbito 5 a: Área Territorial (Barcelona). Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias signif. de medias aritméticas > 3'50	190
Tabla	64 b:	Ámbito 5 b: Área Territorial (Baix Llobregat). Perfiles de Personalidad y relación agrupados por factores. Diferencias significativas de medias aritméticas > 3'50	191
Tabla	65	Resumen de los perfiles de personalidad por Ámbitos y Grupos de Casos	192
Tabla	66:	Muerte de los padres, antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación. Cuadro general de contrastes	196
Tabla	67 a:	Muerte de los padres, antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación. Diferencias significativas. <u>Todos los casos</u>	197
Tabla	67 b:	Muerte de los padres, antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación. Diferencias significativas. <u>Sólo muerte Padre</u>	198
Tabla	67 c:	Muerte de los padres, antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación. Diferencias signif. <u>Muerte todas las figuras paternas</u>	199
Tabla	67d :	Muerte de los padres, antes de los 20 años de la edad del sujeto y factores de personalidad y relación . Diferencias signif. <u>Ninguna muerte de los padres</u>	200
Tabla	68	Perfiles factoriales de personalidad más destacados	202
Tabla	69 a:	Resumen, por temáticas y grupos generales (Casos Demencia y Alzheimer total), de los datos globales	218
Tabla	69 b:	Resumen, por temáticas y grupos específicos (Alzh. Mujeres, Alz. Hombres y Mixta-Vascular), de los datos globales	220

Tabla 70a:	Resumen de Conclusiones I: Probables factores de riesgo para la enf. de Alzheimer	237
Tabla 70b:	Resumen de Conclusiones II: Generales de la investigación	237

Gráficas		pág.
Gráfica 1 a:	Antecedentes familiares de enfermedad física. Grupos generales	83
Gráfica 1 b:	Antecedentes familiares de enfermedad física. Grupos Alzheimer	83
Gráfica 2 a:	Causa muerte padre. Grupos generales	85
Gráfica 2 b:	Causa muerte padre. Grupos Alzheimer	85
Gráfica 2 c:	Causa muerte madre. Grupos generales	86
Gráfica 2 d:	Causa muerte madre. Grupos Alzheimer	86
Gráfica 3 a:	Antecedentes personales de enfermedad física. Grupos generales	88
Gráfica 3 b:	Antecedentes personales de enfermedad física. Grupos Alzheimer	88
Gráfica 4 a:	Antecedentes familiares de enfermedades psíquicas. Grupos generales	90
Gráfica 4 b:	Antecedentes familiares de enfermedades psíquicas. Grupos Alzheimer	90
Gráfica 5 a:	Antecedentes personales de enfermedades psíquicas. Grupos generales	92
Gráfica 5 b:	Antecedentes personales de enfermedades psíquicas. Grupos Alzheimer	92
Gráfica 6 a:	Respuesta psíquica a eventos vitales. Grupos generales	94
Gráfica 6 b:	Respuesta psíquica a eventos vitales. Grupos Alzheimer	94
Gráfica 6 c:	Respuesta psicosomática a eventos vitales. Grupos generales	95
Gráfica 6 d:	Respuesta psicosomática a eventos vitales. Grupos Alzheimer	95
Gráfica 7 a:	Edad del sujeto en pérdida padre. Grupos generales	98
Gráfica 7 b:	Edad del sujeto en pérdida padre. Grupos Alzheimer	98
Gráfica 7 c:	Edad del sujeto en pérdida madre. Grupos generales	99
Gráfica 7 d:	Edad del sujeto en pérdida madre. Grupos Alzheimer	99
Gráfica 8 a :	Muerte del padre antes de los 20 años de la edad del sujeto en los cinco ámbitos de la investigación. Grupos generales	106
Gráfica 8 b:	Muerte del padre antes de los 20 años de la edad del sujeto en los cinco ámbitos de la investigación. Grupos Alzheimer	106

Gráfica 8 c:	Muerte de los padres antes de los 20 años. Intersección de las diferencias significativas en los cinco ámbitos de la investigación	107
Gráfica 9 a:	Muerte padres < 20 años edad sujeto. Comparación con la población general. Casos < de 70 años. Grupos generales	109
Gráfica 9 b:	Muerte padres < 20 años edad sujeto. Comparación con la población general. Casos < de 70 años. Grupos Alzheimer	109
Gráfica 9 c:	Muerte padres < 20 años edad sujeto. Comparación con la población general. Casos > de 70 años. Grupos generales	109
Gráfica 9 d:	Muerte padres < 20 años edad sujeto. Comparación con la población general. Casos < de 70 años. Grupos Alzheimer	109
Gráfica 10 a:	Rasgos carácter padre. Grupos generales	112
Gráfica 10 b:	Rasgos carácter padre. Grupos Alzheimer	112
Gráfica 10 c:	Rasgos carácter madre. Grupos generales	112
Gráfica 10 d:	Rasgos carácter madre. Grupos Alzheimer	112
Gráfica 11 a:	Nivel educativo. Grupos generales	115
Gráfica 11 b:	Nivel educativo. Grupos Alzheimer	115
Gráfica 12 a:	Tipo de trabajo. Grupos generales	118
Gráfica 12 b:	Tipo de trabajo. Grupos Alzheimer	118
Gráfica 12 c:	Tipo de contratación. Grupos generales	118
Gráfica 12 d:	Tipo de contratación. Grupos Alzheimer	118
Gráfica 13 a:	Grado de relación social. Grupos generales	122
Gráfica 13 b:	Grado de relación social. Grupos Alzheimer	122
Gráfica 14 a:	Relación de pareja. Grupos generales	124
Gráfica 14 b:	Relación de pareja. Grupos Alzheimer	124
Gráfica 15 a:	Eventos vitales Infancia y Adolescencia. Grupos generales	127
Gráfica 15 b:	Eventos vitales Infancia y Adolescencia. Grupos Alzheimer	127
Gráfica 15 c:	Eventos vitales Infancia y Adolescencia por áreas. Grupos generales	127
Gráfica 15 d:	Eventos vitales Infancia y Adolescencia por áreas. Grupos Alzheimer	127
Gráfica 16 a:	Eventos vitales Juventud y Mediana Edad. Personales. Grupos generales	130
Gráfica 16 b:	Eventos vitales Juventud y Mediana Edad. Personales. Grupos Alzheimer	130
Gráfica 16 c:	Eventos vitales Juventud y Mediana Edad. Familiares. Grupos generales	130
Gráfica 16 d:	Eventos vitales Juventud y Mediana Edad. Familiares. Grupos Alzheimer	130
Gráfica 17 a:	Eventos vitales Vejez. Grupos generales	133

Gráfica 17 b:	Eventos vitales Vejez. Grupos Alzheimer	133
Gráfica 17 c:	Eventos vitales Vejez, por áreas. Grupos generales	133
Gráfica 17 d:	Eventos vitales Vejez, por áreas. Grupos Alzheimer	133
Gráfica 18 a:	Eventos vitales Temática global. Personales. Grupos generales	136
Gráfica 18 b:	Eventos vitales Temática global. Personales. Grupos Alzheimer	136
Gráfica 18 c:	Eventos vitales. Temática global. Familiares. Grupos generales	136
Gráfica 18 d:	Eventos vitales. Temática global. Familiares. Grupos Alzheimer	136
Gráfica 19 a:	Eventos vitales. Área personal por etapas. Grupos generales	139
Gráfica 19 b:	Eventos vitales. Área personal por etapas. Grupos Alzheimer	139
Gráfica 19 c:	Eventos vitales. Área familiar por etapas. Grupos generales	139
Gráfica 19 d:	Eventos vitales. Área familiar por etapas. Grupos generales	139
Gráfica 20 a:	Eventos vitales. Índices de estrés. Grupos generales	141
Gráfica 20 b:	Eventos vitales. Índices de estrés. Grupos Alzheimer	141
Gráfica 21 a:	Eventos vitales vinculados inicio de Demencia. Grupos generales	144
Gráfica 21 b:	Eventos vitales vinculados inicio de Demencia. Grupos Alzheimer	144
Gráfica 21 c:	Eventos vitales vinculados inicio de Demencia. Grupos generales	144
Gráfica 21 d:	Eventos vitales vinculados inicio de Demencia. Grupos Alzheimer	144
Gráfica 22 a:	Perfiles de personalidad. Factor I: Energía. Grupos generales	152
Gráfica 22 b:	Perfiles de personalidad. Factor I: Energía. Grupos Alzheimer	152
Gráfica 23 a:	Perfiles de personalidad. Factor II: Afabilidad. Grupos generales	155
Gráfica 23 b:	Perfiles de personalidad. Factor II: Afabilidad. Grupos Alzheimer	155
Gráfica 24 a:	Perfiles de personalidad. Factor III: Tesón. Grupos generales	158
Gráfica 24 b:	Perfiles de personalidad. Factor III: Tesón. Grupos Alzheimer	158
Gráfica 25 a:	Perfiles de personalidad. Factor IV: Estabilidad emocional. Grupos generales	161
Gráfica 25 b:	Perfiles de personalidad. Factor IV: Estabilidad emocional. Grupos Alzheimer	161
Gráfica 26 a:	Perfiles de personalidad. Factor V: Apertura mental. Grupos generales	163
Gráfica 26 b:	Perfiles de personalidad. Factor V: Apertura mental. Grupos Alzheimer	163
Gráfica 27 a:	Perfiles de relación de pareja. Factor I: Energía. Grupos generales	165
Gráfica 27 b:	Perfiles de relación de pareja. Factor I: Energía. Grupos Alzheimer	165

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Aspectos generales

Con el objetivo de situar el contexto social y científico en el cual se desarrolla la investigación empírica presentada, se comentarán de forma general, los elementos y el marco social y profesional que propiciaron el desarrollo del presente estudio, así como sus objetivos y metodología.

1.1.1 Antecedentes

El progresivo aumento de la población mayor de 65 años, así como su mayor esperanza de vida, es un fenómeno que se da con mayor relieve en los países desarrollados. En nuestro país las tasas de envejecimiento están situadas en la actualidad en el 17'1% de la población, cuando hace 30 años se situaban en el 9'7% (Abellán, 1999). Las perspectivas para los próximos decenios indican la consolidación y aumento de este proceso.

El fenómeno del envejecimiento, expresión positiva de la mejora de las condiciones de vida sociales y sanitarias, ha comportado también un incremento de los servicios socio-sanitarios asistenciales por la problemática que conlleva. Los estudios e investigaciones de todo tipo, sobre las variables que inciden en sus condiciones de vida, biológicas, sociales, económicas, etc. han aumentado de forma notable.

También el número de publicaciones sobre psicología del envejecimiento ha tenido un desarrollo espectacular, en consonancia con este mayor interés hacia los temas de la Vejez, especialmente en los dos últimos decenios (Belsky, 1996).

Un caso especial de esta problemática del envejecimiento lo constituyen las enfermedades demenciantes. La enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez por Louis Alzheimer, en el año 1906, según la descripción de Boada (1994):

Una de ellas (una demencia pre-senil) fue individualizada como caso anatomoclínico por Alois Alzheimer en 1906, en una mujer de 51 años que, tras empezar con un delirio celotípico, inició una rápida y progresiva pérdida de memoria, confusión mental, alucinaciones visuales y auditivas, desorientación temporo-espacial y un grave trastorno de lenguaje. (pág. 14)

Sin embargo no es sino a partir de 1970 cuando los estudios epidemiológicos empiezan a dar cuenta de la magnitud de un fenómeno, que en la actualidad ocupa titulares en los medios de comunicación social. Las demencias son consideradas actualmente como uno de los grandes retos del envejecimiento y sin duda el primer problema socio-sanitario asociado a la edad. Las tasas de prevalencia para nuestro país se sitúan alrededor del 9'5% de los mayores de 65 años, siendo la enfermedad de Alzheimer la más importante, con tasas que oscilan entre el 41% y 70% (López Pousa, Vilalta, Llinás, 1995).

En relación con la etiología de las demencias, los procesos implicados y las posibilidades terapéuticas, existen todavía grandes incógnitas, así como también respecto a los patrones epidemiológicos. Los estudios sobre los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer se han concentrado en el ámbito biológico destacando como más aceptados: la edad creciente, la historia familiar de demencia, la presencia de casos de síndrome de Down en la familia y recientemente el genotipo Apo-E4 (Jorm, 1994).

Especialmente, en relación con la enfermedad de Alzheimer, se han ido incrementando los estudios sobre los factores psicosociales y de personalidad, aunque sin llegar a conclusiones aceptadas globalmente. En este sentido Conde (1999), realizó una revisión del tema para dar cuenta de los estudios realizados.

Algunos estudios señalaban determinados factores de tipo psicosocial que tenían una alta correlación con la enfermedad de Alzheimer: un bajo estatus socioeconómico (Evans, Hebert, Beckett y Scherr 1997), un menor nivel educativo (Moritz y Petitti 1993), un grado menor de actividad y relación social (Kondo y Yamashita 1990, Bidzan y Ussorowska 1995), y la presencia de eventos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad (Shen 1992, Shimamura y Takatsuka, 1998), entre otros.

Por otra parte, otros estudios señalaban específicamente rasgos de personalidad premórbidos. Hagnell, Franck, Grasbeck y Ohman (1992), constataban que respecto a los conceptos: autoconfianza - inseguridad y firmeza – sugestibilidad, aquellos sujetos que se desviaban de la media, por exceso o por defecto, tenían más riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer. Bauer y Stadtmuller (1995), encontraban rasgos premórbidos del tipo: tendencia a la evitación-sumisión, tendencia a depender y pedir permiso a otros en decisiones importantes y unas relaciones y trato social restringidos. Y finalmente Malinchoc, Rocca, Coligan, Offord y Kokmen (1997), constataban la presencia de rasgos de introversión y pesimismo en la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer.

1.1.2 Justificación y propósitos

La investigación presentada se desarrolla en este contexto científico de estudio de las demencias en general y de la enfermedad de Alzheimer en particular. De forma más concreta, tiene como objeto de estudio los factores psicosociales y de personalidad que presentan un alto grado de correlación con estas enfermedades, las cuales si bien presentan alteraciones orgánicas claramente identificables, tienen muchas incógnitas respecto a su etiología.

La primera motivación del estudio vino dada por las entrevistas realizadas a familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, a partir del año 1992, desarrollando una tarea de apoyo educativo y emocional a los familiares cuidadores de enfermos de demencia, desde el año 1991 hasta la fecha presente, en diversas Instituciones: Centro de Servicios Sociales “Sarrià-Sant Gervasio”, del Ayuntamiento de Barcelona, Fundación ACE - Alzheimer Catalunya y Asociación de Familiares de Alzheimer del Baix Llobregat, todas ellas en el área de Barcelona.

Algunos familiares insistían, en las entrevistas preliminares de esta tarea de apoyo, que algo de lo que le sucedía al enfermo actualmente ya había estado presente en ellos, mucho antes de desarrollar la enfermedad.

Se referían a un modo de comportarse, de ser, que era como consubstancial a ellos mismos y que en todo caso parecía haber estado como latente en etapas anteriores: juventud y mediana edad; es decir no se referían únicamente a los años inmediatamente anteriores. En otras ocasiones se referían a cambios en la persona enferma a partir de un determinado evento vital. Resultaba no obstante difícil sistematizar estas observaciones. En todo caso, los comentarios en general, apuntaban hacia la hipótesis de una cierta fragilidad personal y/o afectación a partir de un determinado momento.

El propio autor desarrolló un conjunto de hipótesis a partir de los comentarios de los familiares y de sus propias observaciones (Conde, 1996):

La hipótesis que se trabaja y que se quiere plantear como factor de riesgo, haría referencia a la misma estructura de la personalidad, en esta búsqueda de la dimensión psíquica: existirían según esta hipótesis algunos elementos de la personalidad del sujeto que correlacionarían bien con el hecho de que se desencadenara una demencia, constituyéndose así como factores psíquicos de riesgo. Estos factores psíquicos de riesgo estarían presentes antes del desencadenamiento de una demencia, formando parte de la personalidad del sujeto. En el supuesto que esta hipótesis fuera verosímil, ¿Cuáles serían estos factores?

