



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMO FACTOR DE  
RIESGO PSICOSOMÁTICO PARA LOS CUIDADORES  
FAMILIARES DE ENFERMOS CRÓNICOS  
DISCAPACITADOS.**

**TESIS DOCTORAL**



**Doctorando: Miguel Muñoz-Cruzado y Barba**

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y FISIOTERAPIA

Dirigida por:

Dr. D. Eduardo Sánchez Guerrero

Codirigida por:

Dr. D. Francisco Javier Barón López

Málaga, mayo de 2007



# UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia

D. Eduardo Sánchez Guerrero, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga y Profesor Titular de Escuela del Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia de la Universidad de Málaga,

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba, titulado LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMO FACTOR DE RIESGO PSICOSOMÁTICO PARA LOS FAMILIARES CUIDADORES, ha sido realizado bajo mi dirección, y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura. Para que así conste a los efectos oportunos, firmo el presente documento en Málaga a tres de mayo de dos mil siete.

Fdo. Eduardo Sánchez Guerrero



# UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia

D. Francisco Javier Barón López, Doctor en Matemáticas por la Universidad de Málaga, Doctor en Análisis Numérico por la Universidad de París VI y Profesor Titular de Escuela Universitaria del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Medicina de la Universidad de Málaga,

CERTIFICA que el presente trabajo de investigación, titulado LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMO FACTOR DE RIESGO PSICOSOMÁTICO PARA LOS FAMILIARES CUIDADORES, ha sido realizado bajo mi codirección por D. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba para optar al título de Doctor por la Universidad de Málaga, y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido, metodología, interés y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga, firmo el presente en Málaga, a tres de mayo de dos mil siete.

Fdo. Fco. Javier Barón López

*A mi padre, almirante de la nave de mi vida.*

*A mi madre, mi estrella Polar.*

*A mis hijos y mis hermanos, aguerridos  
marineros que me salvaron de la zozobra.*

*A Euterpe, mi compañera en esta singladura.*

*A los educadores que desde niño me  
enseñaron a navegar.*

*A mis compañeros, enfermos y cuidadores,  
mar en la que navego.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*El agradecimiento es la memoria del corazón**Lao-tse (570 - 490 a.C.)*

A mis directores de tesis, D. Eduardo Sánchez Guerrero y D. Francisco Javier Barón López, por su inconmensurable paciencia, su disponibilidad y por lo mucho que me han enseñado en sus respectivas materias, estimulado en el trabajo y ayudado en mis muchas dudas.

A D<sup>a</sup>. María Teresa Labajos, por sus constantes desvelos por mi carrera profesional.

A mis maestros desde la infancia, muy especialmente a D. José Ramos Cabello (*in memoriam*), de cuyas manos fui aprendiendo a conducirme en la vida.

A mis compañeros de viaje en este mundo de la Salud (fisioterapeutas, enfermeros, médicos, podólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, enfermos y cuidadores), de cuya ciencia, arte y dolor he ido conformado mi ecléctica concepción holística del ser humano.

A los profesores Dres. D. Felipe Aguado Guerrero, D. Carlos de Linares del Río y D. Ricardo Bermúdez Polonio (*in memoriam*), que siempre vieron en mí más facultades que las que poseo.

Al médico D. Enrique Viedma Ramírez, avanzado ejemplo de transdisciplinariedad en la atención al doliente, y a mis compañeros médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales, celadores y administrativos del Centro de Salud de Vélez-Málaga, por las muchas vicisitudes compartidas tantos años.

A Rafael Cabello Jaime, enfermero, compañero infatigable en mis inquietudes investigadoras, por tantas noches de discusiones y trabajo.

A mis compañeros y amigos Daniel Catalán Matamoros y Mayte Fuentes Hervías, de cuya paternidad profesional me siento tan orgulloso.

A mi compañero-amigo-hermano Eduardo Montoro Fernández, a todos mis compañeros profesores del Área de Fisioterapia, al Personal de Administración y Servicios y del Servicio de Seguridad de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, por el afecto, el apoyo y la ayuda prestados en mis momentos de angustia.

A los alumnos a cuya formación he tenido el honor de contribuir durante tantos años, por todo lo que me han enseñado.

A los alumnos de tercer curso de Fisioterapia matriculados en la asignatura Fisioterapia en Geriátrica en el curso académico 2005-2006, a Pedro Calle Fuentes, Antonio Oya Casero y Miguel Ángel Gobernado Cabero, a las Asociaciones de Enfermos de Alzheimer de Málaga, Fuengirola, Antequera y Vélez-Málaga, Asociación "La Estrella" (Jaén), Centro Polivalente de Mayores "Santa Isabel", de Huétor Tajar (Granada) y a los cuidadores, por su imprescindible colaboración en esta tesis.

A mi hermano en tantas cosas, el ilustre pintor D. Francisco Hernández Díaz, de cuyo humanismo bebo desde muchos años.

A todas las personas que a lo largo de mi vida han ido despertando en mí la inquietud de la superación por un mundo mejor.

Especialmente, a los cuidadores de enfermos de Alzheimer de todo el mundo, cuyo dolor supera en demasía a cualquier forma de sufrimiento humano.

*Anima est actus primus corporis naturalis organici potentia vitam habentis; Anima est in quo vivimus, et sentimos, et movemur et intelligimus primo.*

(Aristóteles, *De anima*, II, 1, 412 b 6-8.)



1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Aproximación histórica, conceptos y aspectos generales sobre Psicosomática .....	2
1.1.1	Aproximación histórica acerca de la Psicosomática .....	2
1.1.2	Concepto de Enfermedad Psicosomática.....	11
1.1.3	Teorías acerca de las Enfermedades Psicosomáticas.....	15
1.1.4	Influencia de los factores psicológicos en la salud física.....	18
1.1.5	Taxonomía de las Enfermedades Psicosomáticas.....	19
1.1.6	Concepto Psicosomático de Salud.....	40
1.1.7	Salud y cuidados .....	41
1.1.8	Acerca de la demencia.....	70
2	JUSTIFICACIÓN.....	78
3	HIPÓTESIS.....	80
4	OBJETIVOS.....	82
4.1	Objetivo general .....	83
4.2	Objetivos específicos.....	83
5	METODOLOGÍA.....	84
5.1	Población objeto de estudio .....	85
5.2	Diseño del estudio.....	86
5.3	Selección de las muestras.....	86

5.4	Recogida de datos .....	87
5.4.1	Encuesta realizada y descripción de las variables .....	88
5.4.2	Análisis estadístico .....	94
6	RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	97
6.1	Descripción de la población.....	98
6.1.1	Valores de las variables numéricas incluidas en el estudio.....	98
6.1.2	Sexo .....	99
6.1.3	Edad.....	101
6.1.4	Antigüedad como cuidador.....	103
6.1.5	Edad de los pacientes .....	105
6.1.6	Forma de asumir la responsabilidad de los cuidados.....	107
6.1.7	Nivel de formación en cuidados .....	109
6.1.8	Nivel educativo .....	111
6.1.9	Parentesco del cuidador con el paciente y grado de proximidad.....	113
6.1.10	Grado de ansiedad detectado .....	116
6.1.11	Grado de depresión detectado .....	118
6.1.12	Grado de dependencia del paciente para las AVDs.....	120
6.1.13	Carga del cuidador (Índice de Zarit).....	122
6.1.14	Prevalencia de enfermedades psicosomática detectada en los cuidadores de ambas muestras.....	124

6.2	Análisis comparativo de las enfermedades psicosomáticas aparecidas durante la fase de cuidador en los individuos de ambas muestras.....	141
6.2.1	Sistema Cardiovascular.....	141
6.2.2	Sistema Respiratorio y Trastornos Fonológicos .....	143
6.2.3	Sistema Digestivo.....	144
6.2.4	Sistema Locomotor .....	146
6.2.5	Sistema endocrino.....	147
6.2.6	Sistema inmunitario.....	148
6.2.7	Sistema nervioso.....	149
6.2.8	Sistema Dermocutáneo.....	151
6.2.9	Trastornos ginecológicos y sexuales.....	152
6.3	Análisis de las posibles correlaciones entre variables.....	153
6.3.1	Depresión percibida – Depresión detectada.....	154
6.3.2	Ansiedad percibida – Depresión detectada.....	156
6.3.3	Cefalea – Grado de depresión detectado.....	157
6.3.4	Síndrome vasomotor – Antigüedad del cuidador en meses. ....	158
6.3.5	Síndrome de opresión torácica – Grado de ansiedad detectado por el Test de Goldberg.....	159
6.3.6	Ansiedad detectada por el Test de Goldberg – Ser no ser cuidador de enfermo de Alzheimer.....	160
6.3.7	Lumbalgia y/o ciatalgia – Antigüedad del cuidador en meses.....	161

6.3.8	Cefalea – Carga del cuidador, calculada por el Índice de Zarit .....	162
6.3.9	Depresión percibida – Carga del cuidador .....	163
6.3.10	Cefalea – Grado de ansiedad detectado por el Test de Goldberg.....	164
6.3.11	Taquicardia – Ansiedad detectada .....	165
6.3.12	Artritis Reumatoide – Antigüedad del cuidador .....	166
6.3.13	Ansiedad percibida por el cuidador – Ansiedad detectada.....	167
6.3.14	Cefalea – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer.....	168
6.3.15	Hipertensión Arterial – Antigüedad del cuidador .....	169
6.3.16	Taquicardia – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer .....	170
6.3.17	Úlcera gástrica – Antigüedad del cuidador .....	171
6.3.18	Contracturas musculares – Ansiedad detectada .....	172
6.3.19	Ansiedad percibida por el cuidador – Carga del cuidador .....	173
6.3.20	Alteraciones del lenguaje – Índice de Zarit.....	174
6.3.21	Depresión percibida – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer .....	175
6.3.22	Prurito – Índice de Zarit .....	176
6.3.23	Náuseas – Depresión detectada .....	177
6.3.24	Vaginismo – Índice de Zarit.....	178
6.3.25	Alteración del lenguaje – Depresión detectada .....	179

6.3.26 Depresión percibida-Ansiedad percibida-Ser o no ser cuidador EA.....	180
6.3.27 Cefalea-Ansiedad percibida-Ser o no ser cuidador EA .....	181
6.3.28 Ansiedad percibida-Taquicardia-Ser o no ser cuidador EA.....	182
6.3.29 Taquicardia-Sexo-Ser o no ser EA.....	183
6.4 Análisis comparativo del impacto del momento de comienzo del rol de cuidador en los padecimientos psicosomáticos de los cuidadores de ambas muestras .....	184
6.4.1 Sistema Cardiovascular.....	184
6.4.2 Sistema Respiratorio .....	190
6.4.3 Sistema locomotor.....	201
6.4.4 Sistema endocrino.....	206
6.4.5 Sistema nervioso.....	206
6.4.6 Sistema dermocutáneo.....	212
6.4.7 Trastornos ginecológicos y sexuales.....	213
7 CONCLUSIONES.....	217
8 PROSPECTIVAS.....	220
9 BIBLIOGRAFÍA.....	223
10 ANEXOS.....	265

Gráfico 1-1 Interacciones de los diversos sistemas relacionados con los trastornos psicosomáticos.....	10
Gráfico 1-3 Evolución de la pirámide de población española.....	47
Gráfico 1-5. Esperanza de vida al nacer.....	49
Gráfico 6-1. Distribución de la población por sexo.....	99
Gráfico 6-2. Distribución de las muestras por sexo.....	100
Gráfico 6-3. Edad de los cuidadores.....	101
Gráfico 6-4. Edad de los cuidadores de una y otra muestras.....	102
Gráfico 6-5. Antigüedad de los cuidadores.....	103
Gráfico 6-6. Antigüedad de los cuidadores de una y otra muestras.....	104
Gráfico 6-7. Edad de los pacientes.....	105
Gráfico 6-8. Edad de los pacientes de una y otra muestras.....	106
Gráfico 6-9. Forma de asumir la responsabilidad de los cuidados.....	107
Gráfico 6-10. Forma de asumir la responsabilidad los cuidadores.....	108
Gráfico 6-11. Distribución de la población según el nivel de formación en cuidados.....	109
Gráfico 6-12. Formación en cuidados de una y otra muestras.....	110
Gráfico 6-13. Distribución de la población según el nivel educativo.....	111
Gráfico 6-14. Nivel educativo de los cuidadores de una y otra muestras.....	112
Gráfico 6-15. Distribución de la población según el parentesco con el paciente.....	113