... Esta hipótesis ... fue sugerida a raíz de las entrevistas personales, mantenidas con los cuidadores familiares (personas que atienden a familiares propios con procesos de demencia), y que son previas a la incorporación a un grupo de Soporte a Familias, con una persona mayor discapacitada. En la mayor parte de las entrevistas los familiares hacían referencia a que algunos elementos de la enfermedad, que actualmente eran bien patentes, ellos los habían observado desde hacía mucho tiempo en la vida de esta persona, pero sin darle la mayor importancia. Fue después del inicio de la demencia que aparecieron con otra significación. Se referían a rarezas, dificultades psicomotrices, y trastornos leves en el comportamiento y en el carácter. (pág. 117-118)

El propósito inicial de la presente investigación era, por tanto, conocer si podía justificarse la existencia de factores de riesgo no-biológicos, especialmente psicosociales y de personalidad, tal como señalaban algunos familiares. La revisión de los estudios previos sobre el tema, cuyo conocimiento fue posterior al inicio de la investigación, alentó y confirmó al autor en la *tarea de analizar estos factores de riesgo, psicosociales y de personalidad*.

En caso de confirmarse la identificación de estos factores de riesgo, el propósito último de la investigación vendría motivado por el desarrollo de técnicas de intervención y

políticas socio-sanitarias con la población de riesgo, cuyo objetivo sería la prevención de las demencias y la promoción de la salud para los colectivos específicos.

1.1.3 Método

El análisis de estos factores se realizó a través del diseño de una *investigación empírica y sistemática*, que permitiese minimizar los sesgos subjetivos y verificar las intuiciones de los familiares y del propio investigador sobre los factores de riesgo psicosociales y de personalidad. Los elementos fundamentales de este diseño metodológico fueron:

- a) La elaboración de un *Cuestionario standard* sobre los aspectos temáticos de la investigación, que sirviese de guía para una entrevista estructurada.
- b) La incorporación de *colaboradores*, a los cuáles se les instruyó previamente, para la realización de las entrevistas.
- c) El contraste de los resultados entre un *grupo de casos y un grupo control*.
- d) Los grupos de casos estaban constituidos *por familiares de enfermos con demencia*, que participaban en los grupos de apoyo que se desarrollaban en el marco de las Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. La entrevista se realizaba con ellos, pero *sobre la situación del enfermo con demencia*.
- e) Los grupos control estaban constituidos, por una parte, por *personas mayores sin demencia*, las cuales participaban en cursos de Memoria que se desarrollaban en un Centro Cívico, y por otra por *familiares cuidadores* de los enfermos con demencia que participaban en la investigación. La entrevista se centraba sobre *su propia situación personal*.
- f) *El tratamiento estadístico de las diferencias* entre los grupos de casos y los grupos control, con el objetivo de resaltar aquellas diferencias que fuesen significativas desde el punto de vista estadístico.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Concepto de factores de riesgo premórbidos

Lo primero a subrayar es el concepto de factores de riesgo premórbidos, definidos como aquellas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales respecto a las cuáles, un mayor grado de frecuencia o de exposición de un elemento determinado, se correlaciona con un aumento en la frecuencia de una enfermedad.

No se estaría hablando por lo tanto de factores causales, más directamente relacionados con el mecanismo originario de la enfermedad, sino de factores que son más frecuentes antes de la enfermedad y que están relacionados con una mayor frecuencia en su aparición. La determinación de los factores de riesgo para una enfermedad concreta es importante a causa de sus implicaciones en las políticas de prevención desde la Salud Pública.

El concepto de factores de riesgo se desarrolla en el contexto de la *Epidemiología*, ciencia que estudiaría los fenómenos masivos de las enfermedades, su frecuencia y distribución, en función de múltiples factores referidos a los pacientes -edad, sexo, conductas, características físicas, culturales, profesionales- y también al medio geográfico, climático y demográfico. El objetivo de la epidemiología sería encontrar una correlación entre la frecuencia de una enfermedad y las circunstancias que la favorecen. La constatación de esta relación, aunque se ignore el verdadero mecanismo que la origina, podría permitir la disposición de medidas preventivas eficaces.

Las correlaciones encontradas deben ser consideradas como hechos estadísticos y no directamente como relaciones causales, especialmente en el campo de las enfermedades mentales, por la complejidad de factores que intervienen

Si el principal objetivo de la investigación presentada lo constituye el estudio de los factores de riesgo psicosociales y de personalidad, conviene conocer de forma general cuál es el estado de la cuestión y el marco conceptual.

1.2.2 El estrés psicosocial como factor de riesgo

Un capítulo especial en los factores de riesgo para las enfermedades lo constituye el llamado estrés psicosocial. Se indicarán en primer lugar las principales aportaciones teóricas con relación a este concepto, a partir del interesante artículo de Sandín y Chorot (1996). Posteriormente se hará referencia a las implicaciones en la presente investigación sobre los eventos vitales.

1.2.2.1 Las teorías del estrés. El término estrés aparece en la literatura científica ligado a Selye (1936, 1950). En esta primera teorización el concepto de estrés vendría dado por un conjunto de respuestas fisiológicas inespecíficas a estímulos externos o internos. Las respuestas fisiológicas implicarían la activación del sistema nervioso simpático y de los sistemas neuroendocrinos corticosuprarrenales (secreción de glucocorticoides) y medulosuprarrenales (secreción de catecolaminas). Estas respuestas fisiológicas asociadas al estrés provocarían inhibición del timo y el desarrollo de úlceras pépticas. Según el autor, estas respuestas inespecíficas irían asociadas a alguna etapa del Síndrome general de adaptación (SGA: reacción de alarma, etapa de resistencia, etapa de agotamiento) y estarían relacionadas con un estado de sobreesfuerzo del organismo. En esta concepción la evaluación del estrés debería establecerse en términos fisiológicos (por ej. niveles de cortisol en sangre).

Esta hipótesis pionera de Selye fue modificada por Mason (1968). Este autor demostró que los estímulos emocionales eran agentes más estresores que los propios estímulos físicos y concibió la respuesta de estrés como una movilización neuroendocrina global. La evaluación se realizaría también a través de las respuestas orgánicas psicofisiológicas, neuroendocrinas e inmunológicas (por ej. niveles de hormonas tiroideas)

Un segundo grupo de concepciones se centrará en la evaluación, no de la respuesta, sino del estímulo. En este caso el aspecto central del estrés sería la evaluación de los factores medioambientales estresantes. Holmes y Rahe (1967) se centraron sobre los sucesos vitales, concebidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con modificar las actividades usuales del individuo, y en este sentido elaboraron una primera escala para cuantificar el estrés psicosocial (“Schedule of recent experience SRE”). El potencial estresante de un suceso vital estaría relacionado con la cantidad de cambio que implica.

Posteriormente, sobre los planteamientos de Holmes, fueron introduciéndose modificaciones, ya sea en el sentido de valorar, con una escala, el impacto de los eventos vitales por el propio individuo, como Paykel (1983), Rahe y Arthur (1978), Sarason, Johnson y Siegel (1978), o bien reforzando una concepción estandarizada del efecto estresante de los eventos vitales, como Dohrenwend y Dohrenwend (1984).

Una tercera concepción es la de Lazarus y Folkman (1984) se basaría en las reacciones y valoración del individuo frente a los elementos del medio, dando relevancia a la experiencia personal en cada evento. Características del elemento estresor, estrategias de afrontamiento, apoyo social y variables emocionales, formarían un sistema teórico más complejo y elaborado.

Existen versiones españolas de algunas de las escalas para la evaluación de los eventos vitales:

- La “Escala de sucesos vitales, PERI” (Fernández-Ballesteros, Vizcarro, Souto e Izal, 1987) es la versión española de la “Psychiatric epidemiology research interview, PERI: Life events scale” de Dohrenwend, Krasnoff, Askenas y Dohrenwend (1982).
- La “Escala de sucesos vitales, ESV” (González de Rivera y Morera, 1983), adaptación de la escala de Holmes y Rahe (1967), “Schedule of recent experience SRE”.
- El “Cuestionario de sucesos vitales, CSV” (Sandín y Chorot, 1987), escala de evaluación aplicable a la población general y ajustada al entorno sociocultural de España, más en consonancia con el modelo de Lazarus y Folkman (1984)

Las teorías del estrés significan un paso muy importante para la comprensión del impacto de los eventos vitales y de las reacciones del organismo humano globalmente considerado. Son sin embargo insuficientes si no se complementan con el análisis de la personalidad desde un punto de vista amplio. La vivencia de un determinado acontecimiento no depende, únicamente de las configuraciones cognitivas tal como señalan los teóricos del estrés, sino de constelaciones más amplias de la personalidad que incluyen factores cognitivos y factores emocionales. En un trabajo anterior, Conde (1996), comentando las similitudes y diferencias entre Piaget y Freud, así como la interacción entre las capacidades cognitivas y las emocionales, se señalaba a partir de un

texto singular y poco desarrollado del propio Piaget e Inhelder (1966), pero fundamental para las hipótesis defendidas:

Lo hemos visto en diversas ocasiones: la afectividad constituye la energética de las conductas, el aspecto cognoscitivo de las cuales se refiere únicamente a las estructuras. No existe pues, ninguna conducta, por intelectual que sea, que no comporte a título de móvil factores afectivos; pero recíprocamente, no existen estados afectivos sin intervención de percepciones o de comprensión que constituyen la estructura cognoscitiva.. La conducta es, pues, una incluso si las estructuras no explican la energética y si recíprocamente, ésta no explica aquellas: los dos aspectos, afectivo y cognoscitivo, son ambos inseparables e irreductibles (pág. 171)

Eventos vitales y perfiles de personalidad serían el binomio a explorar. Este segundo elemento permitiría priorizar la exploración de la estructura de la personalidad, en la tarea de identificar factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. El objetivo de esta prioridad sería poder definir los perfiles de riesgo premórbidos, y evaluar en relación con ellos el impacto de un conjunto de eventos vitales que se inscriben en un marco más amplio: la perspectiva de la vejez como una etapa específica del ciclo vital, en la cual hay que asumir de forma ineludible y personal unos cambios y unas pérdidas.

1.2.2.2. El estrés psicosocial en la investigación. Como ha podido observarse hay una evolución de los conceptos teóricos a través del tiempo, desplazándose el interés, centrado inicialmente en la respuesta interna orgánica, después en el estímulo externo estandarizado, hasta llegar a centrarse en la respuesta global del individuo interactuando con el medio, según el modelo de Lazarus. El enfoque teórico del presente estudio se encuentra más próximo a esta teorización, que tiene en cuenta la percepción del sujeto respecto a los eventos vitales, especialmente para los sucesos recientes. No hay que olvidar, no obstante, que existen sucesos importantes en la vida de las personas que sin embargo no son evocados como elementos estresantes, porque efectivamente no lo fueron, o porque, en el momento en que sucedieron, el sujeto no podía conceptualizar la trascendencia de un determinado evento: por ejemplo la muerte de los padres.

En la investigación presentada no se ha utilizado ninguna prueba estandarizada para su evaluación, sino un cuestionario elaborado específicamente para la ocasión dadas las circunstancias:

- a) El sujeto sólo puede responder a través del familiar. Es decir que probablemente solamente podrá tenerse acceso a aquellos eventos vitales que han sido tan importantes que han trascendido el marco individual
- b) La voluntad del investigador de considerar el conjunto de todo el ciclo vital y no solamente el momento actual. La mayoría de los cuestionarios estandarizados utilizan el período de doce meses para consignar los eventos vitales.

Por lo tanto la evaluación de los eventos vitales debe considerarse como una aproximación a la detección de aquellos elementos que, según los familiares han afectado más al enfermo. Los elementos encontrados y que respondían a la pregunta: ¿Qué circunstancias personales o familiares le han afectado profundamente?, se han organizado por etapas, áreas y temáticas, en función de los resultados obtenidos de la forma que se indica en la tabla 1.

Tabla 1: Categorías de eventos vitales por etapas, áreas y temáticas

<i>Etapas vitales</i>			<i>Etapa vital</i>	
Infancia y Adol. 0 – 20 años	Juv. y Med. Edad 20 – 60 años	Vejez > 60 años	Últimos eventos vitales (5 últimos años)	
<i>Áreas de cada etapa</i>			<i>Áreas</i>	
Personales	Familiars		Personales	Familiars
<i>Temáticas</i>	<i>Temáticas</i>		<i>Temáticas</i>	<i>Temáticas</i>
Cambios domicilio	Problemas familiares		Físicos	Padre / madre
Guerra	Enfermedades familiares		Psíquicos	Esposo / esposa
Economía	Muertes familiares		Laborales	Hijos
Escuela /Trabajo	Otros familiares		Otros personales	Otros familiares
Otros conflictos				
Total personales	Total familiares		Total personales	Total familiares

Se ha constatado la frecuencia de cada evento vital y el tipo de respuesta psíquica o psicósomática asociada y también se ha cuantificado el estrés derivado de los eventos utilizando las Escalas de Holmes y Rahe (1967), González de Rivera y Morera (1983) y Dharma Sing (1998). Ver Apéndice C: Índices de estrés.

Siguiendo el criterio de intentar evaluar los eventos vitales de fondo, más de tipo estructural, se ha dedicado un apartado especial al análisis de las pérdidas / ausencias de los padres y su estilo educativo. En relación con estas pérdidas, en muchas ocasiones no valoradas suficientemente por los familiares, debería darse la razón a Dohrenwend y Dohrenwend (1984), en el sentido de considerar a determinados eventos vitales con valor objetivo propio, independientemente de la valoración del sujeto o del familiar allegado.

1.2.3 La personalidad como factor de riesgo

Otro gran capítulo dentro de los factores de riesgo lo constituye la propia personalidad. Sería insuficiente contemplar únicamente a los eventos vitales como factores de riesgo para los trastornos físicos o psíquicos. Es necesario conocer algo de la estructura psíquica del individuo para conocer su predisposición, actitud personal y capacidades de afrontamiento ante los eventos vitales ya que no tendrán en todos los individuos la misma capacidad estresante. Es decir se quiere distinguir entre lo que sería, por una parte, los elementos que constituirían la personalidad de base (determinada por los eventos personales y familiares de la infancia y adolescencia) y por otra los eventos vitales de las demás etapas y especialmente aquellos que aparecen más vinculados al inicio de la demencia.

Se revisará en primer lugar algunos de los elementos teóricos relacionados con la personalidad como factor de riesgo a partir del texto de Lemos (1996) y posteriormente se hará referencia al análisis de los factores personales en la investigación presentada.

1.2.3.1 Patrones y perfiles de personalidad. Existen diversos estudios sobre los patrones de personalidad considerados como factor de riesgo. Los primeros a reseñar son los

relativos a los patrones de conducta más habitualmente comentados en los estudios de psicología clínica y de la salud:

- *Patrón de conducta tipo A*: Riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares, destacando las investigaciones de Booth-Kewley y Friedman (1987)

Rasgos: cólera, agresividad, hostilidad, dominancia, rigidez

- *Patrón de conducta tipo C*: Riesgo de padecer enfermedades cancerosas, destacando las investigaciones de Eysenck (1988, 1990) y Grossarth-Maticek y Eysenck (1989)

Rasgos: cooperadores, apaciguadores, no asertivos, superpacientes, evitadores de conflictos, deseosos de armonía, cumplidores, inhibidos emocionalmente, incapaces de controlar el estrés, con sentimientos de desesperanza y desamparo y depresión.

Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) desarrollaron una prueba, el PSQ, “Personality-stress questionnaire”, para evaluar estos factores de riesgo de personalidad, con resultados comprobados en estudios posteriores. Establecieron 6 tipos de predisposición:

- Tipo 1: Predisposición al cáncer
- Tipo 2: Predisposición a enfermedades cardíacas
- Tipo 3: Conducta psicopática, con poca probabilidad de fallecer de cáncer / infarto
- Tipo 4: Sano, caracterizado por comportamiento autónomo
- Tipo 5: Tendencias racionales y antiemocionales, propenso a depresión y cáncer
- Tipo 6: Conducta antisocial y posiblemente criminal, propenso a adicción a drogas

El segundo gran modelo que es preciso comentar es el “NEO-PI, Neuroticism, extraversion, openness personality inventory” de Costa y McCrae (1985). Ha sido desarrollado para la evaluación de los considerados cinco grandes factores de personalidad y es en la actualidad uno de los instrumentos estrellas de evaluación. El modelo sostiene que las diferencias individuales en los estilos emocionales, experienciales, interpersonales etc. pueden resumirse en cinco grandes dimensiones, en las cuales se especifican sus características:

- Neuroticismo: afectividad negativa o ansiedad, con tendencia a experimentar emociones negativas como temor, culpabilidad o frustración.