Gráfico 6-16. Distribución de la población según el grado de proximidad con el paciente.....	114
Gráfico 6-17. Grado de proximidad familiar de una y otra muestras. ....	115
Gráfico 6-18. Grado de ansiedad detectado en la población. ....	116
Gráfico 6-19. Grados de ansiedad detectados en una y otra muestras. ....	117
Gráfico 6-20. Grado de depresión detectado en la población. ....	118
Gráfico 6-21. Grado de depresión detectado en una y otra muestras....	119
Gráfico 6-22. Grado de dependencia de los pacientes atendidos por la población de cuidadores. ....	120
Gráfico 6-23. Grado de dependencia de los pacientes de una y otra muestras. ....	121
Gráfico 6-24. Carga de la población.....	122
Gráfico 6-25. Carga de los cuidadores de una y otra muestras. ....	123
Gráfico 6-26. Depresión percibida – Depresión detectada.....	154
Gráfico 6-27. Depresión percibida – Ansiedad detectada. ....	155
Gráfico 6-28. Ansiedad percibida – Depresión detectada. ....	156
Gráfico 6-29. Cefalea – Depresión detectada .....	157
Gráfico 6-30. Síndrome vasomotor – Antigüedad de los cuidados .....	158
Gráfico 6-31. Ansiedad detectada - Síndrome de opresión torácica. ....	159
Gráfico 6-32. Ansiedad detectada - Ser o no cuidador de Alzheimer.....	160
Gráfico 6-33. Lumbalgia/ciatalgia - Antigüedad de los cuidados.....	161
Gráfico 6-34. Cefalea - Carga del cuidador.....	162

Gráfico 6-35. Infecciones frecuentes - Antigüedad de los cuidados.....	163
Gráfico 6-36. Cefalea - Ansiedad detectada. ....	164
Gráfico 6-37. Taquicardia-Ansiedad detectada. ....	165
Gráfico 6-38. Artritis Reumatoide-Antigüedad de los cuidados. ....	166
Gráfico 6-39. Ansiedad percibida-Ansiedad detectada. ....	167
Gráfico 6-40. Cefalea-Ser o no ser cuidador EA. ....	168
Gráfico 6-41. Hipertensión arterial-Antigüedad de los cuidados. ....	169
Gráfico 6-42. Taquicardia-Ser o no cuidador EA.....	170
Gráfico 6-43. Úlcera gástrica-Antigüedad de los cuidados. ....	171
Gráfico 6-44. Ansiedad detectada-Contractura muscular. ....	172
Gráfico 6-45. Ansiedad percibida-Carga del cuidador.....	173
Gráfico 6-46. Carga del cuidador- Alteración del lenguaje.....	174
Gráfico 6-47. Depresión percibida-Ser o no cuidador EA. ....	175
Gráfico 6-48. Prurito-Carga del cuidador. ....	176
Gráfico 6-49. Náuseas-Depresión detectada. ....	177
Gráfico 6-50. Vaginismo-Carga de la cuidadora. ....	178
Gráfico 6-51. Depresión detectada-Alteración del lenguaje. ....	179
Gráfico 6-52. Análisis de las variables Ansiedad y Depresión percibidas- Ser o no ser cuidador EA.....	180
Gráfico 6-53. Análisis de las variables Cefalea-Ansiedad percibida-Ser o no cuidador EA. ....	181



Gráfico 6-54. Análisis de las variables Ansiedad percibida-Taquicardia-Ser o no cuidador EA. ....	182
Gráfico 6-55. Análisis de las variables Taquicardia-Sexo-Ser o no cuidador EA. ....	183
Gráfico 6-56. Hipertensión arterial surgida en el momento de inicio de los cuidados.....	185
Gráfico 6-57. Arritmia surgida en el momento de comienzo de los cuidados.....	187
Gráfico 6-58. Taquicardia surgida en el momento de inicio de los cuidados.....	189
Gráfico 6-59. Síndrome de hiperventilación surgido en el momento de inicio de los cuidados.....	191
Gráfico 6-60. Alteración del lenguaje surgida en el momento de inicio de los cuidados.....	192
Gráfico 6-61. Síndromes de opresión torácica aparecidos tras la asunción de los cuidados y tras el apareamiento.....	194
Gráfico 6-62. Dispepsias gástricas surgidas en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.....	196
Gráfico 6-63. Estreñimiento surgido en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento. ....	198
Gráfico 6-64. Diarrea aparecida en el momento de inicio de los cuidados. ....	199
Gráfico 6-65. Hemorroides surgidas en el momento de inicio de los cuidados.....	200
Gráfico 6-66. Lumbalgias/ciatalgias surgidas en el momento de inicio de	

los cuidados.....	201
Gráfico 6-67. Lumbalgias /ciatalgias tras el apareamiento.....	202
Gráfico 6-68. Contracturas musculares surgidas en el momento de inicio de los cuidados. ....	203
Gráfico 6-69. Contracturas musculares tras el apareamiento. ....	203
Gráfico 6-70. Calambres surgidos en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento. ....	205
Gráfico 6-71. Cefaleas aparecidas en el momento de inicio de los cuidados.....	207
Gráfico 6-72. Cefaleas tras el apareamiento de las muestras.....	207
Gráfico 6-73. Depresión surgida en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento de casos.....	209
Gráfico 6-74. Ansiedad surgida en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento de casos.....	211
Gráfico 6-75. Vaginismo surgido en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento. ....	214
Gráfico 6-76. Síndrome menstrual surgido en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento. ....	215
Gráfico 6-77. Otras alteraciones sexuales surgidas en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.....	216

Tabla 1. Síntomas que pueden indicar una demencia. ....	54
Tabla 2. Síntomas no-cognitivos .....	55
Tabla 3 Diferencia entre síntomas cognitivos y no-cognitivos en la demencia. 56	
Tabla 4 . Principales causas del deterioro de la memoria en el anciano sano. 57	
Tabla 5. El modelo de Kubler-Ros. ....	58
Tabla 6. Factores de impacto psíquico sobre el cuidador. ....	67
Tabla 7. Principales repercusiones de las tareas de cuidado en el cuidador... 69	
Tabla 8. Valores de las variables numéricas incluidas en el estudio.....	98
Tabla 9. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares detectada en las muestras. ....	126
Tabla 10. Prevalencia de enfermedades respiratorias detectada en las muestras. ....	128
Tabla 11. Prevalencia de enfermedades digestivas detectada en la población. .....	129
Tabla 12. Prevalencia de enfermedades del sistema locomotor detectadas en las muestras.....	132
Tabla 13. Prevalencia de enfermedades endocrinas detectadas en las muestras. ....	133

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 14. Prevalencia de enfermedades del sistema inmunitario detectadas en las muestras.....	134
Tabla 15. Prevalencia de enfermedades del sistema nervioso detectada en las muestras. ....	135
Tabla 16. Prevalencia de enfermedades del sistema dermocutáneo detectada en la población.....	138
Tabla 17. Prevalencia de trastornos sexuales y de la mujer detectada en las muestras. ....	139
Tabla 18. Enfermedades cardiovasculares aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	142
Tabla 19. Enfermedades del sistema respiratorio aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	144
Tabla 20. Enfermedades digestivas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	145
Tabla 21. Enfermedades del sistema locomotor aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	147
Tabla 22. Enfermedades endocrinas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	148
Tabla 23. Enfermedades inmunitarias aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	149
Tabla 24. Enfermedades del sistema nervioso y trastornos psicopatológicos aparecidos tras la asunción del rol de cuidador.....	150

Tabla 25. Enfermedades dermatocutáneas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador. ....	151
Tabla 26. Trastornos ginecológicos y sexuales aparecidos tras la asunción del rol de cuidador. ....	152
Tabla 27. Enfermedades dermatocutáneas aparecidas tras la asunción de los cuidados.....	212

# 1 INTRODUCCIÓN

## **1.1 Aproximación histórica, conceptos y aspectos generales sobre Psicosomática**

### **1.1.1 Aproximación histórica acerca de la Psicosomática**

En los orígenes más remotos de la vida humana, la atención al enfermo tuvo necesariamente tintes psicológicos, aseveración permitida tras la lectura de diversos textos de autores que, como Levy-Bruhl (1927) y Ackernecht (1971), profundizaron en el estudio de las sociedades primitivas, y que coinciden en afirmar que nuestros más antiguos antepasados sentían una realidad esencial material y espiritual circulando en todos los seres, concepción ésta que tuvo que repercutir en sus ideas acerca del proceso salud-enfermedad.

El arte de curar, derivado de la concepción animista del Universo que caracteriza a los pueblos más primitivos, tuvo que basarse en la magia y en la psicología para responder al dolor humano, tanto físico como espiritual (Sokkegui, 1948).

El abordaje de la enfermedad en las sociedades humanas primitivas era de carácter instintivo, escasamente reflexiva. Su desconocimiento del fenómeno de enfermar, les hizo desarrollar un enfrentamiento regresivo y prelógico representado por la magia, considerando la enfermedad como la trasgresión de un tabú, un hechizo, la pérdida del alma o, cuando menos, la posesión por espíritus malignos, sin distinguir entre las que afectaban al psique y las somáticas. El chamán usaba un sinfín de medios mágicos, como ritos, adivinatorios, exorcismos y transferencias, y otros de tipo psicológico, como la catarsis y la sugestión inherente a toda relación, de los que no se excluían ningún padecimiento; a este respecto, se conoce que la práctica de la trepanación constituyó un procedimiento quirúrgico con implicaciones religiosas

(Ortner DJ, Putschar WGJ, 1981) en el que confluían aspectos rituales y terapéuticos (Walter K, 1966).

Sin embargo, esta actitud espiritualizada ante los innumerables trastornos de tipo somático que afectan al ser humano, iba quedando en entredicho a medida que progresaba el conocimiento de la ciencias naturales, por lo que el arte de curar fue adaptando a sus objetivos los descubrimientos que se iban produciendo. Derivado de ello, comienza a crearse un cuerpo de conocimiento del arte de curar de tipo organicista que, basado en la concepción anátomo-fisiológica del cuerpo humano, se enfrenta a las concepciones puramente animistas.

Este duelo histórico llegaría a su máximo esplendor durante el siglo XIX, gracias a la contribución, entre otros, de los trabajos del pruso Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) sobre anatomía patológica, que mantenían la influencia de la idea orgánica y estructural de la enfermedad.

Pero a lo largo de la historia, las teorías animistas, lejos de quedar absolutamente derrotadas, permanecen y se enfrentan a esta materialización del concepto de salud-enfermedad del ser humano, si bien lo hacen de manera exaltada y falta del necesario rigor científico que podrían suponer estudios formales sobre la mente humana. Como ejemplo de esta lucha entre organicistas y animistas, cabe citar la triste experiencia del médico austriaco Franz Anton Mesmer (1734-1815), descubridor del Magnetismo Animal (mesmerismo), a partir del cual el escocés James Braid (1795-1860) desarrollaría la hipnosis hacia 1842. Mesmer, quien en su obra *De planetarum influxu in corpus humanum*, plagiada de la editada por Richard Mead (1673-1754) *De imperio solis et lunae in corpora humana et morbis inde oriundis* (1704) (Pattie, 1994), estudiaba la influencia de la luna y los planetas sobre el



cuerpo humano y su influjo en las enfermedades, dando inicio a la que se denominó Astrología Médica. A pesar de las curaciones que llegó a realizar, en 1784, el recién creado Colegio de Médicos parisino y la Academia de Ciencias de Paris tacha a Mesmer de farsante, situación que mantendría el resto de su vida y hasta que en 1882 el médico parisino Charcot, en la Salpêtrière de Paris, restaurara las técnicas de la hipnosis y el mesmerismo.

Pero la verdadera psicología médica científica no se inicia hasta los descubrimientos realizados por el checo Sigmund Freud (1856-1939), el ruso Ivan P. Pavlov (1849-1936) y la Gestalt Schule (Escuela de la Gestalt o Psicología de la Forma) que, nacida en la alemana ciudad de Wurzburg hacia 1912 y concretada en el concepto *Einsicht* (comprensión), definido como la comprensión física global e inmediata de un evento, afirma que el conjunto de las partes es algo más que la suma de las mismas.

En esta lucha secular, los organicistas ven en los animistas los destructores de sus bases materialistas, negándose a aceptar las curaciones logradas desde conceptos lejanos a los netamente mecanicistas, situación que trata de privar a esta parte del conocimiento del natural derecho al desarrollo científico que cualquier hipótesis tiene, por descabellada que parezca.

Como respuesta a ello, las modernas teorías psicológicas fueron dejando de basarse exclusivamente en concepciones idealistas del universo para hacer de la anatomía y la fisiología sus referentes, lo que comenzó a dotarlas de la credibilidad necesaria para su aceptación por parte de los que hasta entonces se la negaban.

Los trabajos del fisiólogo y premio Nóbel ruso Iván Petróvich Pavlov (1849-1936) sobre el comportamiento reflejo, y del francés Hippolyte Bernheim (1840-1919) sobre la sugestión, entre otros, comenzaron a dotar al concepto

psicosomático de las inexcusables bases científicas que permitieran su ulterior desarrollo y la aceptación universal (Bernheim KF, Lehman AF, 1985).

La obsesiva búsqueda de una etiología orgánica para cada uno de los procesos patológicos que afectan al ser humano, característica de las escuelas médicas, ha ido dando paso a la aceptación científica de otros planteamientos de tipo psicológico, si bien el fundamentalismo de algunos pone en peligro esta situación, al defender que absolutamente todas las enfermedades tienen consideración exclusivamente psicógena.

Frente a esta ancestral lucha entre organicistas y animistas, surge la psicosomática que, caracterizada por la concepción holística del individuo como ser biopsicosocial, rechaza la concepción exclusivamente orgánica de la patología, aceptando la enfermedad como el resultado de una suma de factores psíquicos y somáticos.

En efecto, de acuerdo con la concepción freudiana de la conversión, el bloqueo consciente de la exteriorización de los instintos por los condicionantes morales del individuo, produce un desgaste energético que pueden seguir una dirección somática-motora, sensitiva o sensitivo-motora, acompañado de una alteración neurovegetativa, lo que se traduce en un estado de angustia de mayor o menor entidad que, pudiendo tener carácter agudo o crónico, posee un indudable efecto patológico. Este nuevo concepto de la implicación del psique en la patología humana no es sino el resultado del desarrollo de los referidos estudios al respecto, por lo que enfermedades que hasta hace poco eran consideradas de carácter psicogenético o debidas a alteraciones del sistema de relación, han ido demostrando una verdadera etiología neurovegetativa.

El estudio de las emociones, es, quizá, la piedra de toque del concepto holístico de la psicosomática. Las emociones no atienden a la teoría de James-

Lange (1884), que las suponía el resultado de la recepción e interpretación de los estímulos sensoriales por la corteza cerebral, produciendo cambios en los órganos viscerales, a través del sistema nervioso autónomo, y en los músculos del esqueleto, a través del sistema nervioso somático; tampoco obedecen a las teorías del premio Nóbel de 1932 Walter Bradford Cannon (1871-1945), quien afirma que las emociones son la actividad predominante del tálamo óptico (Cannon WB, 1928), ni a las de los ingleses Henry Head (1861-1940) y Charles Sherrington (1857-1952), que consideran que la expresión visceral de la emoción es consecutiva a la acción cerebral que sirve de soporte al estado psíquico; por el contrario, las emociones son "una acción de la individualidad psicosomática íntegra, no frente a un estímulo puro sino frente a una situación global dada o involucrada en aquél, que significa algo negativa o positivamente importante para el ser, sea éste consciente o inconsciente de ello." No se trata entonces de una "suma y casualidad", sino que son la "historia y finalidad" las que permiten comprenderlas (Sherrington CS, 1906), (Head H, Holmes G, 1911), (Wyss D, 1961).

La psicología conductual, centrada en el estudio de las respuestas psicológicas del ser humano a los estímulos, amplía su objeto de estudio a las respuestas fisiológicas, endocrinológicas e inmunológicas, de tal manera que se observa como éstas se modifican con técnicas conductuales, proponiendo, como hacen Skinner (1957) y Bandura (1967), modelos explicativos de las respuestas psicológicas y biológicas normales y anormales del sujeto frente a estímulos ambientales potencialmente estresantes en función de la valoración cognitiva que la persona hace, tanto de éstos como de sus recursos. En este ámbito, en la década de los setenta, Sifneos (1996) describe un tipo de personalidad caracterizado por la dificultad para la expresión verbal de sentimientos y fantasías, e incluso por dificultades cognitivas, convirtiéndose

ello en un riesgo para el padecimiento de afecciones psicosomáticas, vinculándose en cuanto al sustrato neuroanatómico alterado con una disminución en las conexiones córtico-límbicas. Más en nuestros días, Eysenck (1991) ha descrito diversos tipos de personalidad para distintos tipos de patología psicosomáticas. Por último, también se destaca la presencia de ansiedad, depresión y otras características inespecíficas de personalidad en la clínica de los pacientes psicosomáticos.

Este bagaje de naturaleza psicológica es útil para el profesional en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona y la comunidad sana y enferma, desarrollándose, como ya indicó en 1981 Cottraux, una Medicina Comportamental y Cognitiva.

Por otro lado, desde la perspectiva puramente biológica de las neurociencias, disciplinas como la neurofisiología, la neuroanatomía, la neuroendocrinología, la inmunología, la genética y, en su momento, la tipología, han querido también fundamentar, desde un orden exclusivamente orgánico, las manifestaciones no sólo somáticas sino también psicopatológicas del paciente psicosomático. En este sentido, incluso se pretende fundamentar a otros modelos teóricos psicológicos (Kandel, 1998).

Desde la perspectiva macroscópica, la explicación neuroanatómica ha pasado de ser “localizacionista” a otra de tipo “conexionista”, desde la cuál, los fenómenos psíquicos y psicopatológicos se relacionan con las interconexiones de diferentes estructuras anatómicas. Con las técnicas de neuroimagen se evidencian las relaciones entre cerebro y fenómenos psíquicos, identificando imágenes de la actividad cerebral cuando se encuentran activas determinadas funciones psicológicas en el sujeto (Carnero *et al.*, 2003 y 2006).

En el ámbito microscópico, se estudia la neurona y diversos sistemas de

neurotransmisión, neuroendocrino, inmunitario y circadiano, así como sus interacciones e implicaciones en el desencadenamiento de la enfermedad psicosomática (Cacabelos R *et al.*, 2007).

También la genética, que para algunos estudiosos se ha convertido en un paradigma, propone modelos novedosos y complejos de transmisión multifactorial (McGue y Bouchard, 1998; Cacabelos R *et al.*, 2005) determinantes de las funciones psicológicas y sus trastornos, considerándose una de las disciplinas claves para el conocimiento de la psicosomática. Sus métodos de estudio se ven incrementados por la investigación en ingeniería genética, por lo que algunos de ellos ponen en evidencia importantes cuestiones éticas (McKinnon *et al.*, 1997).

En definitiva, numerosos hechos confirman que la interrelación de los sistemas neuro-endocrino-inmunológicos son mediadores de la respuesta del sujeto al estrés y, por tanto, se encuentra vinculada con los desórdenes psicosomáticos (Miller AH y Spencer RL, 1997).

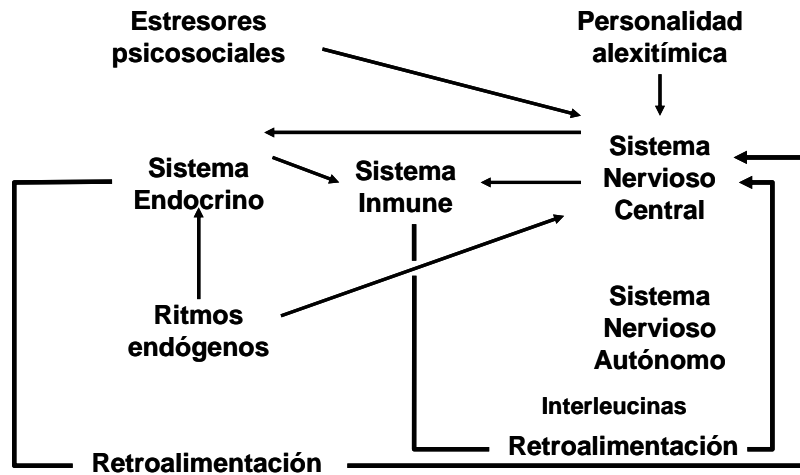
Por otro lado, el área social ya fue señalada por Halliday, Holmes y Rahe (1972), entre otros, en cuanto al papel ejercido por los estresores ambientales en la génesis de la enfermedad psicosomática y es propuesta en el modelo integrador biopsicosocial de Engel.

En general, se propugna la sociedad y, en particular la familia, como el primero de los espacios donde se produce el inicio del proceso de socialización de la persona. Los modelos familiares demuestran que, en numerosas ocasiones, la enfermedad psicosomática de un miembro de la familia es un síntoma que refleja las interacciones inadecuadas del sistema familiar. En un trabajo de Luigi Onnis (1997) define al sistema familiar como un complejo sistema de intersección de múltiples niveles, donde el síntoma corpóreo,

adquiere un significado que va más allá del símbolo individual para convertirse en un indicador de malestar del contexto en el cuál aparece.

El síntoma somático puede ser sustraído del significado biológico, recuperando el sentido histórico y, con ello, la posibilidad de ser trasladado a un ámbito psicológico y relacional. La intervención va dirigida a lograr procesos de transformación y de cambio, pudiendo representar un momento favorable para iniciar movimientos de crecimiento hacia nuevos órdenes de complejidad y equilibrio.

Por último, desde una óptica cultural, Castellano (1997) señala que los pacientes psicosomáticos reflejan la estructura de una sociedad que ha perdido las conexiones con sus raíces culturales más profundas y se ve sometida a los valores predominantes, que se caracterizan por poseer contenidos preelaborados y generalizados. La madre que ejerce un papel determinante en la transmisión de estos contenidos, se ha visto sometida a una mezcla de culturas y civilizaciones y, desligada de su contexto de origen, tiene dificultad para transmitir su propio capital cultural.



*Gráfico 1-1 Interacciones de los diversos sistemas relacionados con los trastornos psicosomáticos*

De todo lo antepuesto, podemos observar que las diferentes perspectivas en el abordaje del trastorno psicosomático: biológicas, psicológicas (psicoanalítica, fenomenológica, conductual y cognitiva), familiares, psicosociales, culturales y propuestas integradoras, además de centrarse en la acepción de la psicosomática como un trastorno, propugnan el abordaje biopsicosocial de la enfermedad. Esta nueva concepción de la psicosomática está rompiendo, no sin dificultades incluso en el ámbito sanitario, con la separación arbitraria entre trastornos psicológicos y orgánicos.

Por todo ello, se comprende que la psicosomática enfatice el valor de la anamnesis como el elemento primordial en el estudio de la etiología de los problemas de salud, pues como expresa el defensor de la asepsia, Ernest von

Bergman (1836 – 1907), en su obra “Patología Funcional<sup>1</sup>”, *“Quien se dedique al estudio de la anamnesis con, digámoslo así, cierto entusiasmo deportivo, llevando siempre la dirección de sus diálogos con el enfermo, con fino tacto y sentido clínico, llegará a ser el mejor de los médicos.” “En tanto que el médico no ejercite por sí mismo esta actividad tan fundamental de la práctica médica – tan despreciada por los clínicos antiguos – muy orgullosos de sus hallazgos anatómicos, y que aún hoy se deja en manos de estudiantes y enfermeros, no se llegará a comprender nunca que necesitamos una reforma fundamental en la enseñanza.”*

Ya por 1944, hacía algún tiempo que el estudio del componente psíquico del hombre sano y enfermo se había incorporado a los planes de formación médica universitaria estadounidense, con un seguimiento docente de cuatro años (Ewalt JR, 1944).