- Extraversión: energía o entusiasmo que se expresa en forma de sociabilidad, dominancia, elevado grado de actividad y energía.

- Apertura a la experiencia: flexibilidad, curiosidad intelectual, sensibilidad estética, imaginación y actitudes no dogmáticas.
- Amabilidad y sensibilidad a las relaciones personales: actitudes de confianza, simpatía y cooperación
- Orden, control y escrupulosidad: atributos relacionados con la autodisciplina, adherencia a principios, organización y persistencia en las metas.

Una variante del modelo anterior es el “BFQ, Cuestionario Big Five” de Caprara, Barbanelli, Borgogni y Perugini (1993), del cual existe una versión española adaptada. En el BFQ los factores están organizados de forma sensiblemente diferente (tabla 2). A pesar de las diferencias entre el NEO-PI y el BFQ, las equivalencias son notables:

I) Extraversión \approx Energía; II) Amabilidad \approx Afabilidad; III) Orden \approx Tesón; IV) Neuroticismo \approx Estabilidad emocional; V) Apertura a la experiencia \approx Apertura mental.

Tabla 2: Los 5 factores de personalidad del BFQ.

<i>Factores</i>	<i>Características</i>
<u>Energía</u> :	Persona dinámica, activa, enérgica, dominante y locuaz Subdimensiones: Dinamismo y Dominancia
<u>Afabilidad</u> :	Persona cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática Subdimensiones: Cooperación / Empatía y Cordialidad / Amabilidad
<u>Tesón</u> :	Persona muy reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente y perseverante Subdimensiones: Escrupulosidad y Perseverancia
<u>Estabilidad emocional</u> :	Persona poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable Subdimensiones: Control de las emociones y Control de los impulsos
<u>Apertura mental</u> :	Persona muy culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas Subdimensiones: Apertura a la cultura y Apertura a la experiencia

Siguiendo los criterios del BFQ, estos cinco factores son definidos de la siguiente forma:

I Energía: La persona con una puntuación alta en esta dimensión, tiende a describirse como muy dinámica, activa, enérgica, dominante y locuaz.

Esta dimensión viene definida por la dos subdimensiones *Dinamismo* y *Dominancia*. La primera tiende a medir aspectos relativos a comportamientos enérgicos y dinámicos, la facilidad de palabra y el entusiasmo. La segunda tiene a medir aspectos relacionados con la capacidad de imponerse, sobresalir, hacer valer la propia influencia sobre los demás.

II Afabilidad: La persona que alcanza puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como muy cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática.

Esta dimensión se define por las subdimensiones de *Cooperación / Empatía* y *Cordialidad / Amabilidad*. La primera pretende medir aspectos asociados a la capacidad para comprender y hacerse eco de los problemas y necesidades de los demás y cooperar eficazmente con ellos. La segunda mide aspectos relacionados con la afabilidad, confianza y apertura hacia los demás.

III Tesón: La persona que presenta alta puntuación en esta dimensión tiende a describirse como muy reflexiva, escrupulosa, ordenada, diligente y perseverante.

Esta dimensión se define por las dos subdimensiones de *Escrupulosidad* y *Perseverancia*. La primera pretende medir aspectos relativos a fiabilidad, meticulosidad y amor por el orden: La segunda mide aspectos que se refieren a la persistencia y tenacidad con que se llevan a cabo las tareas y actividades emprendidas y el no faltar a lo prometido.

IV Estabilidad emocional: La persona que obtiene una puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como poco ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable.

Esta dimensión se define por la dos subdimensiones de *Control de las emociones* y *Control de los impulsos*. La primera mide básicamente aspectos concernientes al control de los estados de tensión asociados a la experiencia emotiva. La segunda mide aspectos relativos a la capacidad de mantener el control del propio comportamiento incluso en situaciones de incomodidad, conflicto y peligro.

V Apertura mental: La persona que obtiene una puntuación alta en esta dimensión tiende a describirse como muy culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas, dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas.

Esta dimensión viene definida por las subdimensiones de *Apertura a la cultura* y *Apertura a la experiencia*. La primera pretende medir los aspectos que atañen al interés por mantenerse informados, interés hacia la lectura e interés por adquirir conocimientos. La segunda mide aspectos de la *Apertura Mental* referidos a la disposición favorable hacia las novedades, a la capacidad de considerar cada cosa desde perspectivas diversas y a la apertura favorable hacia valores, modos de vida y culturas distintos.

“BFQ, Cuestionario Big Five”. Caprara, Barbanelli, Borgogni y Perugini (1993), (pág. 36-39).

1.2.3.2. Los perfiles de personalidad en la investigación. En relación con los factores de riesgo de personalidad, se ha seguido el modelo de los Big Five de Caprara, Barbanelli, Borgogni y Perugini (1993), especialmente en el momento de organizar el resultado de los datos obtenidos, por considerar que se adaptaba mejor al contenido de éstos.

El hecho realizar el estudio a partir de la información de los familiares determinó que no se administrara la prueba de los autores citados, sino una serie de ítems seleccionados, respecto a los cuales se situaba, en una escala bipolar de 1 a 7, el grado coincidente con el del enfermo. Las preguntas que se hacían al familiar del enfermo se ubicaban en el contexto de 15 años antes, es decir cuando éste no estaba afectado por la demencia. Los 23 ítems bipolares se presentarán siguiendo el modelo de los Big Five (tabla 3). Se aporta al mismo tiempo una breve definición del polo negativo de dichos ítems.

Tabla 3: Elementos de personalidad, organizados según el modelo de los Big Five

<i>5 Factores de personalidad</i>		<i>Ítems bipolares</i>		<i>Aspectos</i>
		+	-	
I	Energía	Autonomía	- Dependencia	Relación de pareja
		Dominancia	- Sumisión	Relación de pareja
		Autonomía	- Dependencia	Personalidad
		Dominancia	- Sumisión	Personalidad
		Criterio propio	- Imitación	Personalidad
		Seguridad	- Inseguridad	Personalidad
		Afrontamiento	- Evitación	Personalidad
		Asertividad	- Inhibición	Personalidad
II	Afabilidad	Generosidad	- Egoísmo	Personalidad
		Altruismo	- Egocentrismo	Personalidad
		Extroversión	- Introversión	Personalidad
		Sociabilidad	- Retraimiento	Personalidad
III	Tesón	Responsabilidad	- Irresponsabilidad	Personalidad
		Organizado	- Caótico	Personalidad
		Realista	- Utópico	Personalidad
		Convencional	- Anárquico	Personalidad
IV	Estabilidad emocional	Optimista	- Pesimista	Personalidad
		Entereza	- Afectación	Personalidad
		Serenidad	- Ansiedad	Personalidad
		Continencia	- Impulsividad	Personalidad
		Pacífico	- Irritable	Personalidad
V	Apertura mental	Interesado ext.	- Indiferente ext.	Personalidad
		Flexibilidad	- Rigidez	Personalidad

Afrontamiento – **Evitación:** Conducta que se caracteriza por soslayar aquellos temas personales en los que es necesario una actitud activa tendente a la resolución de la situación.

Altruismo – **Egocentrismo:** Situación personal en la cual el sujeto tiende a considerarse el centro del mundo, reclamando la atención de los demás, omitiendo el punto de vista o necesidades de los otros.

Asertividad – **Inhibición:** Característica de la persona que tiene dificultades para expresar su punto de vista o defenderse en una situación con diversidad de opciones o de criterios.

Autonomía – **Dependencia:** Tendencia a buscar la ayuda y protección de los demás, a remitirse a alguien para poder tomar una decisión, debido a una pérdida o ausencia de maduración y autonomía

Continencia – **Impulsividad:** Tendencia a mostrar actos repentinos que escapan al control de la voluntad y que se desarrollan casi automáticamente una vez iniciados.

Convencional – **Anárquico:** Comportamiento que se aleja de las normas y convenciones sociales, con actitudes erráticas y faltas de consistencia y organización

Criterio propio – **Imitación:** Tendencia a reproducir el comportamiento del modelo observado o contiguo, en relación con opiniones, actitudes, ideas, con inhibición o falta de desarrollo del propio criterio

Dominancia – **Sumisión:** Acción de aceptar, por parte de una persona, una exigencia, que pretende obtener de ella un comportamiento o un cambio cognitivo o perceptivo

Entereza – **Afectación:** Característica de quedar muy impresionado, conmovido o afligido por acontecimientos o circunstancias externas o internas

Extroversión – **Introversión:** Tendencia al repliegue sobre sí mismo, reflexión interior y con poca comunicación con las personas del entorno próximo, en relación con los temas que preocupan al individuo.

Flexibilidad – **Rigidez:** Empecinamiento de un individuo sobre sus propios actos u opiniones, con dificultades para cambiar o modificar su punto de vista al ser contrastado con la realidad u otras opiniones.

Generosidad – **Egoísmo:** Actitud tendente a buscar la propia satisfacción ignorando las necesidades y deseos de satisfacción de los demás

Interesado – **Indiferente temas externos:** Tendencia a centrarse en los temas propios o del entorno inmediato como la propia familia, sin importarle los temas sociales o del entorno más amplio

Optimismo – **Pesimismo:** Actitud tendente a ver el transcurso de las acciones, sucesos o proyecciones del futuro, de forma negativa, sobrevalorando las dificultades y las circunstancias adversas.

Organizado – **Caótico:** Característica del individuo que tiene falta de orden y método en relación con sus tareas, material utilizado, objetivos y finalidades.

Pacífico – **Irritable:** Comportamiento que expresa su disconformidad o frustración de forma colérica o con, mal carácter, mediante quejas, nervios, enfrentamientos, etc.

Realista – **Utópico:** Actitud tendente a no valorar suficientemente las circunstancias de la realidad, recreándose en la ensoñación de los propios ideales o en objetivos inalcanzables.

Responsabilidad – **Irresponsabilidad:** Tendencia a no asumir las tareas que se le suponen propias de un individuo, definidas por la propia persona, por convención social o por acuerdos interpersonales.

Seguridad – **Inseguridad:** Tendencia a tener dudas, incertidumbres, fluctuaciones, desequilibrios, frente a una tarea o circunstancia.

Serenidad – **Ansiedad:** Miedo, temor generado por circunstancias internas o externas que superan las capacidades de la persona para hacerles frente

Sociabilidad – **Retraimiento:** Tendencia a la soledad y al rechazo del contacto con los demás en el marco de las relaciones sociales

1.3 Planteamiento del problema e hipótesis

La investigación presentada pretende *estudiar los factores de riesgo desde una perspectiva integral, analizado la frecuencia de factores biológicos, psicológicos y sociales*, aunque poniendo el acento en los dos últimos aspectos. Existe una preponderancia de estudios realizados atendiendo a los factores biológicos y en cambio los aspectos psicosociales y de personalidad han sido insuficientemente investigados. Las razones de este desfase no son exclusivas de las Demencias. En el campo de las Ciencias de la Salud, a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) del estudio del ser humano desde el punto de vista bio-psico-social, las investigaciones biológicas, en coherencia con el modelo médico, no son solamente mayoritarias, sino a veces excluyentes de otros planteamientos.

Sin embargo existen razones de evidencia empírica, suficientemente relevantes, como para estudiar los factores psicosociales y de personalidad concurrentes, sin que esto implique desconocer, minimizar o excluir a los factores propiamente biológicos, los cuáles evidentemente están presentes. La investigación puede considerarse, en parte un estudio epidemiológico (Áreas 1 a 6 de la tabla 4) y, en parte, un estudio clínico (Aspectos de las áreas 2, 3, 4, 6 y área 7 de la tabla 4)

Los elementos fundamentales del planteamiento del problema pueden resumirse así:

LOS OBJETIVOS :

- 1) *Establecer unos perfiles de factores de riesgo bio-psico-sociales para las demencias en general y de una manera específica para la enfermedad de Alzheimer.*
- 2) *Proporcionar elementos para políticas y técnicas de intervención en relación con la Prevención de las Demencias*

LA HIPÓTESIS :

En el desencadenamiento de una Demencia actúan unos factores de riesgo que no son únicamente biológicos o genéticos, sino también de tipo psicosocial y de personalidad, con un perfil específico de factores para cada tipo de demencia, y que estarían presentes anteriormente al desarrollo de la enfermedad.

La hipótesis específica para la enfermedad de Alzheimer es la de una personalidad premórbida frágil, con dificultades para afrontar los retos que se plantean al final de la mediana edad y la vejez, y que ha mantenido una relación de dependencia con personas de su entorno familiar.

EL DISEÑO de la investigación :

Un estudio casos-control, de sujetos con demencia y sin demencia, a partir de una muestra de sujetos con valores similares de edad y sexo, para el contraste de resultados estadísticos en las frecuencias de las variables dependientes.

La exploración de los sujetos con demencia se hará a través del familiar cuidador principal y la de los sujetos sin demencia, de forma directa.

LAS VARIABLES dependientes a explorar se muestran en la tabla 4, organizadas en áreas de investigación:

Tabla 4: Variables dependientes organizadas en áreas de investigación

<i>Áreas de investigación</i>	<i>Grupos de Variables dependientes</i>
1) Aspectos biológicos familiares y personales	Antecedentes familiares de enfermedad Relaciones sociales y de pareja Causa muerte padre y madre Antecedentes personales de enfermedad
2) Manifestaciones psíquicas o psicósomáticas familiares y personales	Enfermedades psíquicas familiares Enfermedades psíquicas personales Respuestas psíquicas y psicósomáticas a eventos vitales
3) Familia y estilo educativo	Edad de pérdida de los padres y/o ausencia de estos Estilo educativo padres
4) Aspectos relacionales	Relaciones sociales Relaciones de pareja
5) Educación y Trabajo	Nivel educativo – social Ocupación laboral
6) Eventos vitales	Eventos vitales. Etapas, Áreas y Temáticas Eventos vitales. Índices de estrés. Etapas y Áreas Eventos vitales vinculados al inicio de la Demencia
7) Perfiles de personalidad y relación	Perfiles de personalidad Perfiles de relación de pareja

1.4 Importancia del estudio

La investigación empírica presentada lleva algunos años de gestación (1992-1997) y tres años de desarrollo. Ha estado conectada con una extensa actividad profesional y ha significado un importante esfuerzo personal. El estudio de los factores de riesgo para las demencias se incluye en esta tarea que Jorm (1994) denomina como área muy floreciente:

El estudio de los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, que no existía prácticamente hace una década, es en la actualidad un área de investigación muy floreciente. Es importante a causa de sus implicaciones para la prevención de la enfermedad. Las campañas de salud pública para la enfermedad usualmente toma como punto de partida la modificación de los factores de riesgo. Se han estudiado una gran diversidad de factores de riesgo potenciales, muchos de los cuales se han evaluado sólo en uno o dos estudios y no han dado resultados positivos (pág. 149)

La importancia de la tarea está relacionada con las consecuencias de su identificación. Poder saber con claridad los factores de riesgo permitiría el desarrollo de políticas y técnicas de intervención en el campo de la Prevención en la Salud Pública.

Por otra parte la investigación pretende situarse en la línea del estudio integral de las manifestaciones de la conducta humana -las enfermedades serían una de éstas- y contribuir de esta forma a una visión más completa, dentro de esta óptica bio-psico-social. En el campo de las Ciencias de la Salud, la Psicología puede aportar elementos importantes en la comprensión de las Demencias. La Neuropsicología se ha convertido en este sentido en una pieza básica en las unidades de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en los servicios sanitarios.

Sería deseable que la Psicología Clínica y de la Salud se incorporasen también a las tareas socio-sanitarias. Desde hace tiempo los Psicólogos Clínicos realizan tareas de apoyo y orientación a las familias con un enfermo de Alzheimer, en el marco de Asociaciones de Familiares, Centros de Día, etc. Convendría que estuviesen también presentes en los Servicios Sanitarios, tanto para la realización de estas tareas de apoyo a los familiares, como para las de investigación y trabajo psicoterapéutico con los enfermos.

1.5 Limitaciones del estudio

Obviamente todos los estudios empíricos tienen sus limitaciones y éste también. Está concebido, por su amplitud, como una primera aproximación a la identificación de los factores de riesgo. La primera limitación es ésta sin duda. Se planteó como un estudio muy amplio, afortunadamente provechoso, pero que es preciso focalizar más en aquellos aspectos que han aparecido como relevantes: estructura familiar, fragilidad personal, eventos vitales.

La segunda limitación tiene relación con el diseño de grupo de casos – grupo control. Se hace realmente difícil conseguir grupos homogéneos en las variables independientes. El sesgo cultural y educativo aparece como un elemento importante a controlar. En este sentido el estudio del *Ámbito 2: Matrimonios*, podría minimizar el problema. Éste se realizaría sobre un subgrupo de los grupos de casos y del grupo control: los matrimonios y parejas de hecho que participan de los dos grupos; de esta manera se controlarían algunas variables ya que los matrimonios suelen tener unas variables comunes: edad, procedencia social, nivel de estudios, etc.

La información sobre los sujetos a partir de la información del familiar cuidador principal tiene algunos riesgos. Se hubiera podido recabar información de otro familiar pero sin duda este dato hubiese supuesto un enorme esfuerzo.

Las investigaciones sobre la fiabilidad de los cuidadores como informadores en general es positiva, excepto para las conductas depresivas de los enfermos. Strauss y Pasupathi (1994) y Siegler, Dawson y Welsh (1994) comprobaron la fiabilidad de las descripciones de personalidad premórbida y presente de los cuidadores de enfermos de Alzheimer utilizando el NEO-PI; los resultados apoyaban la fiabilidad de las descripciones. Heun, Burkart y Maier (1995, 1996) en muestras de pacientes mayores con un 50% de enfermos de Alzheimer y /o depresión mayor, señalaban que los familiares de los enfermos eran mejores informadores que los familiares de los controles. La evaluación de las cadencias de desordenes psiquiátricos eran bastante similares.

Por otra parte, Bolger, Strauss y Kennedy (1998), Heun y Muller (1998) y Strauss, Lee, y DiFilippo (1997), encontraron diferencias en la evaluación de los cuidadores de enfermos de Alzheimer en relación con la conducta depresiva.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

2.1 Envejecimiento y demencias

La mayor esperanza de vida y la reducción del índice de natalidad son los factores demográficos que permiten explicar este incremento de los porcentajes de mayores de 65 años respecto a la población total, así como el aumento del número de personas mayores de 80 años en los países desarrollados. (SEGG 2000).

En nuestro país, en sólo 50 años se ha más que duplicado el porcentaje de mayores de 65 años; por otra parte las proyecciones para el año 2020 indican que este índice se habrá triplicado (tabla 5: Abellan, 1999). Con algunas diferencias estas proyecciones son similares a las de los demás países europeos (García y Martínez, 1999).

Tabla 5: Evolución de la población española (1950-2020)

<i>Años</i>	<i>Total (miles)</i>	<i>> de 65 años (miles)</i>	<i>%</i>
1950	27.977	2.023	7'2
1960	30.529	2.505	8'2
1970	34.041	3.291	9'7
1981	37.683	4.237	11'2
1991	38.872	5.352	13'8
1998	39.394	6.467	16'4
2001	39.538	6.773	17'1
2011	39.786	7.521	18'2
2020	39.248	7.888	20'1

Fuente: A. Abellán (1999). Indicadores demográficos sobre el envejecimiento

Los datos presentados refuerzan la concepción de que la problemática asociada al envejecimiento va a seguir ocupando, por su magnitud, grandes esfuerzos para conocer,

tanto los elementos implicados en el ámbito personal, como las políticas de planificación, sociales y sanitarias, necesarias. Concretamente, la prolongación de la vida ha determinado un enorme crecimiento de la dimensión sociosanitaria asociada a las enfermedades del envejecimiento.

Desde hace dos décadas los estudios epidemiológicos empiezan a dar cuenta de la magnitud de un fenómeno. Un repaso a los estudios epidemiológicos, a través del concepto de prevalencia (número de casos que existen en una población en un determinado tiempo), ayudará a resaltar la magnitud del fenómeno.

Tabla 6: Prevalencia de la demencia en España. 1989-1992

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Población</i>	<i>Edad (>)</i>	<i>Prevalencia (%)</i>
Lobo	1989	Zaragoza (1.080)	64	7'4
Pérez	1989	Pamplona (393)	64	8'9
Bermejo	1989	Madrid (379)	64	10'0
Coria	1990	Segovia (210)	64	5'2
López-Pousa	1990	Girona (244)	64	13'9
Pi	1992	Tarragona	64	14'9
Media estudios	> 65 años			9'5
Media estudios	65-74 años			4'5
Media estudios	75-84 años			12'5
Media estudios	> de 85 años			29'7

Fuente: López Pousa, Vilalta, Llinás (1995). Epidemiología de las demencias en España

Los datos referidos a España, en relación con las Demencias, se consignan en las Tablas 6, 7 y 8 (López Pousa, Vilalta, Llinás, 1995). Los autores, comentan que si bien la prevalencia promedio global del 9'5% es alta, ésta se sitúa dentro de la variabilidad observada en el resto de países europeos.

Por otra parte, López de Munain (1997), después del análisis global de los resultados de diversos estudios en Europa, sitúa la prevalencia de la demencia para la población mayor de 65 años en el 6'5%, y para los mayores de 85 años en el 27'5%. De forma global los parámetros manejados por los estudios españoles se sitúan en el contexto de la variabilidad de los estudios europeos occidentales, y en cambio estarían alejados de los parámetros de los países del este de Europa, Japón y China.

Las cifras de demencia severas son más bajas respecto a los países europeos, aunque también situándose dentro de los parámetros generales. En relación con los subtipos de demencia también hay una homologación, aunque con una mayor discrepancia a favor de un mayor índice de las demencias vasculares, especialmente en uno de los estudios.

Tabla 7: Prevalencia de la demencia en España por sexos. 1989-1992

<i>Autor estudio</i>	<i>Prevalencia (%)</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Lobo	7'4	6'7	7'9
Pérez	8'9	7'9	9'5
Bermejo	10'0	7'8	11'6
Coria	5'2	3'2	6'9
López-Pousa	13'9	7'6	18'7
Pi	14'9	11'6	17'9
Media estudios	10'0	7'4	12'0

Fuente: López Pousa, Vilalta, Llinás (1995).
Epidemiología de las demencias en España

Tabla 8: Prevalencia por tipos de demencia en España. 1989-1992

<i>Tipos Demencia</i>	<i>Prevalencia (%)</i>	
	<i>Oscilación</i>	<i>Media</i>
Alzheimer	41'1 - 70'0	55'5
Vascular	14'3 - 41'1	27'7
Mixta	0'0 - 42'0	21'0
Secundarias	0'0 - 13'3	6'6

Fuente: López Pousa, Vilalta, Llinás (1995).
Epidemiología de las demencias en España

Finalmente, todas las investigaciones demostraron de forma constante un aumento de las tasas de prevalencia con la edad. Jorm (1994) aplica el llamado modelo basal, según una fórmula estadística para calcular la prevalencia de la demencia por la edad, pudiéndose considerar las edades y tasas como las medias derivadas de todos los estudios (tabla 9).

Tabla 9: Tasas de prevalencia por edad según el modelo basal de Jorm (1987)

<i>Grupo de edad</i>	<i>Edad media</i>	<i>Tasa de prevalencia</i>
60-64	62'5	0'7
65-69	67'5	1'4
70-74	72'5	2'8
75-79	77'5	5'6
80-84	82'0	10'5
85-89	87'0	20'8
90-95	91'5	38'6

Fuente: A. Jorm (1994). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines

Con relación a la tipología de las demencias, López de Munain (1997) afirma que, si bien en los países europeos, la causa de demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (40-75%) y la segunda es la demencia de tipo vascular, en el este de Europa y en Japón este orden se invierte. Por otra parte en estudios realizados en EE.UU., Finlandia y Suecia no se encontraron diferencias entre ambos tipos.

Según Jorm (1994) la enfermedad de Alzheimer aparece como más frecuente en Europa occidental y Norteamérica, y la demencia vascular se describe como predominante en Japón, Rusia y China. Estudios neuropatológicos japoneses confirman la demencia vascular como la más frecuente.

Tabla 10: Prevalencia en el mundo de la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular (1987)

<i>Región</i>	<i>Número estudios</i>	<i>Alzheimer</i>			<i>Vascular</i>			<i>Total Demencia</i>
		<i>Hom.</i>	<i>Muj.</i>	<i>Tot.</i>	<i>Hom.</i>	<i>Muj.</i>	<i>Tot.</i>	
Japón	4	0'8	1'5	2'3	3'3	2'7	6'0	8'3
Rusia	1	1'1	3'8	4'9	6'1	2'1	8'2	13'1
Escandinavia	3	1'6	2'2	3'8	1'0	1'4	2'4	6'2
Gran Bretaña	3	3'0	4'9	7'9	4'4	2'7	7'1	15'0
EE.UU.	2	0'7	2'1	2'8	3'5	0'8	4'3	7'1
Medias estudios		1'4	2'9	4'3	3'6	1'9	5'6	9'9

Fuente: A. Jorm (1994). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines

Sobre la frecuencia en cuanto al sexo, Jorm (1994), llega a la conclusión de que las tasas para la enfermedad de Alzheimer tienden a ser mayores entre las mujeres, mientras que las tasas de demencia vascular tienden a ser mayores entre los hombres (tabla 10).

2.2 Factores de riesgo para las demencias

El objetivo del capítulo es hacer una revisión de los estudios realizados sobre los factores de riesgo para las demencias en general y específicamente para la enfermedad de Alzheimer. La mayor parte de las investigaciones citadas han sido seleccionadas de las Bases de Datos: AGELINE (1978-1997), PSYCLIT (1988-1998), PSYCHIATRY (1996-98) y del Servicio de Publicaciones Médicas PUBMED de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU (1988-2001).

La magnitud y trascendencia social de la enfermedad de Alzheimer y las grandes incógnitas sobre su etiología, mecanismos bio-fisiológicos implicados, factores de riesgo, etc. han fomentado numerosas investigaciones, entre las cuáles el enfoque médico-biológico ha tenido prácticamente, hasta hace poco, una exclusividad. El interés por conocer los problemas metabólicos de la proteína amiloide a nivel neuronal, el papel de los neurotransmisores a nivel de sinapsis, o más recientemente los estudios sobre las implicaciones genéticas en la transmisión hereditaria, han ocupando y siguen ocupando a la mayoría de los investigadores biólogos, neurólogos, genetistas, etc. Han aparecido también los primeros fármacos, aunque con un poder terapéutico limitado.

Los estudios epidemiológicos por otra parte, no han procurado hasta el momento más que unos pocos factores de riesgo bien establecidos y confirmados, y una larga lista de factores probables que necesitan una mayor investigación. Brody y White (1984) llegan a la conclusión de que no existe un patrón epidemiológico claro respecto a la enfermedad.. Otros autores como Cacabelos y Winblad (1994), son más taxativos respecto a los factores de edad avanzada y género femenino. Señalan la frecuencia del Síndrome de Down en las familias de los pacientes de Alzheimer y sugieren los nacimientos tardíos en madres de edad avanzada, como un factor de riesgo. Entre los factores ambientales señalan los traumatismos craneales y respecto al bajo nivel educativo, sugieren la conveniencia de otros estudios para identificar factores, quizás relacionados con la ocupación laboral.

Jorm (1994, 1997) proporciona una visión de conjunto de estos factores, la cual va quedando sobrepasada por las nuevas y numerosas investigaciones desarrolladas en todos los campos. La edad creciente, una historia familiar de demencia y la presencia de casos de Síndrome de Down en la historia familiar, constituyen en el texto de Jorm los factores más contrastados. En una última revisión, Jorm (1997) añade un cuarto: el genotipo Apo-E; como factores controvertidos cita el grupo étnico, los traumas de cabeza y el aluminio del agua bebida; finalmente como factores de protección posibles señala las drogas antiinflamatorias, la terapia con estrógenos y un nivel alto de educación.

En relación con los factores de riesgo, suele distinguirse entre aquellos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y los relacionados con la demencia vascular.

Tabla 11: Factores de riesgo para la demencia

<i>Enfermedad de Alzheimer</i>	<i>Demencia Vascular</i>
<i>Biológicos</i>	
1) Edad avanzada Historia familiar de demencia Síndrome de Down APOE 4 del cromosoma 19 Alteraciones de los cromosomas 14 y 21 2) Muchos lazos lunares Trauma craneal Historia familiar de Síndrome de Down 3) Edad alta de la madre Edad baja del padre Sexo femenino Zonas geográficas: Europa y América Raza: Negros americanos Tóxicos: Aluminio, Alcohol, Tabaco, etc.	1) Edad avanzada Sexo masculino Historia familiar de demencia Zona geográfica: Japón, China Diabetes mellitus Hipertensión Ictus previo 3) Colesterol Tabaquismo Alcohol Obesidad
<i>Psicosociales</i>	
3) Bajo nivel educacional y social Comportamientos psicosociales inactivos Pocas relaciones sociales Inactividad física Trabajos Manuales	3) Factores socioeconómicos Inactividad física
<i>Personalidad</i>	
3) Depresión Sumisión Introversión Pesimismo	3) Depresión Dominancia

Fuente: Elaboración propia a partir de Jorm (1994), Blázquez, Terreros y Sánchez (1995), López de Munain (1997) y Conde (1999)

En la tabla 11 se resumen las principales conclusiones de los estudios de Jorm (1994), Blázquez, Terreo y Sánchez (1995), López de Munain (1997) y Conde (1999). Los factores están numerados del 1 al 3, en función de un mayor (1) a menor consenso (3).

A pesar de las incógnitas, se considera que están mejor establecidos para la demencia vascular, siendo éstos concordantes con los factores de riesgo para el ictus cerebral. Suele admitirse también que en estas demencias hay una preponderancia de factores de tipo biológico, relacionados con los hábitos tóxicos y alimenticios.

Para la enfermedad de Alzheimer, si bien los estudios son numerosos, hay pocos factores de riesgo bien establecidos y, sobre todo, éstos no explican la totalidad de los casos. Los más estudiados son los de tipo biológico y últimamente los factores genéticos, aunque éstos sólo pueden aplicarse a un porcentaje reducido de casos no superior al 5%.

Publicaciones recientes como el estudio MIRAGE, (Lautenschlager, Cupples, Rao et al. 1996) sobre una muestra de 1.694 pacientes, matizan algunos de estos elementos, por ejemplo el de la edad, ya que parece que el riesgo de Alzheimer declina después de los 90 años; las mujeres son más susceptibles que los hombres y éstos tienen una proporción de casos hereditarios más alta.

La historia familiar viene confirmada por importantes estudios; el estudio citado anteriormente, rastreando el riesgo de Alzheimer en parientes de primer grado (12.971 personas), calcula para personas de 80 años con ambos padres enfermos de Alzheimer, un riesgo de un 54%. El estudio sobre los gemelos finlandeses (Raiha, Kaprio, Koskenvuo, Rajala, y Sourander 1996) confirma la importancia del factor genético, pero señala también la necesidad de identificar los factores medioambientales que coadyuvan a la eclosión en unos casos y a la inhibición en otros.

Desde hace algunos años, se han venido publicando diversas investigaciones que señalaban una serie de factores no biológicos que obtenían unas altas correlaciones estadísticas con los casos diagnosticados de Alzheimer. Entre éstos estarían los que se pueden denominar de forma genérica medioambientales, es decir condiciones externas al sujeto que tienen una influencia diferenciada en el estado de la salud de una comunidad

determinada. Son factores percibidos a través del análisis estadístico en los estudios epidemiológicos.