### 1.1.2 Concepto de Enfermedad Psicosomática

El concepto Enfermedad psicosomática, se basa en la idea holística de los diversos procesos mórbidos que afectan al ser humano propuesta por las distintas escuelas antropológicas, psicoanalistas y conductistas que, iniciadas en el primer cuarto del siglo XX, trataban de abordar la enfermedad humana,

---

<sup>1</sup> En esta obra, aparecida en 1907, en la que von Bergman acuña el término “funcional” para explicar que, aunque la patología funcional pudiera indicar que tan solo se limitaba al concepto de funcionamiento, sin que ello indicara alteración alguna en la integridad estructural del órgano, en realidad supone que la alteración funcional es el paso previo a la lesión, o sea, que no siempre la disfuncionalidad orgánica implica una lesión estructural que la justifique, lo que nos lleva a la aceptación de que el concepto de disfunción no es sino una fase de transición entre lo psíquico y lo somático, idea en la que se fundamenta el concepto de psicosomática (López JM, 1989; Ridruejo P, 1996)



llegando a constituirse en una aproximación biopsicosocial del proceso de enfermar, cuyo máximo exponente es la propuesta de Engel en la década de los sesenta del pasado siglo (Sánchez E *et al.*, 2004).

Se conciben como enfermedades psicosomáticas aquellos procesos patológicos caracterizados por síntomas físicos donde las causas son múltiples, pero donde los factores emocionales juegan un rol importante que, habitualmente, afecta a un órgano o a un sistema fisiológico. Las manifestaciones fisiológicas son las que acompañan normalmente ciertas emociones, siendo éstas más intensas y prolongadas. Las emociones reprimidas tienen una acción fisiológica que, si permanecen algún tiempo y son suficientemente intensa, pueden ocasionar perturbaciones de la función orgánica y hasta producir la lesión del órgano, siendo el paciente absolutamente inconsciente de la relación que existe entre su enfermedad y sus emociones (Bérubé L, 1991).

El abordaje de las enfermedades psicosomáticas a lo largo de la historia constituye un claro ejemplo de lo preconizado por Ludwing von Bertalanffy (1951) cuando, en su intento de lograr una metodología integradora para el tratamiento de problemas científicos, expuso su Teoría General de Sistemas, en la que explicaba la necesidad de que los aportes sistemáticos se sometieran a una semántica común, de manera que todos los estudiosos comprendieran las contribuciones del resto de investigadores, independientemente de su área de conocimiento (von Bertalanffy, 1976).

En efecto, el enfoque unidisciplinar de las enfermedades psicosomáticas ha conllevado que los distintos estamentos científicos que han abordado esta temática, hayan ido produciendo gran cantidad de neologismos para denominar idénticos conceptos, de manera que el estudio transdisciplinar de los procesos

psicosomáticos se ha convertido en una verdadera Torre de Babel de difícil comprensión.

La Teoría General de Sistemas, surgida como respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales (Arnold y Rodríguez, 1990), se basa en la noción de totalidad orgánica, frente al paradigma anterior, fundado en una imagen inorgánica del mundo. El ser humano, compuesto de cuerpo, mente y espíritu, e interrelacionado con el medio, constituye un sistema interrelacionado con el resto de los sistemas que componen el universo, y precisa de una armonía integradora de estos cuatro componentes, de forma que cada una de las partes cumpla su función de manera interconectada y no disociada, constituyendo este principio equilibrador la verdadera vida. Cuando esta interrelación ve alterada su armonía debido a emociones displacenteras, sentimientos negativos, modificaciones del ciclo vital o del ambiente, o situaciones de alto impacto emocional generadoras de estrés (distrés), inevitablemente se produce una conmoción, que puede presentarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas.

Si se considera que las situaciones y sucesos ambientales tienen un importante rol en la génesis de los trastornos de la salud, la Psicología los tiene en cuenta, los estudia y los utiliza, dándoles un enfoque terapéutico que engloba la totalidad de los procesos integrados entre los sistemas somático, psíquico, social, cultural y ambiental.

Procesos que inicialmente emergen desde lo orgánico, pueden repercutir en la esfera psicológica, como, por ejemplo, los traumatismos, las enfermedades endocrinas, etc. Estas y otras enfermedades psicosomáticas pueden influir en la esfera psicológica de forma negativa como reacción al hecho de estar en

enfermo o porque la misma enfermedad somática afecta la esfera de lo psíquico.

Desde el concepto psicosomático, en la aparición de cualquier enfermedad, la psicogénesis es un factor etiológico tan importante como las bacterias, las toxinas y los traumatismos. La forma misma de aparición y la evolución de la enfermedad en el orden somático puede ser inducida por lo psíquico, del mismo modo que la enfermedad somática tiene su incidencia en lo anímico y lo psicológico. Los estados depresivos, las situaciones de tensión emocional prolongada, el estrés, etc., producen disminución en las inmunodefensas, pudiendo entonces dar lugar a trastornos y enfermedades somáticas.

Por otro lado, la influencia de los factores psicológicos, también constituye un vector de peso en el desarrollo y la evolución de la enfermedad, de la misma manera que el hecho de recibir una ayuda terapéutica puntual y dirigida hacia el alivio o la mejoría, influye en la recuperación o administración de los padecimientos.

En efecto, las evidencias anatómicas demuestran que el parénquima de órganos linfoides primarios (timo y médula ósea) y secundarios (bazo, ganglios linfáticos, tejido linfoide asociado al intestino) están invadidos por fibras nerviosas noradrenérgicas postganglionares del sistema nervioso parasimpático y por fibras nerviosas peptidérgicas. Las evidencias demuestran que la norepinefrina (NE) en el bazo y en otros órganos linfoides, satisfacen los cuatro criterios de neurotransmisión. En primer lugar, los nervios están presentes en los órganos linfoides. Las fibras noradrenérgicas son capaces de sintetizar NE en los órganos inmunológicos (Felten *et al.*, 1985), lo que ha sido demostrado en base a estudios de fluorescencia, histoquímicos, y

neuroquímicos (Tereao, Kitamura, Asano, Kobayashi y Saito, 1995).

Por otro lado, se ha constatado liberación de NE en los órganos inmunes, así como también se ha comprobado la presencia de adrenoreceptores en los linfocitos (Stahelin M, Muller P, Potenier M y Harris AW, 1985), macrófagos (Abrass CK, O'Connor SW, Scarpace PJ y Abrass IB, 1985) y neutrófilos (Davies AO y Lefkowitz RJ, 1980), y que la NE juega un papel funcional en el sistema inmune, en base a estudios de simpatectomía química (Livnat S, Madden KS, Felten DL, Felten SY, 1987).

El hombre es el único ser vivo que reúne las dimensiones biológica, psicológica y social, articuladas y experimentadas al mismo tiempo. Las respuestas humanas no son aisladas, sino que ocurren de manera simultánea e integrada en todo el organismo. Además, los matices culturales propios de cada zona geográfica dificultan la valoración de los signos que no aparentan ser una amenaza inmediata al organismo. A pesar de que estas dimensiones interactúan, la tensión en ocasiones puede manifestarse sólo en una de ellas (Fernández Calvo B, Menezes de Lucena VA, Ramos Campos F, 2001). A este respecto, existen distintas teorías que explican, desde distintos enfoques, las causas de las enfermedades psicosomáticas.

### **1.1.3 Teorías acerca de las Enfermedades Psicosomáticas**

La imposibilidad de hacer remitir muchos procesos patológicos por medios exclusivamente biológicos, en el primer cuarto del pasado siglo la medicina, y más concretamente en el campo de la medicina interna, adopta instrumentos y conocimientos psicológicos que, aportados por ciertas corrientes teóricas psicológicas y psicopatológicas, hacen nacer la antropología

médica. En este sentido, cabe resaltar la denominada fenomenológico-existencial<sup>2</sup> y las aportaciones a la psicoterapia de Ellis, Beck y Yung, comprendidas en la actualmente conocida como corriente cognitiva conductual<sup>3</sup>.

La confluencia de esta circunstancia con el interés despertado entre los psicoanalistas por responder a los trastornos psicosomáticos, los especialistas en psiquiatría con orientación psicoanalítica comienzan a abordar los aspectos psicológicos y psicopatológicos del proceso de enfermar, desarrollándose a partir de entonces la medicina psicosomática, siendo el psiquiatra psicoanalista Alexander uno de sus iniciadores más relevantes.

Son varias las teorías que tratan de explicar las connotaciones psicosomáticas en el proceso de enfermar. Algunos psicoanalistas, como Joyce Mc Dougall (1996) entre otros, postulan que las personas que desarrollan psicopatías tienden a ignorar las señales que éstas van presentando en su cuerpo o, en el caso de ser registradas, no las consideran importantes. Suelen ser individuos sobreadaptados que parecen inquebrantables ante momentos difíciles o traumatizantes. Muchos de ellos presentan alexitimia, es

---

<sup>2</sup> La Fenomenología con raíces empíricas y tradición racionalista es creada por Edmund Husserl (1859-1938) que, en su obra *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie* (1936), nos dice que "el espíritu está, en la espacio-temporalidad, allí donde está su soma (su cuerpo material)" (p. 303) y más adelante agrega: ". lo que implica que constantemente tiene una experiencia privilegiada de su cuerpo y que, por consiguiente, tiene conciencia de vivir y poder obrar constantemente en él, a la manera de un Yo que sufre afecciones y, al mismo tiempo, obra."

<sup>3</sup> Las aportaciones a la psicoterapia de Ellis, Beck y Yung, comprendidas en la actualmente conocida como "corriente cognitiva conductual", afirman que las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, y son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona (Obst J, 2004).

decir, dificultad para registrar y expresar sus emociones, y, a veces, parecen algo desafectivos en sus relaciones con los demás. Michael Fain (1990) explica que los pacientes psicosomáticos tuvieron madres sobreprotectoras que hicieron lo posible para evitarles el dolor y, de esta manera, interrumpieron el desarrollo normal de la unidad psicosomática, por lo que estos niños tardan más tiempo para registrar las sensaciones de su cuerpo o presentan problemas para ello.

Otra teoría, aparecida durante la era de la medicina psicosomática dominada por el psicoanálisis (1920-1955), es la conocida como “Teoría de la Especificidad de Respuesta Psicosomática”. Sus investigadores consideraban necesarias ciertas características psicológicas en un individuo para la aparición de una determinada enfermedad; es decir, independientemente del factor estresante, el paciente estaría predispuesto a enfermar en cierta parte de su cuerpo, que se considera el “eslabón más débil” de su sistema funcional orgánico. Alexander destacó la participación del conflicto psicodinámico en el desarrollo de las características de personalidad específicas de patologías (Alexander, 1950; Alexander *et al.*, 1968).

Según Valdés (1983), ante las mismas condiciones estresantes, un individuo, que por su constitución personal sea más vulnerable, es más probable que desarrolle un trastorno que otro individuo con menor predisposición.

Otros autores tratan de explicar las causas de las enfermedades psicosomáticas como una predisposición al estrés, estableciendo una correlación entre éste y la aparición de este tipo de padecimientos.

En la actualidad, las teorías tienden a ser explicaciones eclécticas y multifactoriales en lugar de estar centradas en un aspecto único. Algunas

sugieren la existencia de un estilo emocional negativo, definido por el predominio de un complejo de variables emocionales, como la ansiedad, la depresión o la ira-hostilidad, que podría estar implicado en el desarrollo de múltiples trastornos físicos. Ello sugiere la posibilidad de que exista un tipo general de persona predispuesta a la enfermedad, caracterizado por la preponderancia de un estado emocional.

#### **1.1.4 Influencia de los factores psicológicos en la salud física**

Manchón y Urbano (2006) identifican seis tipos de factores psicológicos que pueden influir negativamente en el estado físico del individuo, pudiendo provocar trastornos psicosomáticos:

1. *Trastornos mentales.* Un trastorno mental puede afectar significativamente al curso o tratamientos de una condición médica general; por ejemplo, una depresión mayor afecta adversamente al pronóstico del infarto de miocardio, el fallo renal o la hemodiálisis.
2. *Síntomas Psicológicos.* Síntomas que, sin constituir un trastorno, afectan significativamente el curso o tratamiento de una condición médica general. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad afectan negativamente el curso y severidad del asma, el síndrome del intestino irritable y la úlcera péptica.
3. *Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.* El rasgo de hostilidad puede ser un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica; un estilo de afrontamiento represor puede retrasar la realización de una operación quirúrgica necesaria.
4. *Conductas desadaptativas relacionadas con la salud.* Se trata de

comportamientos nocivos para la salud, tales como el consumo de sustancias alcohol, tabaco u otras drogas, el sedentarismo, las prácticas sexuales poco seguras con riesgo de contagio del VIH u otras enfermedades sexuales, el comer en exceso, etc.

5. *Respuestas fisiológicas asociadas al estrés.* Pueden afectar tanto al curso (desarrollo, precipitación, exacerbación, etc.) como al tratamiento de la condición médica.
6. *Otros factores no especificados* pueden inducir efectos adversos sobre el curso o tratamiento de condiciones médicas generales; por ejemplo, factores demográficos, culturales o interpersonales.

### **1.1.5 Taxonomía de las Enfermedades Psicosomáticas**

Los efectos psicosomáticos directos del estrés incluyen trastornos mentales, enfermedad psicógena de masas, síntomas gastrointestinales, sintomatología cardiovascular (palpitaciones, arritmias, dolor torácico, hipertensión y enfermedad coronaria, entre otros), síntomas respiratorios (asma, síndrome de hiperventilación, etc.), síntomas neurológicos (reacciones neurotóxicas, insomnio, jaqueca, cefalea, etc.) y síntomas genitales, especialmente, frigidez e impotencia (Levi L, 1987).

Resultaría cuando menos agotador el tratar de establecer una clasificación de las enfermedades psicosomáticas, toda vez que cualquier proceso patológico, bien por su etiología, bien por sus repercusiones, siempre tendrá un carácter psicosomático. En este sentido, se comienza a dar señales de gran inquietud entre los sanitarios acerca de la necesidad de establecer una



clasificación de los desórdenes psicosomáticos que acompañan a síntomas físicos no atribuibles a cualquier desorden convencionalmente definido, es decir, síntomas somáticos médicamente inexplicados o funcionales, tratando de proponer una clasificación más conveniente que la existente en la actualidad (Grassi L, 2006).

A pesar de lo expuesto, pasaremos a citar por aparatos y sistemas afectos, aquellas enfermedades consideradas psicosomáticas que hemos estudiado en la elaboración de la presente tesis:

#### *A) Sistema cardiovascular*

El hecho de que las enfermedades cardiovasculares se hayan convertido en la principal causa de muerte en los países desarrollados, (Diago, Guallar y Andrés, 1996), sumado al hecho de que estas dolencias se caractericen por la convergencia de factores fisiológicos, conductuales y psicosociales (Fernández-Abascal, 1994), son las principales causas de la proliferación de estudios acerca de los agentes implicados en el origen y desarrollo de estas patologías. Son numerosos los trabajos científicos de tipo epidemiológico que abundan en la coexistencia de factores que, como el tabaquismo, la hipertensión, el estrés, etc., a través de diferentes mecanismos, provocan y/o facilitan el desarrollo y padecimiento de las enfermedades cardiovasculares (Steptoe *et al.*, 1981; 1993).

El enfoque psicosomático de este tipo de patología se ha ocupado principalmente de investigar los aspectos psicosociales implicados en la génesis de la enfermedad cardiovascular.

Entre otros trabajos que demuestran la implicación de los factores emocionales en las enfermedades del sistema cardiovascular (Steptoe A,

Melville D, Ross A, 1982; Schneider RH, Egan BM, Jonson ED, 1986; Siegel WC, Blumenthal J y Divine GW, 1990; García-Vera MP, Sanz J, Labrador FJ, 2000; Rugulies R, 2002; Molerio O, Pérez A, 2003; Jorgensen R, Ewart CK, 2004; Ester M, Parati G, 2004; Richman LS *et al*, 2005), cabe señalar el que evidencia la aparición de hipertensión arterial en la población de un sector de los Estados Unidos afectada por el atentado de las Torres Gemelas el 11 de Septiembre del 2001 (Pickering T *et al.*, 2005).

Asimismo, entre los trabajos que demuestran el componente psicosomático en la aparición de cardiopatías isquémicas, resaltamos los de Krantz DS y McCeney MK (2002); Gallo y Matthews (2003) y Bunde y Suls (2005).

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999), investigadores de la psicología en relación con la patología cardiovascular, se centran en las variables de depresión, ansiedad, características de la personalidad, aislamiento social y estrés, siendo este último el que mayor atención ha tenido, tras la búsqueda de características de personalidad asociadas al padecimiento de cardiovasculopatías.

Para Rozanski *et al.* (1999), la relación entre los factores psicosociales en la aparición de la enfermedad cardiovascular puede obedecer a dos mecanismos fisiopatológicos diferentes, como pueden ser, de un lado, los mecanismos conductuales, es decir, aquellas condiciones psicosociales de la persona que contribuyen a que ésta realice conductas poco saludables (p. ej.; consumo de tabaco, sedentarismo, dieta rica en grasas, etc.) y, de otro, los mecanismos fisiológicos, o sea, los directamente implicados en la patología del trastorno (p. ej.; excesiva activación neuroendocrina, activación plaquetaria, etc.). En este sentido, situaciones de estrés o determinadas características de

la personalidad pueden exacerbar la actividad fisiológica y provocar con ello una serie de alteraciones orgánicas.

A lo largo de la última década, la importancia otorgada a los mecanismos fisiológicos frente a los conductuales ha ido aumentando de manera importante. La razón para ello hay que buscarla en la evidencia aportada por los estudios llevados a cabo con animales, que han permitido establecer una relación directa entre determinados factores psicosociales, como estrés, aislamiento social o carácter dominante, y el origen de la enfermedad arterial (Kaplan, Manuck, Adams, Weingand y Clarkson, 1987; Kaplan, Manuck, Clarkson y Lusso, 1983; Manuck, Kaplan y Clarkson, 1983; Manuck, Kaplan, Adams y Clarkson, 1989; Manuck, Kaplan y Matthews, 1986; Manuck, Kasprowitz y Muldoon, 1990; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Rehnqvist, 1992). (Citados por Landeta, <http://reme.uji.es/articulos/alandex701261199/texto.html>; con acceso el 13.02.2007).

Diversas investigaciones han evidenciado los efectos del estrés en el organismo, destacando los que demuestran sus efectos nocivos en el aparato circulatorio por elevar la tensión arterial (Grosse A, 1995 y Rosmond R, 2005), activar los factores protrombóticos (Vrijkotte TG, van Doornen LJ, de Geus EJ, 1999; Goldstein DS *et al.*, 1995), inducir infarto de miocardio (Grosse A, 1995), aterosclerosis (Rosmond R, 2005.) y accidentes cerebrovasculares (Goldstein DS *et al.*, 1995.), aumentar los niveles de algunos aminoácidos asociados a enfermedad vascular, como la homocisteína plasmática (Stoney CM, 1999.) y disminuir la vasodilatación dependiente del endotelio (óxido nítrico) (Cardillo C, 1998.)

Por último, cabe citar por su extraordinaria aportación, los estudios de Steptoe *et al.* (2007) acerca del rol de la psiconeuroinmunología en la génesis

de las enfermedades coronarias.

### *B) Sistema respiratorio y fonológico*

El interés por el conocimiento de los aspectos psicológicos de ciertas enfermedades respiratorias, como la tuberculosis, ha sido ampliamente constatado entre médicos y laicos de todos los tiempos, desde los hindúes de 1500 a.C., hasta nuestros días (Friedman JH, 1946; Rangell L, 1949). En este sentido, hoy podemos afirmar que existe correlación entre la ansiedad y los movimientos respiratorios torácicos y abdominales (Adsett CA, 1968).

Las condiciones de vida, las crisis de roles y el aislamiento social han demostrado su influencia en la génesis de ciertas enfermedades respiratorias, como asma, infecciones de vías respiratorias altas, dolores de garganta y rinitis estacionales (Jacobs MA *et al.*, 1970). Algunas de ellas, como el asma bronquial, han evidenciado su relación con determinados aspectos psicológicos, como la ansiedad, llegando a la conclusión de que a mayor grado de ansiedad menor funcionamiento respiratorio (de Pablo J, Picado C, Martín MJ, Subirá S, 1988).

Al margen de las implicaciones psicosomáticas encontradas en otros procesos respiratorios (Muramatsu Y, 1994) y otras patologías, como el síndrome de da Costa<sup>4</sup>, existen evidencias científicas, entre las que cabe citar

---

<sup>4</sup> Descrito en 1874 por JM da Costa, es también conocido como síndrome de esfuerzo y astenia neurocirculatoria. Consiste en un compendio de síntomas, como respiración entrecortada, disnea, palpitaciones, sudor, temblores, fatiga, sensación de ahogo, dolor torácico y, a veces, síncope, que, acompañado de ansiedad, suele presentarse en individuos a los que un familiar o amigo o conocido ha sido diagnosticado de una dolencia cardíaca o tras un evento

la inducción de crisis asmática por estrés (Binet A y Courtier J, 1896; Nagata S, 1999; Abboussafy D *et al.*, 2005), y que determinadas enfermedades pulmonares, como el asma, son desórdenes psicosomáticos vulnerables a exacerbaciones precipitadas por factores psicológicos (Leo RJ y Konakanchi R, 1999). Asimismo, ciertos procesos disnéicos sin base orgánica han demostrado su etiología psicosomática por ir acompañados de ansiedad y síndrome de hiperventilación, y por haber mejorado al introducir en su tratamiento técnicas propias de la psicoterapia (Han JN *et al.*, 2000).

Asimismo, se ha evidenciado mayor predisposición a padecer procesos respiratorios de vías altas en personas sometidas a situaciones de estrés ambiental, que ciertos autores atribuyen a afectación de la interleucina 6<sup>5</sup>, a la que consideran la vía de conexión mente-cuerpo, de manera que el estrés aumenta la susceptibilidad del cuerpo a la infección respiratoria (Cohen S *et al.*, 2002).

Por otro lado, Lacan afirma que el fenómeno psicosomático está en los límites de la estructura del lenguaje, o por fuera de ella (Lacan J, 2003). El lenguaje es el instrumento básico de comunicación emocional y de relación en la especie humana, por lo que sus alteraciones pueden ser causa de una gran variedad de desajustes psicológicos, siendo frecuente que las personas con trastornos del lenguaje, presenten simultáneamente algún problema de tipo emocional y/o conductual (Díaz J, 2000). Trastornos como la disfemia, la dislalia o la dislexia, entre otros, son considerados psicosomáticos.

---

coronario.

<sup>5</sup> Sustancia perteneciente al sistema inmune, producida por algunas de sus células, entre cuyas funciones promueve la inflamación y los procesos inmunológicos. La presencia de elevadas cantidades de IL-6 se relaciona con la existencia de procesos inflamatorios. Entre otras funciones, es de destacar su capacidad para activar la formación de inmunoglobulinas (anticuerpos) por parte de los linfocitos B.

### C) Aparato digestivo

La combinación de síntomas digestivos crónicos o recurrentes que, al no responder a anomalías estructurales o bioquímicas, son diagnosticadas como “trastornos funcionales”, suponen la causa de más de la mitad de las consultas gastroenterológicas y de un importante absentismo laboral (El-Serag HB, Talley NJ, 2004). Entre ellas, en las que abundan síntomas depresivo-ansiosos y situaciones de distrés psicosociales, cabe citar determinado tipo de úlcera gastroduodenal no secundarias al *Helicobacter pylori*, las dispepsias funcionales, el estreñimiento, determinados síndromes diarreicos y el síndrome de intestino irritable, entre otras.

Los factores psicosociales no sólo modulan las funciones motoras y sensoriales del tubo digestivo y viceversa, sino que, además, son determinantes de la manera en la que el enfermo percibe su enfermedad y la actitud que adoptará frente a ella. De acuerdo con el modelo biopsicosocial, cada paciente tiene una historia con dos componentes, de un lado, el aspecto médico-biológico y, del otro, la historia de su vida personal (Engel, 1980).