El mismo estudio sobre los gemelos finlandeses (13.888 pares), indica que la enfermedad de Alzheimer se desarrolla sólo en la mitad de los pares de gemelos idénticos y con unas edades de presentación que pueden diferir hasta 15 años; deben existir por tanto otros factores medioambientales que expliquen estas diferencias. El estudio sobre 4.000 hombres japoneses que emigraron a Hawai en el “The Honolulu Asia Aging Study” (White, Petrovitch, Ross, Masaki, Abbott, et al. 1996), constataban que la tasa de demencias de todo tipo, en los 3.734 supervivientes después de 30 años, era del 9’3% y la tasa de Alzheimer era del 5’4%. Estas cifras eran similares a las de las poblaciones europeas o americanas, mientras que en Japón la cadencia de presentación de las demencias de todo tipo era del 3’2% y del 1’5% en casos de Alzheimer; en este caso el factor emigración y todo lo que comporta debe tener alguna influencia. De estos y otros estudios se deriva la conclusión de que existen factores medioambientales, unos físicos y otros culturales, no identificados claramente, que deben jugar algún papel.

La presencia de estos factores, no-biológicos, está confirmada pues por estudios que señalan el factor importante que desempeñan otras circunstancias, no siempre identificadas inequívoca y claramente. Algunas de ellas están referidas propiamente al entorno (por ej. aluminio), otras a la interacción de las personas con el medioambiente (por ej. educación o profesión) y finalmente otras señalan la existencia de factores y elementos internos del sujeto que supondrían una mayor predisposición a contraer la enfermedad de Alzheimer (rasgos psíquicos).

El presente capítulo pretende dar cuenta en primer lugar de un conjunto de factores que pueden denominarse psicosociales, en la medida que se refieren a la interacción del individuo con determinadas condiciones culturales, educativas, familiares etc. del entorno, no necesariamente físicas.

En segundo lugar se pretende dar cuenta de aquellos factores que más específicamente atañen o dependen a la personalidad del individuo. Esta temática quiere subrayar aquellas investigaciones que señalan la existencia unas predisposiciones individuales de tipo psicológico, que tienen una alta correlación con la enfermedad de Alzheimer.

2.3 Investigaciones sobre factores de riesgo no biológicos

2.3.1 Factores medioambientales y psicosociales.

2.3.1.1 El estatus socioeconómico (ESE): Siguiendo el texto anteriormente citado de Jorm (1994), el autor después de un análisis de los más relevantes estudios sobre este factor (Kramer, German, Anthony, 1985), (Weisman, Myers, Tischler, 1985), (Gurland, 1981), (Li, Shen, Chen, 1989) y (Sulkava, Heliövara, Palo, 1988), en los que se pone de manifiesto la relación entre alteraciones cognitivas y estatus económico y nivel de educación, concluye que efectivamente hay una asociación entre el ESE y la incidencia de demencia que no puede ser debida a sesgos en la evaluación. Es interesante remarcar unas observaciones de Sulkava recogidas por Jorm (1994): la prevalencia de Alzheimer era significativamente más baja en los grupos de más altos ingresos y nivel educativo, no observándose esta correlación en el caso de la demencia vascular.

En un estudio reciente, el de Evans, Hebert, Beckett, Scherr, et al. (1997), sobre una muestra de 642 personas, llegaron a la conclusión que los marcadores de estatus socioeconómico bajo, predecían el riesgo de desarrollar la demencia de Alzheimer; estos marcadores eran: educación, prestigio profesional e ingresos, siendo el factor educativo el más significativo.

Estos datos indican, no tanto de una causalidad directa entre nivel económico y la enfermedad de Alzheimer, sino unos factores que condicionan y determinan unos estilos de vida (nutrición, etc.), incluyendo la mayor o menor estimulación de las capacidades cognitivas a lo largo de la vida, las cuales comportarían una mayor resistencia al deterioro.

2.3.1.2 El factor educativo: Ha sido éste un factor ampliamente estudiado. El criterio general es que a un menor nivel educativo existe un mayor riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Moritz y Petitti (1993), en un estudio sobre 1.658 casos, señalaban la asociación entre un grado más severo de enfermedad y un nivel bajo de educación, así como que el hecho de tener un pobre nivel educativo conllevaría el descubrimiento más tardío de la enfermedad.

Kondo y Yamashita (1990) y Kondo, Niino y Shido (1994), en una investigación con 60 casos, subrayaban el bajo nivel educativo juntamente con otros elementos psicosociales como factores de riesgo: inactividad social e inactividad física. Bidzan y Ussorowska (1995), remarcaban también como factores de riesgo el bajo nivel educativo, el grado de actividad social y los eventos desfavorables en la infancia (pobreza) entre otros, en su estudio con 90 casos de Alzheimer.

Ott, Breteler, van Harskamp et al. (1995), en el estudio desarrollado por la Universidad de Rotterdam, sobre una muestra de 7.528 personas, llegaban a la conclusión de que el riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer es inversamente proporcional al nivel educativo, estimando que las personas que no han pasado de la enseñanza primaria tienen un riesgo cuatro veces mayor que las que han accedido a estudios universitarios.

Small y La Rue (1995) sugieren el factor protector que representa la educación para los déficits cognitivos. Snowdon y Kemper (1996), en un controvertido estudio sobre 93 personas, concluyen comentando que la baja habilidad lingüística en periodos anteriores (media de 23 años en los estudios autobiográficos), era un predictor de una pobre función cognitiva y de Enfermedad de Alzheimer en los períodos tardíos de la vida. Bowler, Muñoz, Merskey y Hachinski (1998), en un trabajo reciente sobre 172 pacientes, señalan que un nivel educativo mayor favorece un reconocimiento más precoz de la enfermedad y señala la edad, el nivel educativo y la ocurrencia de infartos cerebrales como factores de riesgo a tener en cuenta.

2.3.1.3 El grado de actividad y relación social: Teri, McCurry y Logsdon (1997) ponen de relieve la importancia, para un envejecimiento exitoso, de mantener un buen nivel en el ejercicio de las capacidades cognitivas, el cual permita a las personas actuar recíproca, efectiva y apropiadamente con el ambiente. El grado de actividad y relación social, así como los intereses vitales que una persona manifiesta, han sido también objeto de estudio como factores de riesgo, aunque en menor cuantía.

Los estudios anteriormente citados de Kondo y Yamashita (1990), Kondo, Niino y Shido (1994) y Bidzan-Ussorowska (1995), correlacionan un menor grado de relación y actividad social con un mayor riesgo de demencia de Alzheimer. Shen Y (1992), en un

estudio realizado en China sobre 126 casos diagnosticados de Alzheimer, cita también el tener pocos intereses vitales como factor de riesgo. De la misma forma que Bauer, Stadtmuller, Qualmann y Bauer (1995), en un estudio sobre las biografías de 21 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, citan la pérdida de contactos sociales y la pérdida de motivación como elementos premórbidos en estos pacientes.

En el estudio de Shimamura, Takatsuka, Inaba, Iwata, y Yoshida (1998), sobre factores medioambientales para la demencia de Alzheimer, aparecen entre otros, la menor relación con vecinos, la menor participación en actividades de la comunidad, los cambios de domicilio, el aislamiento, el vivir en familias sin niños; para la demencia vascular citan un menor compromiso con las aficiones, no vivir en familia con niños en el caso de mujeres, menor comunicación parientes y muerte u hospitalización de un familiar.

Helmer C, Damon D, Letenneur L, et al. (1999) en un estudio realizado en Francia encontraron una relación de riesgo significativa entre individuos que no habían estado nunca casados y la enfermedad de Alzheimer.

Un menor grado de actividad física aparece también como factor de riesgo en algunos estudios: Henderson, Jorm y Korten (1992), los ya citados de Kondo y Yamashita (1994), Kondo, Nino y Shido (1994) y el de Shimamura y Takatsuka (1998).

Fratiglioni (1993), sobre 116 casos, encontró entre otras, una asociación entre trabajo manual y riesgo, en casos tardíos de enfermedad de Alzheimer

2.3.2 Los eventos vitales y el estrés psicosocial como factores premórbidos.

Algunos de los aspectos citados en el apartado anterior son polémicos y contradictorios, ya que no siempre aparecen con una correlación suficientemente significativa para ser tenidos en cuenta. Este riesgo se produciría especialmente en aquellos estudios de dimensiones reducidas. En este sentido son polémicos aquellos eventos vitales a los cuales se les supone un potencial estresante, no porque no lo sean en algunas personas, sino porque no obtienen siempre una correlación estadística suficientemente valorable.

No deja de ser curioso constatar que los estudios que señalan la importancia de las correlaciones psicosociales y de los eventos vitales eran, hasta hace poco, en su mayoría de procedencia no norteamericana, especialmente europeos y asiáticos. Puede decirse que existen factores culturales y, en alguna medida, epistemológicos, que motivan más a algunos investigadores que a otros a concebir las enfermedades desde una óptica más amplia, no únicamente desde la visión médico-biológica.

Es preciso hacer la salvedad del artículo de Cotrell y Schulz (1993), en el cual afirmaban que las investigaciones en curso, no tenían suficientemente en cuenta los factores propiamente personales y psicosociales de las personas con demencia, enfocadas exclusivamente sobre los factores neurobiológicos, aunque se referían sobretudo al desarrollo de técnicas de intervención y apoyo, que pudiesen mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias con tratamientos y enfoques no farmacológicos.

Bauer, Stadtmuller, Qualmann y Bauer (1995), Shen Y (1992), Shimamura y Takatsuka (1998), autores ya citados, constatan la presencia de eventos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad. Pecyna (1993), en un estudio sobre 73 pacientes, subraya las crisis psicológicas familiares como un elemento importante en la etiopatogénesis de la enfermedad de Alzheimer. Bidzan y Ussorowska (1995) encuentran un mayor índice de eventos desfavorables en la niñez, especialmente en lo referente a la pobreza.

Por otra parte Jorm, van Duijn, Chandra, Fratiglioni, et al (1991), no hallaron en su estudio ninguna asociación con tres eventos de la vida de las personas mayores: muerte de esposo / a, muerte de un niño, y divorcio. Asimismo Hagnell, Franck, Grasbeck, Ohman, (1992, 1993), en un estudio sobre 2.612 personas, no encontraron ningún factor medioambiental que tuviera relevancia estadística, ni para la demencia de Alzheimer ni para la demencia vascular, aunque sí detectaron factores de riesgo relacionados con la personalidad, los cuales serán comentados más adelante.

En el estudio de Motomura, Ohkubo, Tomota, Akagi, Asano y Seo (1998) al analizar la conducta premórbida observaron que los eventos vitales eran más frecuentes para el grupo de demencia vascular y que el grado de afrontamiento positivo era perceptiblemente más bajo.

2.3.3 La personalidad premórbida como factor de riesgo.

En los últimos años ha habido un notable aumento de los estudios referidos a esta cuestión. Para un mejor análisis y discusión se comentarán varios aspectos por separado de este tema tan complejo.

2.3.3.1 Cambio y continuidad entre estados pre-mórbidos y post-mórbidos.

a) Cambios. Unos estudios subrayan el cambio producido con la eclosión de la enfermedad, mientras que otros subrayan líneas de continuidad en los dominios básicos de la personalidad, entre personalidad pre y postmórbida. A pesar de las diferencias, estos resultados puede ser que no sean contradictorios ya que suelen hacer referencia a aspectos diferentes. La principal discrepancia se centra en la continuidad o no de las alteraciones graves, que se manifiestan en los estados pre y post enfermedad, no tanto en la continuidad en los rasgos básicos.

En cuántos a los cambios, Petry, Cummings, Hill y Shapira (1988, 1989), concluían en la primera investigación, que los pacientes de Alzheimer llegan a ser más pasivos, más toscos y menos espontáneos como resultado de la enfermedad. En la segunda investigación, que duró tres años, observó cuatro patrones de cambios en la personalidad:

- a) cambios después de la eclosión, con pocos cambios posteriores
- b) cambios continuados en la medida que la enfermedad progresaba
- c) ningún cambio
- d) regresión a conductas previas más perturbadas.

Bozzola, Gorelick y Freels (1992), en la misma línea de analizar los cambios, sobre una muestra de 80 pacientes, señalaban la disminución de la iniciativa-crecimiento de la apatía (61'3%), el abandono de las aficiones (55%) y el aumento de la rigidez (41'3%), como rasgos más destacados de cambio; por otra parte comentaba que estos cambios de personalidad no pueden atribuirse enteramente al deterioro intelectual.

La comparación de la personalidad premórbida y la personalidad presente, utilizando el NEO-PI (1985), de Costa y McCrae, sobre los 5 dominios básicos de la personalidad, da

unos resultados muy similares en varias investigaciones con muestras pequeñas (tabla 12).

Tabla 12: Cambios en la personalidad del enfermo demente según el NEO-PI (pre – post EA)

	<i>Neuroticismo</i>	<i>Extroversión</i>	<i>Apertura</i>	<i>Amabilidad</i>	<i>Orden</i>
Siegler et al. (1991,1994)	+	-	-	- N. sg.	-
Chatterjee et al. (1992)	+	-	- N. sg.	- N. sg.	-
Strauss et al. (1994)	+	-	-
Welleford et al. (1995)	+	-	- (menor)	- (menor)	-

+ : Aumento; - : Disminución; n. sg.: diferencia no significativa

Fuente: Elaboración propia (Conde, 2001)

Los cambios en estos aspectos básicos pueden resumirse en: aumento del Neuroticismo y disminución de la Extroversión y el Orden-responsabilidad. Los otros dos dominios, Apertura y Amabilidad, presentan unas disminuciones menores, a veces no significativas. Jacomb y Jorm (1996), en una investigación similar, relacionarán los decrementos en extroversión y los cambios en amabilidad y neuroticismo con el deterioro cognitivo; serían, para Jacomb, fruto de este deterioro.

Continuidad. Una serie de autores tendrán tendencia a poner de manifiesto la continuidad entre perfiles pre y post-mórbidos. Así, Petry, Cummings, Hill y Shapira (1988), al mismo tiempo que señalaban los cambios, constataban la constancia de los perfiles básicos de la personalidad premórbida. Kolanowski, Strand y Whall (1996, 1997), en una revisión sobre los estudios de los cambios de personalidad, comentan que, aunque aparecen cambios sistemáticos de la personalidad en las personas con demencia, los individuos parecen mantener su modelo de rasgos de personalidad premórbida. En este sentido, las personalidades de los pacientes con demencia, parecen reflejar modelos de adaptación que fueron utilizados en el pasado, existiendo una correspondencia entre las conductas pre y postmórbidas.

Magai, Cohen, y Culver (1997), estudiaron las relaciones entre la personalidad premórbida y los modelos de expresión de la emoción en las fases media y tardía de la

demencia, con un sistema de codificación de las expresiones faciales; encontraron una relación entre las conductas premórbidas afectivas y hostiles con las desarrolladas durante la demencia.

Montani (1994), en un estudio longitudinal sobre 26 pacientes, no encuentra antecedentes psicológicos; sin embargo subraya la personalidad básica en las manifestaciones de la demencia. Péruchon (1994), asimismo dará relevancia a la influencia de la personalidad premórbida en las manifestaciones de la demencia; la autora comenta que las producciones demenciales (alucinaciones, tendencias interpretativas, imitaciones verbales), parecen formarse sobre lo que queda en los pacientes de sus potencialidades y defensas.

Trastornos graves de conducta. En cuánto a la aparición de trastornos graves de conducta en la personalidad, Chatterjee, Strauss, Smyth y Whitehouse (1992) señalan que determinados rasgos de personalidad premórbida predispondrían a tener los síntomas psiquiátricos subsiguientes en la enfermedad de Alzheimer. Baker, Kokmen, Chandra y Schoenberg (1991), en un estudio sobre 122 casos, encontraron que 39 (32%) tenían una historia psiquiátrica en los 3 años anteriores a la eclosión de la enfermedad.

Por otra parte, otros autores no observan esta correspondencia, especialmente entre trastornos graves de la personalidad, puestos de manifiesto en el transcurso de la enfermedad y los padecidos en el estado premórbido. Burns, Folstein, Brandt y Folstein (1990), comparando un grupo de enfermos de Alzheimer y otro de Corea de Huntington, con un grado de irritabilidad similar, observaron que el rasgo premórbido de irritabilidad era válido para los enfermos de Huntington, pero no para los de Alzheimer.