Desde la publicación de la obra *Work of the Digestive Glands* (Pavlov, 1897) y la posterior eclosión de la medicina psicosomática dominada por el psicoanálisis (1920-1955), se comenzó a investigar sobre la necesaria concurrencia de ciertas características psicológicas en la aparición de las enfermedades gastrointestinales; en este sentido, Alexander destacó la participación del conflicto psicodinámico en el desarrollo de las características de personalidad específicas de patologías. (Alexander F, 1950)

Estudios previos (Wood, 1941) habían demostrado que un buen

porcentaje de pacientes con criterios diagnósticos de síndrome de pánico, experimenta síntomas digestivos significativos, especialmente vómitos y diarrea. Algo más tarde, se llega a afirmar que no toda náusea y vómito significan afección orgánica estomacal, intestinal, hepática, etc., sino que, por el contrario, en un treinta y ocho por ciento de los casos dependen únicamente de factores emocionales (Vidal A, 1944).

Posteriormente, se pudo observar que los síntomas gastroesofágicos constituían la molestia más importante entre los pacientes con síndrome de pánico, remitiendo el cuadro gastrointestinal tras el tratamiento farmacológico del síndrome de pánico (Lydiard RB *et al.*, 1986).

A este respecto, existen evidencias que sugieren una relación significativa entre el cerebro y el aparato digestivo. La región del *locus caeruleus*, núcleo central noradrenérgico, se comporta como un importante nexo entre el sistema nervioso central y el tubo digestivo, además de ser un mediador para el miedo y otros estados emocionales relacionados, como el síndrome de pánico. Los estímulos que desde el tubo digestivo llegan al *locus caeruleus*, inducen señales de distensión gástrica o colónica, teoría sustentada por los numerosos síntomas neurovegetativos que suelen presentar los afectos de síndrome de colon irritable asociado a síndrome de pánico u otros trastornos psiquiátricos. También porque el tratamiento con ansiolíticos reduce los impulsos sensitivos hacia el *locus caeruleus* (Walter EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, 1990; Lydiard RB, 2001; Mayer EA, 2001).

Estudios experimentales han demostrado que la antalarmina, antagonista del receptor tipo 1 de la hormona liberadora de la corticotropina, se ha mostrado eficaz para prevenir la úlcera péptica al estrés en ratas (Gabry KE, *et al.*, 2002)

Otros trabajos recientes, concluyen que el distrés emocional produce en el aparato digestivo disminución de la protección gástrica, generación de úlceras y aumento de la irritabilidad colónica (Mayer EA, 2000; Saavedra JM *et al.*, 2005) y que la dispepsia funcional se acompaña frecuentemente de síntomas psicosomáticos (Olmos JA *et al.*, 2006)

Por último, cabe citar que el hecho de que el tratamiento psicoterapéutico conductual combinado con el uso transitorio de laxantes haya mostrado ser el más recomendado en el tratamiento del estreñimiento (Fishter MM, Quadflieg N y Gutman A, 1998; Fishter MM *et al.*, 1998; Blanchard EB *et al.*, 2002), la positiva respuesta al tratamiento antidepresivo del espasmo esofágico difuso (Kubo C *et al.*, 1999) y la escasa respuesta al tratamiento exclusivamente farmacológico de estos pacientes, parece evidenciar que lo sobresaliente en este grupo de pacientes es una actitud especial frente a la enfermedad y no tanto una fisiología gastrointestinal gravemente alterada, lo que indica la especial relación de los trastornos psicosomáticos con las citadas patologías gastrointestinales (Gomborone JE *et al.*, 1995).

#### D) Aparato locomotor

Las enfermedades del aparato locomotor suponen un gran sufrimiento humano y social de tan ingentes consecuencias personales y sociales, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido declarar la presente década como “Década de la Articulación y del hueso”, por lo que el interés en conocer las implicaciones de la esfera emocional en su génesis y padecimiento ha constituido y constituye un tema de enorme interés sanitario.

El estudio español EPISER (2001) sobre prevalencia de enfermedades



reumáticas en la población española, detectó que la AR afecta a cinco de cada 1.000 personas adultas y que, aunque puede hacerlo a cualquier edad, su aparición más frecuente sucede entre los 20 y 60 años.

Esta enfermedad genera alto índice de dependencia, estimándose que el 22% de los pacientes son incapaces de mantener su autosuficiencia, siendo actualmente la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral en España, lo que supone un enorme coste personal para los afectados y para la sociedad en servicios sociales y sanitarios.

Asimismo, el estudio EPISER refiere que entre el 70 y el 85% de la población adulta sufre de dolor de espalda alguna vez en su vida y una prevalencia para la lumbalgia del 14,8%, para la AR del 0,5% y para la Fibromialgia (FM) del 2,4%, lo que demuestra el alto índice de sufrimiento de estas enfermedades musculoesqueléticas en nuestro país. La mala calidad de vida de los afectados de lumbalgias, FM y AR, secundaria a las limitaciones funcionales que padecen y al elevado consumo de recursos sociosanitarios (Magnusson S, 1996; McIntosh E, 1996; Guillemin F, 2000; García-Vadillo JA, 2001; Ruiz-Montesinos MD *et al.*, 2005) que requiere la frecuente incapacidad y el dolor crónico que padecen (Grau, 1998), han motivado la profusión de investigaciones sobre las connotaciones biopsicosociales de estas patologías.

Diversos autores han demostrado la influencia de factores emocionales y de la personalidad en la génesis de la AR (Solomon GF, 1965 y 1981), mientras que otros han evidenciado que la depresión es una de sus consecuencias psicológicas más relevantes, cuyo tratamiento requiere frecuentemente el empleo de psicofármacos (García-Vadillo JA *et al.*, 2001).

Pero si la prevalencia de la AR se sitúa entre el 0,5 y el 1% en la población española, la de la FM, uno de los ejemplos más claros de

enfermedad psicosomática, se estima en un 2% de la población (Carmona L *et al.*, 2001).

Ya en el siglo XIX, el eminente neurólogo francés Jean Martin Charcot, maestro de Sigmund Freud, se ocupaba de estos pacientes que aquejaban dolores irresistibles de carácter muscular, de intensidad variable, que se acompañaban de síntomas psicológicos, de los que el 88% eran mujeres y a los que denominaba “histéricos”. A veces afirmaba que padecían de “síntomas médicamente inexplicables”, situando la causa de este padecimiento en el sistema nervioso, aunque preguntándose la ubicación de la lesión y su naturaleza.

Muchos son los estudios que demuestran el componente psicosomático en la génesis de la FM (Roés-Querol J, 1962; Sheon RP *et al.*, 1996), destacándose entre ellos los análisis del sueño en los pacientes fibromiálgicos por medio de polisomnografía (Pillemer SR *et al.*, 1997), en los que se destaca que estos pacientes no consiguen acceder al sueño reparador de la fase REM, circunstancias que aconsejan el necesario abordaje psiquiátrico y psicológico en el tratamiento de este proceso (Bordas JM, McCain GA, 1996; Turk DC *et al.*, Moldofsky H, 2002).

Otros autores sugieren que en la aparición de la fibromialgia puede existir una “vulnerabilidad compartida” de determinados pacientes a ambos tipos de patología, sea por cuestiones genéticas o ambientales, como el estrés crónico (Lesley M *et al.*, 2006). Hasta 1992, la fibromialgia no fue reconocida como enfermedad por la OMS.

Por otro lado, la mayoría de los episodios de lumbalgias, más frecuentes entre mujeres mayores de 60 años (Andersson G, 1999), son benignos y autolimitados, aunque recurrentes, constituyendo la segunda causa más

frecuente de visita médica por dolor crónico después de la cefalea (Manning DC, Rowlingson JC, 1998). En cuanto a su duración, pocos son los pacientes que se reincorporan al trabajo después de una baja superior a seis meses y ninguno después de dos años (Andersson G, 1999).

En España el dolor de espalda es el motivo del 54,8% de todas las jornadas laborales perdidas, da lugar a un 6-12% de incapacidad laboral y supuso en el año 1994 un saldo por indemnizaciones de más de 10.569 millones de pesetas (Hueso, 1997), o sea, más de 63,5 millones de euros. La media de días de baja por lumbalgia aguda en nuestro país durante 1991 fue de 41 días (Páez-Camino, 1992). Un 7% de los casos se cronifica, consumiendo el 85% de los recursos sanitarios. En 1995, los casos de lumbalgia generaban alrededor de 2 millones de consultas/año en Atención Primaria (Humbría, 2001).

El componente psicosomático de la lumbalgia ha sido ampliamente estudiado (Usanos P, Redondo I, 1992; Fazzi A, Coutinho MI, Basile R, 1999; Heger S, 1999; Moyá F *et al.*, 2000; Olmarker K, Myers R, Kikuchi S, Rydevik B, 2004; Red Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la lumbalgia), habiéndose evidenciado la mejoría que reporta el tratamiento del miedo al movimiento por medio de técnicas psicoterapéuticas (Vlaeyen JW *et al.*, 2002).

Aunque ciertos autores no encuentran características de personalidad que justifiquen el dolor de espalda, evidencian la influencia de ciertos estados emocionales relacionados con esta dolencia (Crown S, 2005). En este sentido, son de destacar los trabajos acerca de la contribución de los factores psicológicos a la cronicidad del dolor lumbar (Guic E, Rebolledo P, Galilea E, Robles I, 2002; Sato K, 2005).

Existen evidencias de que la génesis o la persistencia del dolor de espalda tiene un carácter subsciente que podría pretender distraer al individuo de ciertas emociones, como cólera, rabia, pena o ansiedad (Schechter D, Smith A, 2005).

#### E) *Sistema endocrino*

La idea de que los factores psicológicos pueden influenciar la función de la glándula tiroides, puede remontarse, al menos, más allá de que Parry's (1825) publicara la descripción clínica del inicio de un hipertiroidismo en una mujer joven tras sufrir un accidente del que se derivaron mínimas lesiones, aunque si un gran susto, o de que Graves (1835) evidenciara la relación entre el disturbio emocional y la enfermedad que ahora lleva su nombre<sup>6</sup>.

Desde aquellos primeros informes acerca del componente psicosomático de las disfunciones tiroideas, son muchos los trabajos que han ido evidenciando sucesos de crisis emocionales severas previas a la tirotoxicosis. (Lidz, 1919; Ferguson-Raypoh SM, 1956; Gibson, 1962). Uno de los trabajos más extensos fue el realizado por Bram (1927), que encontró "una historia clara del trauma psíquico como la causa excitante" en el 85% de los 3343 casos de bocio exoftálmico que estudió, describiendo tres categorías de las citadas "causas excitantes".

---

<sup>6</sup> La enfermedad de Graves está considerada como un trastorno autoinmune de la glándula tiroides, caracterizado por hiperproducción de hormona tiroidea, exoftalmos, intolerancia al calor, incremento de energía, dificultad para conciliar el sueño y ansiedad.

Por otro lado, se ha propuesto que la presencia de resistencia a la insulina (RI) en sujetos con obesidad central podría estar inducida por una mayor actividad del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA), produciendo hipercortisolismo, lo que, acompañado de una disminución de los niveles de las hormonas sexuales y de la somatotrofina, aumentaría los depósitos grasos contribuyendo a la RI. La estimulación del eje HHA se relaciona con depresión, ansiedad, estrés, alcoholismo, tabaquismo, con factores psicosociales y socioeconómicos (Björntorp P, 2001).

Además, un buen número de estudios psiquiátricos y psicoanalíticos han indicado que la personalidad particular o los factores psicodinámicos pueden ser determinantes significativos de la susceptibilidad a la tirotoxicosis (Lewis NDC , 1925; Mittelman B, 1933; Braum WT, Gildea EF, 1937; Lidz T, 1919 y 1955; Mandelbrote BM, Wittkower ED, 1955; Dongier M *et al.*, 1956; Alexander F *et al.*, 1961; Wallerstein RS *et al.*, 1965).

Actualmente, puede afirmarse que los pacientes con disfunción tiroidea presentan un riesgo potencial para los trastornos depresivos, por lo que se recomienda su diagnóstico y tratamiento con el fin de evitar el riesgo de la cronicidad (Radanovic L *et al.*, 2003).