Swearer, Hoople, Kane y Drachman (1996) afirmaban, en relación con la agresividad, que pacientes que habían tenido una conducta premórbida más hostil, desarrollaron conductas más agresivas en las fases iniciales. Sin embargo, de forma global, no había correspondencia entre los rasgos de personalidad premórbida y las perturbaciones del comportamiento subsiguientes. Rosen y Zubenko (1991), respecto a un estudio longitudinal sobre 32 pacientes, constataban igualmente que la emergencia, en el transcurso de la enfermedad, de psicosis (47%) y depresión mayor (22%), no contaba con antecedentes previos a la eclosión de la enfermedad.

2.3.3.2 La depresión como factor de riesgo Jorm (1994), ya en su libro “La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines“, señalaba cuatro estudios caso-control en los que se hallaba que la depresión era más común en los casos de Alzheimer que en los casos control: Barclay, Kheifets, Zemcov (1985), French, Schuman y Mortimer (1985), Shalat, Seltzer, Pidcock y Baker (1987) y Broe, Henderson y McCusker (1990).

Jorm (1994), matizaba estos resultados comentado que esos síntomas podían confundirse con las manifestaciones iniciales de la demencia, las cuales suelen cursar con depresión. En este sentido, Kral y Emery (1989), en un estudio sobre 44 pacientes con pseudodemencia, tratados intensivamente por depresión, comprobaron que 39 de ellos (89%) habían evolucionado hacia una demencia tipo Alzheimer.

Con posterioridad a éstos, se han venido publicando otros estudios que confirman la importancia de la depresión como elemento premórbido. Así, Kokmen, Beard, Chandra (1991), entre más de 20 factores de riesgo, encontraron que los episodios de depresión y de desordenes en la personalidad eran significativos. Jorm, van Duijn, Chandra y Fratiglioni (1991), en una investigación comentada anteriormente, también encontró historia de episodios depresivos aunque asociados con casos tardíos. Chatterjee, Strauss, Smyth y Whitehouse (1992), en el estudio ya citado, constataban que en la personalidad premórbida de los pacientes de Alzheimer había más rasgos depresivos. Henderson, Jorm y Korten (1992) y Speck, Kukull, Brenner (1995) encontraron historia de episodios depresivos ocurridos diez años antes de la eclosión de la enfermedad. Van Duijn, Clayton y Chandra, (1994) sobre 814 sujetos y Tsolaki, Fountoulakis, Chantzi y Kazis (1997) sobre 65 pacientes, también hallaron historia de depresión significativa.

Algunos autores llegan a considerar los síntomas depresivos como parte de la fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer y no simplemente como una depresión reactiva consiguiente a las dificultades cognitivas (Berger, Fratiglioni, Forsell, Winblad, Backman, 1999).

Vilalta-Franch, López-Pousa y Llinàs-Regla (1998) también consideran que es la demencia la que es un factor de riesgo para la depresión, es decir que la demencia comporta frecuentemente una depresión.

Respecto a la depresión que emerge durante la enfermedad de Alzheimer, Migliorelli, Teson, Sabe, Petracchi, Leiguarda y Starkstein et al (1995) en su estudio sobre 103 pacientes con la enfermedad de Alzheimer observa un predominio alto de distimia y de depresión mayor; el autor relaciona la distimia con la reacción emocional a la declinación progresiva y la depresión mayor con factores biológicos. Strauss y Ogrocki (1996) compararon 28 pacientes de Alzheimer con episodios de depresión mayor, con 74 pacientes de Alzheimer sin depresión mayor; entre los primeros había significativamente más historia familiar de depresión que de demencia. Heun, Hardt, Burkart y Maier (1996) indican que una historia de depresión aumenta la severidad de los trastornos y Zubenko, Rifai, Mulsant, Sweet, (1996), que la historia de depresión es cuatro veces más común con el síndrome depresivo de la enfermedad de Alzheimer, que con pacientes de Alzheimer sin depresión.

2.3.3.3 Los factores de riesgo en la personalidad premórbida. No existe una claridad y una valoración unánime de los factores de riesgo en la personalidad premórbida, de forma similar a los perfiles premórbidos definidos para enfermedades tales como las cardiovasculares o el cáncer. Las investigaciones de los últimos años sobre este tema, han ido aumentando de forma significativa, aunque persiste esta falta de clarificación. La incógnita no está tanto, en saber si las manifestaciones de las alteraciones de la personalidad en la demencia de Alzheimer tienen relación con la personalidad premórbida; existe un mayor acuerdo en subrayar una cierta continuidad, a pesar del deterioro, entre los estados pre y post-mórbidos, al menos en los rasgos básicos. La duda fundamental está centrada en si los factores premórbidos de la personalidad pueden actuar como factores de riesgo, y si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son éstos? Se resumirán las aportaciones más destacadas.

a) Depresión mayor y fiabilidad de la información proporcionada por los familiares.

Como se ha visto, la depresión mayor es uno de los rasgos premórbidos que aparece más habitualmente, ya sea por haberla padecido personalmente o bien por tener una historia familiar de depresión. Es también uno de los rasgos más investigados y no obstante continua la principal discrepancia en considerarla realmente como un factor de riesgo o como una manifestación más de la propia demencia.

Algunos investigadores han puesto en cuestión estos resultados sobre la depresión, advirtiendo sesgos en la información proporcionada por los familiares sobre la personalidad premórbida. Para la mayoría de los aspectos de la personalidad, incluidas las manifestaciones psicóticas, se considera fiable la información proporcionada por los familiares, ya sea porque es consistente y persistente a través de varios registros, o porque está contrastada por más de un informador; diversas investigaciones lo constatan: Strauss, Pasupathi y Chatterjee (1993, 1994), Heun Burkart y Maier (1995).

Otros estudios, no obstante, han puesto de manifiesto algunas discordancias para la depresión. Heun, Hardt, Burkart y Maier (1996, 1997, 1998) afirman que el acuerdo por depresión era más alto en los sujetos jóvenes que en los viejos, y que existían divergencias entre la información obtenida a través de la esposa o de los hermanos del sujeto. Strauss, Lee y DiFilippo (1997) constataban la relación entre personalidad premórbida y los síntomas depresivos cuando la información procedía de un solo informador y en cambio constataba la relación entre personalidad premórbida y síntomas de ansiedad cuando la información procedía de varios informadores. Por otra parte, Bolger, Strauss y Kennedy (1998) indicaron, que la variedad de síntomas observados retrospectivamente por los familiares aumenta en las fases finales de la enfermedad.

b) Otros elementos de la personalidad premórbida. Existen ya varios estudios en los cuáles, los autores defienden con claridad la existencia de factores premórbidos de la personalidad, a los cuales definen como factores de riesgo.

El primero de ellos el de Hagnell, Franck, Grasbeck y Ohman (1992). La investigadora principal, una psiquiatra del Departamento Social y de Psiquiatría Forense, de la Universidad de Lund (Suecia), en un estudio amplio realizado sobre una población de 2612 personas, en Suecia, realizó dos ensayos, el primero en 1957 y el segundo en 1972, con un intervalo de 15 años. No detectó factores medioambientales relacionados con la enfermedad de Alzheimer, aunque sí factores de fondo de la personalidad con una correlación significativa.

En el análisis de éstos, se utilizaron, entre otros, los conceptos de “validez” (autoconfianza versus inseguridad) y “solidez” (firmeza versus, sugestibilidad). Se constató que las puntuaciones que se desviaban de la media, por exceso o por defecto,

estaban asociadas a un mayor riesgo, especialmente cuando intervenían otros factores. Las puntuaciones para las mujeres eran marcadamente más significativas que para los hombres. Así, las mujeres con una “validez por debajo de la media” combinada con otros rasgos como “dolores de cabeza y jaquecas” corrían un riesgo muy elevado de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. La puntuación más alta para los hombres correspondía a una “validez por encima de la media” combinada con otros rasgos como “inactivo y superficial”.

El segundo estudio corresponde a Bauer J., Stadtmuller, Qualmann y Bauer H. (1995) de la Universidad de Psiquiatría de Friburgo (Alemania). Los autores analizaron la biografía de 21 pacientes con la enfermedad de Alzheimer y las contrastaron con 12 pacientes de edad parecida con demencia vascular, los cuales sirvieron como grupo de control. En los perfiles de la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer predominaban las personas con “tendencia a la evitación-sumisión”, con un “tutelaje humanitario” (tendencia a depender y pedir permiso a otros en las decisiones importantes) y con unas “relaciones y trato social restringido”. Como contraste, los rasgos de la personalidad premórbida de los enfermos de demencia vascular eran “asertivos y dominantes”: éstos se caracterizaban por haber perdido el mando que habían ejercido sobre personas, situaciones, trabajo, etc. Hacen una distinción interesante, entre una fase pre-clínica de latencia (factores psicológicos de la personalidad) y una fase clínica (interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales), en la que se pondría de manifiesto la enfermedad.

El tercero corresponde a Malinchoc, Rocca, Colligan, Offord y Kokmen (1997), del Departamento de Investigación en Ciencias de la Salud de la Clínica Mayo, de Rochester (U.S.A.). Es un estudio sobre 13 casos de enfermos de Alzheimer y 16 casos de control. Se les aplicó el MMPI (Hathaway y MacKinley 1967). Pasaron 13 años entre el estudio de la personalidad y la eclosión de la enfermedad para los casos de Alzheimer (o edad correspondiente para los controles). Los enfermos de Alzheimer tenían tasas significativamente altas de introversión social y pesimismo respecto a la referencia normativa del test. En la comparación con el grupo control la tasa de “introversión” era significativamente alta.

Referente al pesimismo los autores se apoyan en una investigación de Peterson, Seligman y Vaillant (1988), cuya conclusión era que el pesimismo en la edad adulta temprana aparece como un factor de riesgo para la salud en la edad adulta media y tardía.

En cuanto a la introversión, los autores citan un estudio de Persson, Berg Nilsson y Svanborg (1991), en el cual se sugiere que tasas altas en una dimensión de la personalidad relacionada con una necesidad de guardar distancia de otras personas, y tasas bajas en una dimensión relacionada con la energía mental, predecían el desarrollo de demencia en mujeres.

Existen otros estudios también dónde los factores psicosociales y de personalidad aparecen mezclados. El de Kropiunigg, Sebek, Leonhardsberger, Schemper y Dal-Bianco (1999), señala que no tener un estilo de trabajo activo y la vida con un esposo/a dominante, serían factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

2.3.4 Las Demencias Tipo Alzheimer, Vascular y los factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo biológico, suele diferenciarse en algunos aspectos los que conciernen a la enfermedad de Alzheimer o a la demencia vascular. No está claro, no obstante, incluso desde el punto de vista de la etiología, que los mecanismos y los factores implicados sean totalmente diferentes. Algunos autores se preguntan si en realidad lo que ocurre no es sino que la demencia del anciano se debe con frecuencia a la combinación de la patología vascular con la enfermedad de Alzheimer (Martínez Lage, 1999).

Algunos factores que eran típicos de la demencia vascular, también se han considerado importantes para la enfermedad de Alzheimer. Un reciente estudio realizado en la Universidad de Kuopio (Finlandia) llegaba a la conclusión de que la combinación de la hipertensión y los niveles altos de colesterol en la Mediana Edad propiciaba un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer con posterioridad (Kivipelto, Helkala, Hanninen, et al. 2001).

Un historial de más de 15 años de diabetes parece que es un factor de riesgo significativo de demencia en mujeres con edades avanzadas (Gregg, Yaffe, Cauley, et al. , 2000)

Cooper y Mungas (1993) contrastaron los dos tipos de demencia y concluyeron que la anestesia general era un factor de riesgo para la demencia vascular, así como la presencia de una mayor depresión una vez desencadenada la demencia. Ballard, Bannister, Solis, Oyebode y Wilcock (1996) también indican una mayor frecuencia de depresión mayor en la demencia vascular.

Brayne, Huppert, Barkley, Gehlhaar, Girling, O'Connor y Paykel (1998) en la evaluación de los riesgos premórbidos para la Demencia Vascular observan una mayor riesgo en personas que han padecido ataques cardíacos, accidentes vasculares cerebrales, exposición a vibraciones en la vida profesional e historia familiar de demencia, mientras que en la enfermedad de Alzheimer están presentes la diabetes y la historia familiar de demencia. Concluyen también señalando que hay un mayor riesgo para las personas de más edad.

Los riesgos para la demencia vascular, suelen considerarse como concordantes con los factores de riesgo para el ictus cerebral. Suele admitirse también que en estas demencias hay una preponderancia de factores de tipo biológico, relacionados con el alcohol, tabaco, hipertensión, diabetes, colesterol, etc. También está bastante consensuado que la demencia vascular ocurre en personas de mayor edad.

En relación con la personalidad premórbida de la demencia vascular, Motomura, Ohkubo, Tomota, Akagi, Asano y Seo (1998), al analizar la conducta premórbida observaban que en un grupo de demencia vascular el afrontamiento positivo de los eventos vitales era perceptiblemente más bajo.

Contrastando con la de la enfermedad de Alzheimer, los rasgos premórbidos aparecerían como más próximos a los de la conducta del Tipo A: impulsividad, rigidez, dominancia. En una comunicación personal, Bauer (1999) comentaba que el perfil premórbido de la enfermedad de la enfermedad de Alzheimer estaría más próximo al patrón standard femenino y el de la demencia vascular al masculino. Por otra parte en su artículo de 1995, señalaba la pérdida del control y el dominio sobre una situación: familia, trabajo, situación, etc. como un factor de riesgo para la demencia vascular en una persona dominante.

2.4 Conclusiones

Este capítulo pretendía reunir la información sobre los factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer, tanto psicosociales como de personalidad. Acompaña a la investigación, motivada por lo observado en la tarea profesional realizada en diversas actividades con personas mayores (Conde, 1993 - 01)

Necesidad de protección, dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida, introversión, falta de energía mental, inseguridad, son a modo de resumen aquellos elementos que más se subrayan en los estudios sobre personalidad premórbida. Es fácil advertir que todos estos elementos no solamente no son contradictorios, sino que guardan una relación muy próxima. Tienen por otra parte una gran coincidencia con la hipótesis argumentada en un texto anterior (Conde, 1996) en relación con las características de la personalidad premórbida, en el campo de lo emocional y de la relación interpersonal: relación simbiótica con otro, falta de energía yoica, fragilidad de la identidad personal, insuficiencia de la capacidad de elaboración frente a lo que conlleva el propio proceso de envejecimiento, etc.

Sin duda, son muchos los aspectos que van a necesitar una mayor clarificación y definición de este interesante y complejo tema. Se podrían resumir en cinco grandes apartados:

- Clarificar las diferencias respecto a la continuidad-cambio en la personalidad pre-post mórbida.
- Definir con mayor claridad los perfiles de riesgo de la personalidad premórbida.
- Esclarecer los rasgos de riesgo premórbidos específicos para cada demencia.
- Precisar las diferencias de los rasgos de riesgo premórbidos relativas al sexo.
- Establecer y jerarquizar la combinación de factores precipitadores de la enfermedad.

Sería deseable que una mayor investigación en este campo pudiera complementar los estudios epidemiológicos actuales, ayudando a una mejor comprensión de los factores de riesgo, así como a establecer y definir los elementos que permitan desarrollar una mayor protección y prevención.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Ámbito y fases de desarrollo

3.1.1 Los inicios

El desarrollo de la investigación ha tenido tres marcos institucionales diferentes. En primer lugar, el Centro de Servicios Sociales Sarrià-San Gervasio del Ayuntamiento de Barcelona (1992-1996), alrededor de la tarea de apoyo a los familiares de enfermos de Alzheimer. Allí fue donde surgió la motivación y el primer esbozo de un proyecto de investigación, en relación con las entrevistas con los familiares.

En este sentido se realizaron unas entrevistas específicamente diseñadas para intentar sistematizar y objetivar la información de los familiares sobre la personalidad premórbida.