Asimismo, nada nuevo son los trabajos que evidenciaron la íntima relación de las emociones con los niveles de insulina (Gellhorn E, Cortell R, Feldman J, 1941). Por otro lado, aunque aún queda por aclarar completamente su papel en el tratamiento de síndromes depresivos en el varón, la testosterona ha demostrado su utilidad en el tratamiento de un número de hombres deprimidos (Seidman SN *et al.*, 2001; Carnahan RM, Perry PJ ,2004).

Finalmente, cabe señalar que la demostrada relación de la hiperprolactinemia con el estrés, aumentando la irratibilidad (Friedman, 1999),

supone otra evidencia más de las connotaciones psicosomáticas del sistema endocrino.

#### F) *Sistema inmunitario*

La ancestral importancia dada a los condicionamientos psicosomáticos de las afecciones inmunitarias, ya contemplados por Aristóteles<sup>7</sup>, produjo la génesis de la psiconeuroinmunología, término acuñado por Robert Ader (1975) para definir el campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (mente/conducta) y el sistema inmune, analizando sus consecuencias clínicas (Solomon GF, 1998). También conocida como neuroinmunomodulación, neuroinmunoendocrinología o inmunología conductual, sus aspectos clínicos se relacionan con el entendimiento de los mecanismos biológicos subordinados por la influencia de factores psicosociales sobre el comienzo y curso de las resistencias inmunológicas y la concepción de la inmunología, generada en síntomas psiquiátricos.

A partir de 1940, se producen algunas observaciones psicosomáticas con respecto a factores emocionales en el inicio y curso de las enfermedades autoinmunes, principalmente la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico (LES), la enfermedad de Graves y otras tiroideopatías (Solomon GF y Moos RH, 1964), destacando el importante estudio en el que se observó que parientes físicamente sanos de pacientes con artritis reumatoide, quienes

---

<sup>7</sup> Tanto la sabiduría antigua como la premoderna reflejaron el conocimiento de la unidad cuerpo-mente como una interacción bidireccional. Aristóteles mantuvo: "Psique (alma) y cuerpo reaccionan complementariamente una con otro, según mi entender. Un cambio en el estado de la psique produce un cambio en la estructura del cuerpo, y a la inversa, un cambio en la estructura del cuerpo produce un cambio en la estructura de la psique".

tenían en su serología las características del anticuerpo de esa enfermedad, el factor reumatoide (Anti-inmunoglobulina G), pero con superior adaptación psicológica que aquellos a los que les faltaba el factor, a pesar de la vulnerabilidad genética, estaban psicológicamente protegidos contra la enfermedad (Solomon GF y Moos RH, 1965).

Entre 1950 y 1960 aparecen muchos estudios experimentales que evidencian la afectación psicosomática de los sistemas inmunitarios celular y humoral en animales, destacando entre ellos el que mostró que ratones expuestos a estrés eran más susceptibles a contraer una infección por el virus del Herpes Simple (Rasmussen AF, Marsh JT, Brill NQ, 1957), el que evidenció que el aprendizaje del control del estrés disminuye la susceptibilidad de los ratones a padecer reacciones anafilácticas masivas (Rasmussen AF, Spencer ES, Marsh JT, 1959) y el que explicó mayor susceptibilidad de los ratones estresados a ser infectados por el virus de la poliomielitis (Rasmussen AF, Torsten J, 1965).

Poco tiempo después, se sugiere que la capacidad infantil, o sea, las experiencias en los primeros años de vida, podrían afectar la respuesta mediada por los anticuerpos en la vida adulta (Solomon GF, Levine S, Kraft JK, 1968).

A la explicación del rol inmunológico de activación inmune (estimulación anfígena), asumido por el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (Besedovsky H, Sorkin E, Keller M, Müller J, 1975)), le sigue el hallazgo de que los linfocitos son células competentes para sintetizar hormonas (ACTH) y neuropéptidos ( $\beta$ -endorfinas), en contra del anterior concepto de que éste era sólo producido por células neuroendocrinas (Blalock JD, 1984). Junto a la responsabilidad de las emociones en la depresión inmunológica, diversos estudios han evidenciado la

sensibilidad del sistema inmunitario a la acción de los distresores (Gloger S *et al.*, 1997 Nahmod VE *et al.*, 1989).

### G) Sistema nervioso y trastornos psicopatológicos

Quizás sea el sistema nervioso donde haya existido menos discrepancias a lo largo de la historia en cuanto a la etiología psicosomática de sus alteraciones. La comorbilidad del dolor de cabeza y los desórdenes psiquiátricos es un fenómeno clínico que, aunque bien aceptado, es en la actualidad objeto de multitud de trabajos sistemáticos en orden a establecer posibles correlaciones entre ambos.

Sin embargo, la relación entre el dolor de cabeza y la psicopatología se ha entendido mal históricamente. En algunos casos, el dolor de cabeza se ha atribuido inadecuadamente a aspectos psicológicos o psiquiátricos, basándose exclusivamente en observaciones anecdóticas, por lo que hace ya tiempo se comenzó a utilizar métodos estadísticos en el estudio y seguimiento de los pacientes aquejados de cualquier modalidad de dolor de cabeza que pusieran de manifiesto la veracidad de lo que hasta entonces estaba plagado de especulaciones (Timsit *et al.*, 1975).

Ya en 1993, aparece un estudio en el que se analiza la tensión muscular que suele acompañar al dolor de cabeza (Martin MJ, 1983). En 1986 aparecen tres estudios que, por separado, describen los efectos psicológicos (depresión, ansiedad y grado de implicación psicosomático) del tratamiento no-farmacológico (entrenamiento de la relajación y/o retroalimentación) en tres tipos de dolor de cabeza crónico (tensión, migraña, y migraña con tensión), demostrando reducciones significativas de los grados de depresión y ansiedad



asociados, independientemente del tipo de dolor de cabeza o del resultado del tratamiento (Blanchard EB *et al.* 1986). En 1994, otro estudio informa de los resultados positivos de diversas técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento del dolor de cabeza (Biondi M, Portuesi G, 1994).

Estudios más actuales identifican y clasifican el subconjunto de pacientes de dolor de cabeza con desórdenes psiquiátricos (Lake AE, Rains JC, Penzien DB, 2005), evaluando exactamente su impacto en los síntomas coadyuvantes y el tratamiento del dolor de cabeza, e identificando estrategias de tratamiento farmacológico y de la personalidad (Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB, 2006).

En este sentido, existen estudios que demuestran que la frecuencia de los desórdenes afectivos es triple entre los afectos de migraña que entre la población general, aumentando este predominio en poblaciones con dolor de cabeza diario crónico (Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N, 1995), la influencia del tratamiento farmacológico de las alteraciones del humor y la ansiedad en pacientes con dolor de cabeza crónico (Griffith JL, Razavi M, 2006; Baskin *et al.*, 2006), el efecto de las técnicas terapéuticas cognitivas y del comportamiento en el tratamiento de la comorbilidad psíquica de los pacientes con dolor de cabeza (Gay L *et al.*, 2006) y las anomalías en la percepción del movimiento en los individuos con migraña (McKendrick *et al.*, 2006). Asimismo, se ha evidenciado que las mujeres que sufren de dolores de cabeza crónicos tienen mayor riesgo de depresión (Tietien *et al.*, 2007).

Por otra parte, existen diferentes formas de depresión que se pueden clasificar según su origen, siendo de ellas las más prevalentes las que responden a causa psicosociales, como problemas personales motivados por conflictos sentimentales, laborales, etc., que representan dos tercios del total.

La incidencia de la depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, estimándose una relación de 1:3 (Vallejo J, 2005).

De la importancia de la depresión, podemos hacernos una idea si tenemos en cuenta que es una enfermedad que sufre en la actualidad 120 millones de personas en todo el mundo, que la OMS prevé que sea para el año 2020 la segunda causa de discapacidad en el mundo y que en la actualidad esta enfermedad afecta a 4 millones de españoles, lo que supone un 10% de la población y un coste anual de 745 millones de euros (*Reed Business Information*, 2005), de ahí la profusión de estudios acerca de los componentes psicosomáticos de la depresión.

#### H) Sistema dermocutáneo

La piel es un extenso órgano iniciador y receptor de estímulos, un gran espejo en el cual se reflejan muchas tendencias inconscientes y problemas psicosomáticos.

Numerosos investigadores han intentado establecer relaciones entre las manifestaciones cutáneas en forma de dermatografismos, prurito, etc., y determinados trastornos psíquicos, como depresión o ansiedad, entre otros (Ständer S *et al.*, 2003). En este sentido, se ha podido constatar que la ansiedad influye retrasando las respuestas a las pruebas de hipersensibilidad cutánea, incluso en individuos sin cualquier otra enfermedad psiquiátrica (Paciente CM *et al.*, 1997). También se ha evidenciado que las alteraciones del humor y la ansiedad pueden ser responsables de afecciones cutáneas (Paconesi E, 1984; Paik MM, Chakraborty N, Samanta B, 1985) y ciertos efectos del estrés en el tejido epitelial, (Paconesi E, Hautmann G, 1996).

La dermatitis atópica (DA), incluida entre los trastornos psicosomáticos del grupo Q-1 del DSM – IV, suele tener un componente psiquiátrico que puede influir en el desencadenamiento y exacerbación de síntomas cutáneos, habiendo quedado evidenciada, por medio de SPECT, la presencia frecuente de alteraciones de la perfusión cerebral en la DA severa con componente psiquiátrico (Ferrando R *et al.*, 2007).

Por otro lado, diversos autores indican las implicaciones psicosomáticas del *acné vulgaris* (Polenghi MM, Zizak S, Molinari E, 2002), entre ellas su relación con la cólera y la calidad de vida de los pacientes (Rapp DA *et al.*, 2004), su correspondencia con el estrés (Zouboulis CC, Bohm M, 2004) y la necesidad de un abordaje multidisciplinario para su tratamiento, en el que las técnicas psicoterapéuticas tienen gran relevancia (Niemeier V, Kupfer J, Gieler U, 2006).

Asimismo, se evidenciaron los beneficios de las técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento del psoriasis (Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K, 1996) y, en general, la alta frecuencia de factores psicosociales en los afectos de dermatopatías (Picardi A *et al.*, 2005), una prueba más de la implicación de factores psicosomáticos en las dermatopatías.

### 1) *Ginecología*

Las evidentes repercusiones de las emociones en la presentación de psicopatías obstétricas y ginecológicas, ha despertado el interés de numerosos estudiosos en todo el mundo, lo que ha hecho surgir grupos transdisciplinarios para profundizar en este campo de la salud, como la *International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)*,

editora de la relevante publicación *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. En nuestro país, existe la Sección de Obstetricia y Ginecología Psicosomática de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

La importancia que el uso de técnicas psicoterapéuticas está adquiriendo en el tratamiento de los desórdenes ginecológicos y obstétricos está siendo apoyada por multitud de estudios que evidencian las implicaciones de factores psicosomáticos en estas dolencias (Rauchfuss M, Kentenich H, Siedentopf F, Danze G, 2005).

La ansiedad y/o la depresión están íntimamente relacionadas con los trastornos menstruales (Landén M, Eriksson E, 2003), al igual que la disfunción sexual en mujeres con dolor pélvico crónico, si bien sería necesario ampliar los estudios para especificar el grado de correlación existente (Kaya B *et al.*, 2006). Asimismo, la infertilidad puede ser considerada como uno de los principales efectos de los desórdenes depresivos y/o ansiosos si se asocia con otros problemas sociales (Anvar M, Meshkibaf MH, Kokabi R, 2006).

#### J) Urología

Han sido demostradas algunas implicaciones de los factores emocionales en el aumento de la reabsorción renal de sodio y en la estimulación de la liberación de renina con elevación de los niveles plasmáticos de angiotensina II (Ligit *et al.*, 1992; Schneider *et al.*, 2001).

Otras muchas enfermedades de índole quirúrgica (Rinaldi G, Lenarduzzi H, 2001), otorrinolaringológica (Hese *et al.*, 2001), oncológica (Holland JC, 1978; Guir J, 1983), etc., son abordadas desde el concepto psicosomático.