Estas primeras tentativas permitieron la redacción de un cuestionario para el desarrollo de una entrevista semiestructurada que recogería los aspectos observados anteriormente. La redacción del cuestionario se realizó ya en el marco del programa de Doctorado “Clínica y aplicaciones del Psicoanálisis” de la Universidad de Barcelona y supuso el primer acto del inicio del estudio.

Para el planteamiento general de la investigación, así como para la elaboración del cuestionario de la entrevista, se contó con la colaboración del Dr. Antonio Talarn, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico y Director de la investigación presentada.

3.1.2 Entrevistas y tipología de grupos

En los años posteriores (1977-99) se llevó a cabo la investigación propiamente dicha, en el marco de la colaboración con las Asociaciones de familiares. Por una parte en la Fundación Alzheimer Centre Educacional (F. ACE), centro que cedía sus locales para el desarrollo de la tarea de apoyo de la Asociación Alzheimer Catalunya; y por otra, y de forma simultánea, en la Asociación de Familiares d'Alzheimer del Baix Llobregat.

A pesar de que se realizaron unas 120 entrevistas con el cuestionario para los sujetos con demencia, por diversas circunstancias, entre ellas fundamentalmente las dificultades para tener una copia del diagnóstico, finalmente la muestra quedó reducida a 108 casos.

Los casos tenían una procedencia diversa, destacando por una parte el Servicio de Neurología del Hospital de Bellvitge (28'7%), y por otra la unidad de diagnóstico (UFISS) de la Fundación ACE (25'9%).

Respecto de los controles, también las entrevistas se desarrollaron en el período 1997-99, con un total de 49 sujetos. Los controles procedían por una parte de los grupos de apoyo de familiares, siendo en un 51% familiares cuidadores, y por otra de los Talleres de memoria que se realizaban en el Centro Cívico de la Casa Elizalde (49%).

La realización de las entrevistas a los sujetos de los grupos de casos se llevó a cabo a través del familiar cuidador principal, con el cual el enfermo suele haber tenido el vínculo más intenso; ya que no era posible obtener los datos directamente. En cambio la recogida de la información en los sujetos de los grupos control, se realizó con los propios sujetos directamente, ya que se consideró que ellos mismos tenían la mayor información sobre sus propias vidas.

Esta disimetría plantea no obstante algunos interrogantes, especialmente para los aspectos más subjetivos, por ejemplo los factores de personalidad. ¿Tienen el mismo valor los autoinformes que los heteroinformes? Las investigaciones realizadas y comentadas en el apartado 2.3.3.3 de la Revisión Bibliográfica encuentran diferencias en relación con la evaluación de la depresión entre clínicos y familiares; en cambio en los demás aspectos conductuales la información de los familiares se considera fiable.

Para uniformar el procedimiento, podían haberse realizado las entrevistas a los familiares de los sujetos del grupo control. Sin embargo en muchas ocasiones el vínculo entre estos sujetos y sus familiares no es de la misma intensidad y no se garantizaba el acceso a toda la información. Por otra parte, con los familiares de los sujetos control no se tenía las mismas facilidades de acceso que con los familiares de los sujetos de los grupos de casos.

La opción escogida tiene sus riesgos, especialmente para los aspectos más subjetivos de la investigación, es decir los factores de personalidad.

Para el diseño metodológico de la investigación se contó con el asesoramiento de la Dra. Teresa Anguera, profesora del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Los datos completos del diseño de los grupos y de los sujetos de los grupos de casos y de control, figuran en el Apéndice D: Diseño de grupos y datos de sujetos

3.1.3 Tratamiento estadístico, análisis y redacción

El período 2000-2001 se empezó el tratamiento estadístico de la información recogida, el análisis de resultados y su redacción, contando con el asesoramiento del Dr. Joan Guardia, profesor del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.

3.2 Diseño

3.2.1 Grupos de casos y control

Se consideró conveniente poder realizar un tipo de estudio casos-control, para el contraste de las diferencias en las proporciones y medias aritméticas (tabla 13).

El grupo de casos está formado por 108 sujetos diagnosticados de demencia por los Servicios sanitarios especializados, cuyos datos son proporcionados por sus familiares cuidadores principales. Este grupo recibe el nombre de Casos 1.

Para el contraste de la fiabilidad de la información proporcionada por los familiares, se constituyó un segundo grupo, denominado Casos 2 formados por 6 familiares secundarios.

Tabla 13: Diseño casos-control de la investigación

	<i>Grupo de casos</i>	<i>Grupo control</i>
Sujetos	108 casos. Diagnóstico de demencia	49 controles. No-demencia
Grupos 1:	108 familiares principales	49 personas
2:	6 familiares secundarios	4 familiares
Procedencia:	- Alzh. Catalunya (Les Corts) 29'6%	- Familiares de enfermos: 51'0%
	- AFA. Baix Llobregat 70'4%	. Alzh. Catalunya: 22'4%
		. AFA. Baix Llobregat: 28'6%
		- Curso Casa Elizalde: 49'0%

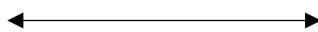
El grupo de controles estaba formado por 49 sujetos sin demencia, respecto de los cuales una entrevista clínica y el contacto en una actividad durante 3 meses, descartó que fueran sujetos con trastornos cognitivos graves. Este grupo recibió el nombre de Control 1. Al mismo tiempo, para el contraste de la información recibida se constituyó un segundo grupo de 4 familiares del primero, que se denominó Controles 2.

3.2.2 Ámbitos de la investigación

El contraste básico de las diferencias entre grupo de casos y grupo control es el denominado *Ámbito 1: General*. Afecta al conjunto de los casos (108) y los controles (49). Dentro de este ámbito, no obstante, se han establecido diversos subgrupos tal como se indica en la tabla 14. Se ha considerado conveniente distinguir entre sexos ya que presentan valores, en algunas variables, muy diferentes. El *ámbito 1: General* es el que se ha tratado más exhaustivamente para el conjunto de variables dependientes.

Tabla 14: Ámbitos de la investigación I: General

Grupos de casos



Grupo de control

Ámbito 1: General (Enfermos- No enfermos)

<i>Casos Demencia</i>	108	<i>Control</i>	49
<i>Alzheimer Total</i>	85	<i>Control Total</i>	49
<i>Alzheimer Mujeres</i>	55	<i>Control Mujeres</i>	29
<i>Alzheimer Hombres</i>	30	<i>Control Hombres</i>	20
<i>Mixta-Vascular</i>	17	<i>Control Total</i>	49

La muerte de los padres antes de los 20 años y los rasgos de personalidad.

Se ha considerado conveniente para algunas variables: la muerte de los padres antes de los 20 años y los rasgos de personalidad, el contraste de algunos subgrupos específicos.

En este sentido, se han establecido estudios complementarios en diversos ámbitos parciales, con el objetivo de observar si los resultados obtenidos en el *ámbito 1: General*, se mantienen, o presentan diferencias en diversos subgrupos del conjunto de los casos.

En el *ámbito 2* (tabla 15), se compararían los matrimonios que forman parte del estudio (24 enfermos y 24 cónyuges). Este contraste puede tener la ventaja de que algunas variables independiente, como el nivel cultural, la procedencia, el status, etc., pudieran ser más homogéneas.

Puede ser conveniente también el contraste entre grupos precoces y grupos tardíos, ya que se observan diferencias importantes, entre los tipos de demencia e incluso dentro de una misma demencia, según sea el inicio más precoz o más tardío. Estas diferencias, parece ser que, afectan a la mayor preponderancia de la herencia familiar y genética en

los más jóvenes. Este contraste lo hemos denominado ámbito 3, poniendo la diferencia de período (precoz / tardío) a los 70 años (tabla 15).

Para el control de la influencia del nivel educativo puede ser necesario el contraste referente a este factor, ya que un mayor nivel educativo puede suponer una mejor conservación de las capacidades cognitivas. A esto responde el estudio del ámbito 4, nivel educativo (tabla, 15).

Tabla 15: Ámbitos de la investigación II: Complementarios

<i>Grupos de casos</i>	←—————→	<i>Grupo de control</i>	
<i>Ámbito 2: Matrimonios (Enfermo – Cónyuge no enfermo)</i>			
<i>Casos Demencia</i>	24	<i>Control Cónyuges</i>	24
Alzheimer Total	16	Control Cónyuges Total	24
Alzheimer Mujeres	9	Control Cónyuges Mujeres	10
Alzheimer Hombres	7	Control Cónyuges Hombres	14
Mixta-Vascular	7	Control Cónyuges Total	24
<i>Ámbito 3: Edades precoces y tardías</i>			
<i>Casos < de 70 años</i>	57	<i>Control < de 70 años</i>	17
Alzheimer Total	47	Control < de 70 años Total	17
Alzheimer Mujeres	29	Control < de 70 años Mujeres	10
Alzheimer Hombres	18	Control < de 70 años Hombres	7
Mixta-Vascular	6	Control < de 70 años Total	17
<i>Casos = ó > de 70 a.</i>	51	<i>Control = ó > de 70 a.</i>	32
Alzheimer Total	38	Control = ó > de 70 a. Total	32
Alzheimer Mujeres	26	Control = ó > de 70 a. Mujeres	19
Alzheimer Hombres	12	Control = ó > de 70 a. Hombres	13
Mixta-Vascular	11	Control = ó > de 70 a. Total	32
<i>Ámbito 4: Nivel educativo</i>			
<i>Analfabetos</i>	28	<i>Control Analfabetos</i>	5
Alzheimer Total	22	Analfabetos Total	5
Alzheimer Mujeres	18	Analfabetos Mujeres	1
Alzheimer Hombres	4	Analfabetos Hombres	4
Mixta-Vascular	5	Analfabetos Total	5
<i>Primarios</i>	54	<i>Control Primarios</i>	17
Alzheimer Total	45	Primarios Total	17
Alzheimer Mujeres	28	Primarios Mujeres	11
Alzheimer Hombres	17	Primarios Hombres	6
Mixta-Vascular	5	Primarios Total	17
<i>Secundarios y Univ.</i>	23	<i>Control Secund. y Universit.</i>	27
Alzheimer Total	15	Secund. y Univ. Total	27
Alzheimer Mujeres	6	Secund. y Univ. Mujeres	17
Alzheimer Hombres	9	Secund. y Univ. Hombres	10
Mixta-Vascular	8	Secund. y Univ. Total	27

Tabla 15: Ámbitos de la investigación II: Complementarios (cont.)

Grupos de casos



Grupo de control

Ámbito 5: Área territorial.

<i>Casos Barcelona ciudad</i>	32	<i>Control Barcelona ciudad</i>	35
Alzheimer Total	23	Control Total, Barcelona	35
Alzheimer Mujeres	14	Control Mujeres, Barcelona	24
Alzheimer Hombres	9	Control Hombres, Barcelona	11
Mixta-Vascular	8	Control Total, Barcelona	35
<i>Casos Baix Llobregat</i>	76	<i>Control Baix Llobregat</i>	14
Alzheimer Total	62	Control Total, Baix Llobregat	14
Alzheimer Mujeres	41	Control Mujeres, Baix Llobregat	5
Alzheimer Hombres	21	Control Hombres, Baix Llobregat	9
Mixta-Vascular	9	Control Total, Baix Llobregat	24

Finalmente se ha establecido un contraste sobre la base del territorio, el estudio en el Ámbito 5: Área Territorial (tabla 15), ya que en la tipología de los sujetos estudiados el territorio podría incluir aspectos globales de tipo sociocultural: status, nivel educativo, tipología de ciudades, aspectos laborales, etc.

3.3 Sujetos y variables independientes

3.3.1 Control de variables: Diagnóstico, edad y sexo

Desde el inicio se tuvo el propósito de ejercer un control estricto sobre algunas variables: Diagnóstico, edad y sexo. Por una parte, definiendo claramente los sujetos del grupo de casos y de control respecto a la situación de demencia / no-demencia. Por otra, teniendo una proporción similar en los dos grupos respecto al sexo. Y finalmente, en relación con la edad, consiguiendo que el grupo control fuera de mayor edad para asegurarnos en lo posible que fuera un grupo con un riesgo menor de desarrollar una demencia en los

siguientes años. Los datos estadísticos completos de estos aspectos figuran en el Apéndice D: Diseño de grupos y Sujetos; destacaremos los fundamentales:

Tabla 16: Diagnóstico y déficits cognitivos. Grupos de casos y control

<i>Grupos de casos</i>					
<u>Tipologías de demencia</u>	n°	%	<u>Grupos de casos analizados</u>	n°	%
Alzheimer	85	78'7%	Alzheimer Total	85	78'7%
Vascular	8	7'4%	Alzheimer Mujeres	55	50'9%
Mixta	9	8'3%	Alzheimer Hombres	30	27'7%
Parkinson y otras similares	3	2'8%	Mixta-Vascular	17	15'7%
Cuerpos de Lewy	3	2'8%	Casos Demencia	108	100'0%
Total casos demencia	108	100'0%			
<u>G.D.S. Reisberg</u>	n°	%	<u>Instit. sanitarias diagnóstico</u>	n°	%
5 Demencia inicial	62	57'4%	Hospital de Bellvitge	31	28'7%
6 Demencia moderada	21	19'4%	Fundación A.C.E.	28	25'9%
7 Demencia severa	13	12'0%	Cap II Cornellá	8	7'4%
Fallecido	12	11'1%	Hospital Clínico	5	4'6%
			Hosp. S. Corazón Martorell	4	3'7%
			Hosp. Sant Boi	4	3'7%
			Otros	27	25'0%
<i>Grupos control</i>					
<u>Tipología déficits cognitivo: No-demencia</u>					
<u>G.D.S. Reisberg</u>			<u>Instituciones Sociales</u>		
2 Déficit cog. muy leve	23	46'9%	Asociaciones familiares	25	51'0%
3 Déficit cog. leve	26	53'1%	C. Cívico Casa Elizalde	24	49'0%

Diagnóstico: Respecto al grupo de casos, se obtuvo de todos ellos una certificación médica de los Servicios Sanitarios donde constaba el Tipo de Demencia y otros datos relativos al diagnóstico. Respecto a los controles, una entrevista clínica y un conocimiento a lo largo de un mínimo de 3 meses, por parte del investigador, certificó la situación de no-demencia. (tabla 16).

Edad: En relación con la edad no había diferencias significativas para el conjunto de casos y de controles, en el momento del 1er. diagnóstico de los casos y la edad actual de los controles (+0'33), (tabla 17).

En el inicio de la enfermedad (cuando los familiares detectan las pérdidas) había una diferencia significativa (- 5'65) a favor de los controles. Es decir, los controles eran de más edad (2'66 años más de media), lo cual redundaba a favor de la fiabilidad de la investigación, remarcando la situación de no-demencia de éstos

Tabla 17: Edades. Grupo de casos – grupo control

<i>Edades</i>	<i>Casos Demencia</i> 108		<i>Control Total</i> 49	
	Ma.	Df. sg.	Ma.	
Media Ed. inicio	67'87 a.	- 5'65	Media Ed. actual	70'53 a.
Media Ed. 1er. diagnóstico	70'69 a.	+0'33	Media Ed. actual	70'53 a.
Media Ed. actual	73'38 a.	+6'10	Media Ed. actual	70'53 a.
Tramos edades de inicio	%	Df. sg.	Tamos edades actuales	%
41-50 años	2'8%	+0'31	41-50 años	2'0%
51-60 años	17'6%	+1'75	51-60 años	8'2%
61-70 años	39'8%	+1'69	61-70 años	26'5%
71-80 años	35'2%	- 2'80	71-80 años	59'2%
81-90 años	4'6%	+0'14	81-90 años	4'1%

Los sujetos del grupo de casos eran más numerosos en los primeros tramos 41-70 años (60'2%), mientras que los sujetos del grupo control eran algo más numerosos en los últimos tramos 71-90 años (63'3%).

Sexo: En este aspecto los grupos no diferían significativamente (+ / - 0'22), (tabla 18).

Tabla 18: Sexo. Grupo de casos, grupo control

<i>Sexo</i>	<i>Casos Demencia (nº: 108)</i>			<i>Control total (nº: 49)</i>		
	nº	%	Df. sg.	nº	%	
Mujeres	66	61'1%	+0'22	29	59'2%	
Hombres	42	38'9%	- 0'22	20	40'8%	

3.3.2 Procedencia y nivel socio-cultural

Esta ha sido una de las variables más difíciles de controlar, para que los grupos de casos y control fuesen homogéneos. Se han desarrollado, no obstante, sistemas de contraste que permitan soslayar en parte estas diferencias entre los grupos de casos y control. Los estudios en los ámbitos 2, 3, 4 y 5 (tabla 15) tienen este objetivo.

El primero aspecto a subrayar es que el grupo control tiene dos subgrupos con comportamientos diferentes para algunos aspectos: el grupo de familiares cuidadores por una parte y el grupo de personas mayores sin ninguna vinculación con la demencia por otra, con un nivel sociocultural diferente, en general más alto. (tabla 19).

Tabla 19: Función social de los sujetos. Grupos de casos y control

<i>Procedencia</i>	<i>Función</i>	<i>%</i>	<i>Procedencia</i>	<i>Función</i>	<i>%</i>
<i>Casos Demencia</i>			<i>Controles</i>		
1) AFA Baix Llobregat	Enfermos	70'4%	1) AFA Baix Llobregat	Cuidadores	28'6%
			Alzheimer Catalunya	Cuidadores	22'4%
			Total cuidadores		51'0%
2) Alzheimer Catalunya	Enfermos	29'6%	2) C. Cívico: C. Elizalde	No-cuidadores	49'0%

Esto puede tener alguna incidencia en los resultados, sobre todo en aquellos que se derivan de la función de cuidar; por ejemplo en el caso concreto de la depresión el subgrupo de los familiares cuidadores tendrá un porcentaje superior. En otros aspectos: enfermedades propias, personalidad, eventos vitales anteriores al inicio de demencia, etc. pueden intervenir también variantes socioculturales. Las dificultades de esta diferencia podrían resolverse en parte con los resultados del estudio en el *Ámbito 2: Matrimonios*, contraste del subgrupo matrimonios (enfermo y familiar cuidador), ya que se supone que los matrimonios tendrán un nivel más homogéneo en estos aspectos (tabla 15).

El segundo aspecto a subrayar en sí mismo es el del nivel sociocultural. Podemos decir que el grupo control, en estos aspectos, tiene un nivel más alto. Este es un tema difícil de soslayar por completo, ya que en todos los estudios los enfermos de demencia tienen un nivel socio-cultural más bajo.

Tabla 20: Nivel educativo y laboral. Grupos de casos y control

	Casos Demencia 108		Total controles 49	
<i>Nivel educativo</i>	%	Df. sg.	%	
analfabeto	21'3%	+4'38	2'0%	
sólo leer y escribir	4'6%	- 0'79	8'1%	
Primarios	49'1%	+1'73	34'7%	
Secundarios I	10'2%	- 2'10	24'5%	
Secundarios II	8'3%	- 0'48	12'2%	
Universitarios	3'7%	- 2'52	18'4%	
<i>Ocupación laboral</i>	%	Df. sg.	%	
Ama de casa y trabajo	36'1%	+2'12	20'4%	
Campo	1'9%	- 0'02	2'0%	
Industria	22'1%	+0'58	18'1%	
Servicio doméstico y Contruc.	7'5%	+0'35	6'0%	
Comercio	12'0%	- 1'25	20'2%	
Administr. y profes. liberales	12'9%	- 2'61	32'3%	

Algunos de los elementos que estarían implícitos en esta diferencia sociocultural, nivel educativo y laboral (tabla 20) y área territorial (tabla 21), deberán ser tenidos en cuenta para el comportamiento en algunas variables dependientes, especialmente en el momento de las conclusiones. El estudio de los ámbitos 4: Nivel educativo, y 5: Área territorial, responde a esta precaución en el análisis (tabla 15).

Tabla 21: Área territorial. Grupos de casos y control

<i>Área Territorial</i>	<i>Grupo de casos</i>		<i>Grupo control</i>	
	nº	%	nº	%
Comarca del Baix Llobregat	76	70'4%	14	28'6%
Barcelona ciudad	32	29'6%	35	71'4%

3.4 Material

3.4.1 Cuestionario para entrevista

El material básico en la investigación fue el Cuestionario confeccionado de forma expresa para la recogida de datos. La forma para los grupos de casos y el grupo control era la misma, con una variante en la página inicial al recoger los datos personales y el estado de salud actual. (Ver Apéndice A: Cuestionario para entrevistas).

Como ya hemos comentado anteriormente, las entrevistas previas desarrolladas durante los años 1992-96, con los familiares de los enfermos de Alzheimer, permitieron plasmar aquellos conceptos que aparecían más relevantes en la vida de los enfermos antes de contraer la enfermedad. Se añadieron también todos aquellos factores de riesgo que parecían relevantes en investigaciones publicadas y que se especifican en el capítulo 2: Revisión de la Bibliografía. Para la elección de los ítems referentes a la personalidad se consultaron las pruebas específicas de los cinco factores básicos: NEO-Pi, (Costa y McCrae, 1985) y Big Five (Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini 1993).

La redacción de un cuestionario propio permitía unificar en un sólo documento todas las observaciones que se querían constatar, ya que no encontramos uno o varios documentos que resumiesen todos los aspectos necesarios.

El cuestionario puede considerarse una entrevista semiestructurada. Existían unos ítems determinados con unas opciones explícitas, pero al mismo tiempo se permitía introducir nuevas opciones, matizar, comentar más extensamente algunos aspectos. Ocupaba ocho hojas tipo Din-A4 y estaba pensado para realizarse en 45-60 minutos. Previamente se realizaron algunos ensayos para comprobar su operatividad.

3.4.2 Ítems del cuestionario y variables

Los ítems del cuestionario que se especifican en la tabla 22, permiten ver al mismo tiempo el conjunto de las variables independientes y dependientes que se manejaron:

Tabla 22: Ítems del Cuestionario de la investigación

1a) Datos generales (Grupo casos)

- del cuidador principal: Edad, sexo, parentesco, grupo de Apoyo, dirección postal
- del enfermo: Edad, sexo, parentesco, diagnóstico, Institución, profesional, año del 1er. diagnóstico, años de evolución según el familiar, estadio del G.D.S. y recurso externo utilizados

1b) Datos generales (Grupo control)

- de la persona mayor: Edad, sexo, taller de memoria, centro cívico, dirección postal

2a) Autonomía en el momento presente (Grupo de casos)

- Comida, Vestirse, Higiene, Lenguaje, Reconocimiento, Movilidad

2b) Estado de salud actual (Grupo control)

- Grado de calificación
- Tipo de enfermedad y grado de afectación
- Resultado pruebas déficits cognitivos y depresión

3) Antecedentes de enfermedades importantes

- Personales: Tipo y edad
- Familiares: Tipo, parentesco, edad
- Familiares con demencia: Tipo, parentesco, edad

4) Antecedentes de enfermedades psíquicas

- Personales: Tipo, edad, tratamiento farmacológico, psicológico
- Familiares: Tipo, parentesco, edad, tratamiento farmacológico, psicológico

5) Gráfico de 3 generaciones (hermanos, padres, tíos y abuelos)

- Edades actuales o de muerte
- Enfermedades

6) Estilo y ambiente de la familia de los padres

- Estilo educativo general
- Rasgos personalidad del padre
- Edad que tenía el enfermo cuando murió el padre
- Rasgos personalidad de la madre
- Edad que tenía el enfermo cuando murió la madre

7) Eventos vitales en la Infancia y Adolescencia (hasta los 20 años)

- Circunstancias personales: Tipo, reacción, grado de afectación, edad
- Circunstancias familiares: Tipo, reacción, grado de afectación, edad

8) Eventos vitales en la Juventud y Mediana Edad

- Circunstancias personales: Tipo, reacción, grado de afectación, edad
- Circunstancias familiares: Tipo, reacción, grado de afectación, edad

9) Eventos vitales en la Vejez (a partir de los 60 años)

- Circunstancias personales: Tipo, reacción, grado de afectación, edad
- Circunstancias familiares: Tipo, reacción, grado de afectación, edad

Tabla 22: Ítems del Cuestionario de la investigación (Continuación)

-
- 10) *Nivel educativo*
- Nivel, tipo de estudios, edad final de escolarización
-
- 11) *Ocupación laboral*
- Clase, tipo, contratación, nivel
-
- 12) *Golpe en la cabeza*
- Circunstancias y edad
-
- 13) *Actividades y relaciones sociales en la vida adulta y Vejez*
- Tipo de actividad y grado de implicación
-
- 14) *Relaciones de pareja o de vínculos afectivos principales (15 años antes de la enfermedad)*
- Calificativos sobre la relación
- Tipo de relación: Autonomía / Dependencia y grado
Dominancia / Sumisión y grado
-
- 15) *Perfiles de personalidad y grado (15 años antes de la enfermedad)*
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| - Extroversión / Introversión | - Sociabilidad / Retraimiento |
| - Autonomía / Dependencia | - Interés / Indiferencia |
| - Continencia / Impulsividad | - Organizado / Caótico |
| - Serenidad / Ansiedad | - Convencional / Anárquico |
| - Optimismo / Pesimismo | - Responsable / Irresponsable |
| - Asertividad / Inhibición | - Criterio propio / imitador |
| - Afrontamiento / Evitación | - Pacífico / Irritable |
| - Dominancia / Sumisión | - Realista / Utópico |
| - Entereza / Afectación | - Seguridad / Inseguridad |
| - Altruismo / Egocentrismo | - Flexibilidad / Rigidez |
| - Generosidad / Egoísmo | |

3.5 Procedimiento

3.5.1 Criterios de selección de las muestras

3.5.1.1 Grupo de casos

a) Diagnóstico: El criterio para la selección del grupo de casos fue, básica y fundamentalmente, el tener acreditado suficientemente por los servicios sanitarios el diagnóstico de Demencia. El número que cumplía estos requisitos fue finalmente 108 casos. Los demás aspectos derivaron de este criterio básico.

b) Procedencia y función social: En todos los casos sus familiares se vincularon a los grupos de Apoyo de las Asociaciones de Familiares. La entrada de los familiares de los sujetos en el grupo de casos corresponde al período 1997-99.

c) Área territorial: Existía una doble procedencia de los sujetos: comarca del Baix Llobregat (70'4%) y Barcelona ciudad (29'6%).

3.5.1.2 Grupo control

a) Diagnóstico: Para el grupo control el criterio fundamental era el diagnóstico de no-demencia, certificado a través de una entrevista clínica y del seguimiento por un período no inferior a tres meses.

b) Control de variables: Hubo una cierta selección de los controles con el objetivo de que en cuanto a edad y sexo los dos grupos fuesen homogéneos. Finalmente el grupo control quedó fijado en 49 sujetos.

c) Procedencia y función social: Se consideró conveniente que una parte del grupo control estuviese formado por los cónyuges de los enfermos (51'0%), con el objetivo de poder realizar contrastes entre subgrupos: enfermos-cónyuges.

Los demás sujetos no tenían ninguna vinculación con la demencia. Participaban en un Curso de memoria para personas mayores que se realizaba en un Centro Cívico (49%).

d) Área territorial: También existía una doble procedencia territorial de los sujetos, pero con una proporción inversa: comarca del Baix Llobregat (28'6%) y Barcelona ciudad (71'4%).

Las diferencias en cuanto a la procedencia territorial, entre el grupo de casos y el grupo control, motivado por cuestiones de disponibilidad de sujetos, debería tenerse en cuenta para la realización de contrastes.

De tal manera que al estudio de los ámbitos 1, 2 y 3 especificados anteriormente (tabla 14), pueden añadirse para el control de las diferencias socioculturales, el nivel educativo y área territorial, el estudio de los ámbitos 4 y 5 (tabla 15).

3.5.2 La realización y control de las entrevistas

En la realización de las entrevistas participaron 34 alumnos de 4º curso de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Barcelona. Los alumnos realizaban la asignatura de Psicogerontología, cuyo profesor era el autor de la presente investigación. Los alumnos recibieron entrenamiento previo e instrucciones para la realización de la entrevista durante 3 sesiones de 90 minutos. Dichas instrucciones se adjuntaron al cuestionario y figuran en el Apéndice A: Cuestionario para entrevistas

Se realizó un seguimiento posterior a la realización de la entrevista con resultados satisfactorios. Cada entrevista realizada por los alumnos fue supervisada personalmente por el autor de la investigación, comentando y resolviendo con el entrevistador las dudas o dificultades que se suscitaron en su realización.

De los sujetos del grupo de casos los alumnos realizaron 47 entrevistas (43'5%), el resto las realizó el propio autor de la investigación. Del grupo control, la totalidad de las entrevistas fue realizada por los alumnos: 53 entrevistas (100'0%).

En ningún caso un entrevistador repitió con la misma persona cuando se daba la situación de realizar una entrevista de casos y de control.

La evaluación de su realización proporcionó los siguientes resultados (tabla 23):

Tabla 23: Evaluación del procedimiento de realización de entrevistas

<u>Desarrollo de la entrevista</u>	Casos		Control		Casos		Control	
	%	%	%	%	%	%	%	%
	Mucho		Bastante		Poco		Nada	
Disponibilidad a responder	76'0	75'4	21'7	22'6	2'1	1'8	0'0	0'0
Grado de seguridad	26'0	42'5	58'6	51'8	15'2	5'5	0'0	0'0
Cansancio	0'0	1'9	0'0	5'7	34'0	32'6	59'6	65'9
<u>Media tiempo empleado</u>					Casos		Control	
					1h. 10 minutos		1 h. 02 minutos	
<u>Preguntas con más dudas</u>					Casos		Control	
15 (personalidad)					29'6%		32'0%	
7 (eventos vitales infancia)					12'7%		11'5%	
6 (estilo educativo y ambiente familia padres)					10'6%		5'7%	
14 (relación de pareja)					8'5%		26'9%	
4 (antecedentes enfermedades psíquicas)					8'5%		9'6%	
3 (antecedentes enfermedades físicas)					6'3%		3'8%	
9 (eventos vitales vejez)						13'4%	

3.5.3 Procesamiento informático y tratamiento estadístico

La información recogida a través de las entrevistas fue procesada con el SPSS, paquete estadístico para el análisis de datos. La codificación de variables y los valores de cada una de ellas, figura de forma completa en el Apéndice B: Codificación de variables SPSS.

Se adjuntan también los disquetes que contienen la información estadística. Los operadores más utilizados han sido:

- Seleccionar casos, para la definición de los subgrupos
- Resumir frecuencias, para observar la frecuencia de los valores de las variables expresadas en porcentajes de las variables discontinuas
- Resumir descriptivos, para observar las medias y las desviaciones típicas de las variables continuas

Los contrastes estadísticos se han realizado sobre las proporciones (tantos por cientos) en las variables discontinuas y sobre las medias aritméticas, en las variables continuas.

Las fórmulas estadísticas para el contraste de las diferencias se indican en la tabla 24.

Las comparaciones estadísticas entre los grupos de casos y de control pueden ser consideradas como unilaterales o direccionales (Downie y Heath, 1971).

<i>Tabla 24: Formulas estadísticas para el contraste de diferencias</i>	
<i>Diferencias entre Proporciones</i>	<i>Diferencias entre Medias aritméticas</i>
<i>Contraste grupos de casos – grupos control</i>	
$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1(1 - P_1)}{n_1} + \frac{P_2(1 - P_2)}{n_2}}}$	$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$
<p>$P_1, P_2 =$ Proporción en el grupo 1 $n_1, n_2 =$ Número de sujetos grupo 1</p>	<p>$X_1, X_2 =$ Medias de cada grupo $s_1, s_2 =$ Desviación standard de cada grupo $n_1, n_2 =$ Número de sujetos de cada grupo</p>
<i>Contraste grupos casos – población general</i>	
$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{P_1(1 - P_1)}{n_1}}}$	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><i>Índices de significación</i></p> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p>< 1'65 no significativa > 1'65 significativa con riesgo α 0,05 > 2'33 significativa con riesgo α 0,01</p> </div>
<p>$P_1 =$ Proporción muestra $P_2 =$ Proporción población general $n_1 =$ Número muestra</p>	