### 1.1.6 Concepto Psicosomático de Salud

De todo lo anteriormente expuesto, podemos deducir que es en este contexto biopsicosocial donde debe entenderse la existencia del individuo junto con sus manifestaciones de salud o enfermedad. Como señala la OMS (1986), la ausencia de enfermedad se percibe en el equilibrio físico, psíquico y social; es decir, la salud constituye un complejo de bienestar biológico, psicológico y social, y no sólo una situación de ausencia de enfermedad. Esta visión de la OMS expande el concepto de salud, inaugurando una nueva concepción de la prevención, según la cual los problemas referentes a la salud mental, la insatisfacción en el trabajo y el estrés, adquieren identidad propia.

Esta misma visión es compartida por Antonovsky (1979) a través de la orientación salutogénica, nueva orientación sobre el concepto de salud que, distanciándose de la tradicional dicotomía salud/enfermedad, propone un modelo caracterizado por el continuo entre los polos bienestar/enfermedad. Desde esta neoconcepción de la salud, para Antonovsky no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo: las personas se mueven continuamente entre la salud y la enfermedad. Esta perspectiva no busca los factores de riesgo que llevan a la enfermedad sino que está encaminada a determinar los indicadores del individuo y del contexto social que favorecen la salud.

Como parte de este proceso biopsicosocial, Zarit (1980) preconiza que el ser humano interactúa con su medio ambiente a través de los acontecimientos vitales que ocurren en su actividad diaria. En determinados momentos, tales eventos generan impactos en el ámbito interno y externo, solicitando demandas que circunstancialmente no pueden ser atendidas y que, probablemente, acarrearán una situación de estrés, que puede ser factor predisponente, si no

causa directa, de aparición de una enfermedad psicosomática.

### **1.1.7 Salud y cuidados**

Una de las múltiples situaciones personales de alto impacto psicosomático a que un individuo puede enfrentarse, es la de ejercer de cuidador de un semejante discapacitado o impedido para la realización total o parcial de sus actividades de la vida diaria (AVDs), jugando un papel preponderante el grado de afectividad del que presta los cuidados hacia la persona receptora de éstos (Muñoz-Cruzado, 1993).

#### **1.1.7.1 Concepto de familiar cuidador**

El hecho de cuidar ha estado siempre presente en todas las culturas y grupos sociales. El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad (Collière, 1993).

Flórez Lozano *et al.* (1997) definen al *cuidador* como “*aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*”). Adaptando esta definición a nuestro particular entender el concepto de familiar cuidador, podemos definirlo como aquella persona que asume este rol con independencia de su parentesco con el receptor de los cuidados, y con la única particularidad de que su cometido no tenga carácter profesional.

Como es de suponer, la carga psicosomática a que está sometido el cuidador puede llegar a ser insoportable pues, a la natural respuesta a sus necesidades personales, debe añadir las correspondientes a la persona a la que cuida. Esta situación puede llegar a ser extrema, dependiendo, tanto la forma y los efectos de afrontar los cuidados como la calidad de éstos, de variables propias del receptor de los cuidados –personalidad previa, deficiencias, grado de dependencia para realizar sus necesidades básicas, alteraciones cognitivas, alteraciones del comportamiento y/o de la comunicación, etc.–, de características personales del cuidador –personalidad, grado de autoestima, habilidades personales, edad, grado de afecto con el paciente, patologías previas, capacidad de respuesta a las demandas del paciente, etc.– o de características socio-familiares –situación económica familiar, situación laboral, disponibilidad de recursos sociales, etc.– (Muñoz-Cruzado, 1993; Schulz *et al.*, 1995; Haley *et al.*, 1996).

Es por ello que, independientemente de la trascendencia del cuidador de cualquier tipo de paciente, consideramos que los cuidados prestados a los ancianos, personas tendentes al deterioro fisiológico de sus capacidades biopsicosociales, revisten una gran importancia como causa de la aparición de psicopatías en sus cuidadores.

#### 1.1.7.2 La salud del cuidador

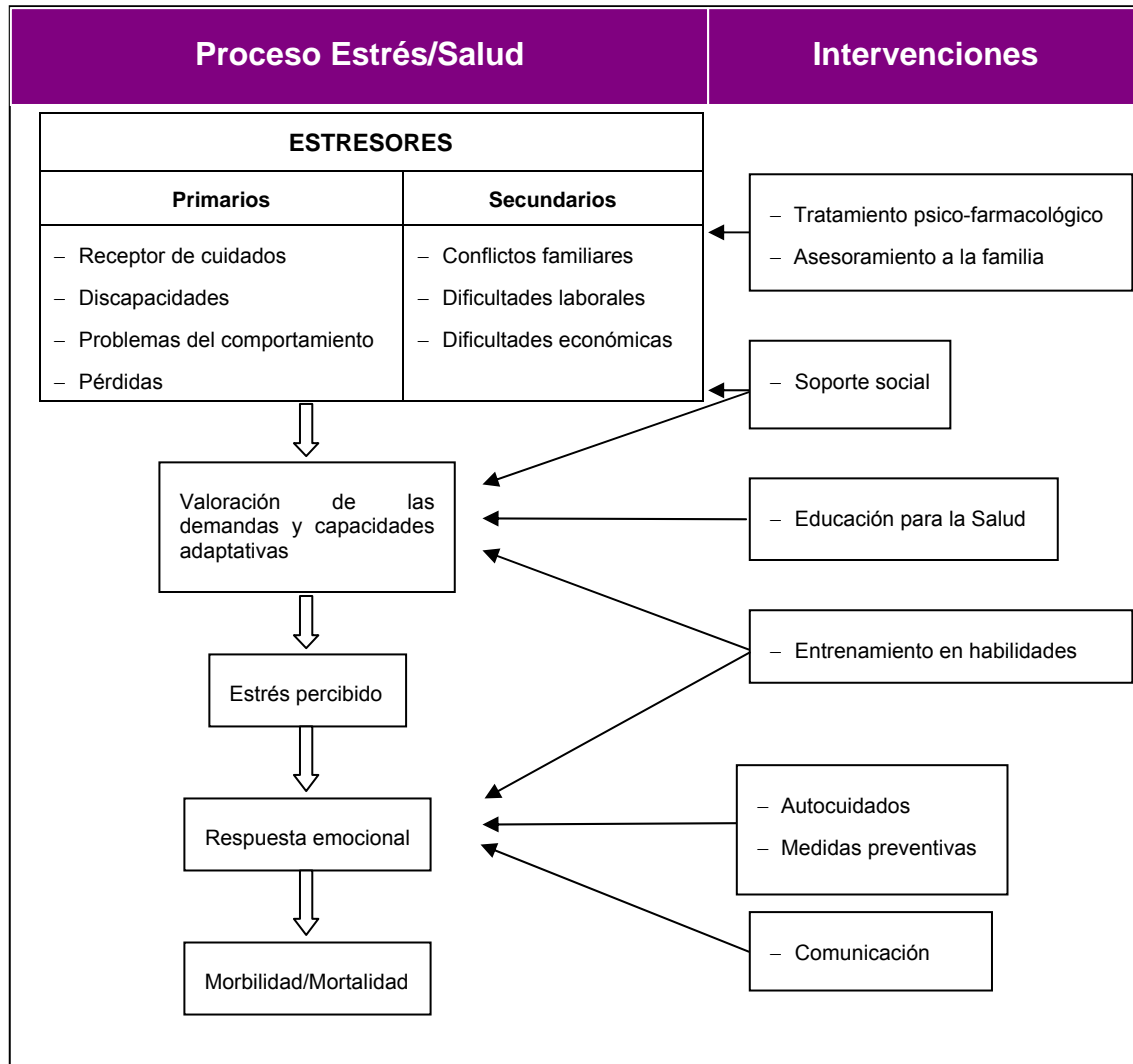
Los investigadores han extendido los modelos básicos de estrés/salud (***¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.***) más allá de la familia cuidadora y han aplicado muchos puntos de vista teóricos adicionales tomados de la psicología social y clínica, de la sociología, y de las ciencias de la salud y biológicas para ayudar a entender aspectos específicos de la situación de los

cuidados. Como tal, el cuidado ha proporcionado una rica plataforma para conducir la investigación social y de la ciencia básica y aplicada del comportamiento a través de muchas disciplinas, por lo que la actual literatura científica en cuidados incluye más de 2.000 estudios publicados desde los campos de la sociología y diversas áreas de ciencias de la salud. La investigación ha progresado, pasando de los simples estudios descriptivos transversales sobre cuidados y cuidadores a complejos análisis de hipótesis longitudinales y estudios experimentales, y, más recientemente, a la intervención, con el objetivo de mejorar los resultados del cuidador y de la salud y del bienestar del receptor de cuidados (Schulz *et al.*, 2004).

El modelo conceptual dominante de cuidados asume que el inicio y la progresión de la enfermedad crónica y de la declinación funcional del receptor de cuidados resultan agotadores, tanto para el paciente como para el cuidador y, como tal, se puede estudiar en el marco de modelos tradicionales de estrés/salud. De hecho, algunos investigadores han comparado cuidadores expuestos a estresores agudos, semi-crónicos y crónicos.

Dentro de este marco, el estudio de los estresores objetivos incluye medidas de la discapacidad física del paciente, de su déficit cognoscitivo y de su comportamiento, así como el tipo y la intensidad de los cuidados proporcionados. Los efectos de los cuidados se miden típicamente en términos de señal de alerta, de carga psicológica y de morbilidad psiquiátrica y física, así como en impactos económicos, tales como trabajar con reducción horaria o abandonar un trabajo por tener que proporcionar cuidados (Biegel *et al.*, 1991; Schulz, 2000).





*Gráfico 1-2. Modelo básico del proceso Estrés/Salud.*

### 1.1.7.3 Familiares cuidadores de ancianos

Un estudio de ámbito nacional llevado a cabo en Estados Unidos, dirigido por la *National Association for Caregiving* y la *American Association of Retired Persons* sobre 1.500 cuidadores familiares, encontró que, en comparación con cuidadores de ancianos discapacitados físicos, los cuidadores de dementes proporcionan más ayuda y sus tareas de cuidados son más agotadoras; pierden sus vacaciones u *hobbys* más a menudo, tienen menos tiempo para atender a otros miembros de la familia, y padecen más dificultades relacionadas con su trabajo (Ory *et al.*, 1999).

Las naturales y progresivas alteraciones cognitivas del anciano van requiriendo la atención de las personas más allegadas en su entorno, de manera que le ayuden en aquellas necesidades de la vida diaria que poco a poco va siéndole difícil de realizar, e incluso le suplan en las que ya le son imposibles. Es por ello que surge la figura del “cuidador”, persona que asume la mayor responsabilidad en la atención al anciano, con una importancia fundamental, tanto para el anciano como para la sociedad, ya que sus desvelos ahorran una enorme carga económica en servicios asistenciales.

Pero si trascendente es la figura del cuidador en cualquier sociedad, en la que en la actualidad vivimos en nuestro estado puede ser calificada de crucial. En efecto, lejos ya de la antigua concepción de asistencia al enfermo en el medio hospitalario, como consecuencia del éxito de la teoría microbiana acaecida en la primera mitad del siglo XX, eliminando por tanto la competencia del entorno familiar cuidador (Menéndez, 1997; Uribe, 1994; Comelles, 1993), la actual apuesta social asistencial por el modelo de autocuidados requiere

irremisiblemente de la participación del cuidador domiciliario.

El progresivo cambio de este modelo de cuidados domiciliarios se hace patente si tenemos en cuenta que hacia los años 90 del pasado siglo, apenas un 12% del tiempo dedicado al cuidado de personas era provisto por profesionales sanitarios (Durán 1990), mientras que en el 57% de los hogares andaluces actuales, al menos una persona necesita cuidados que en el 66% de los casos son proporcionados por la propia familia (García Calvente, 1999).

Como causas de esta realidad, se pueden citar muchos factores, entre ellos el progresivo envejecimiento de la población española, que pasó del 17,0% de mayores de 65 años en 2001 al 21,2% en 2005, según proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), que predice que el incremento de la población de mayores de 85 años entre 2005 y 2017 será del 47,24%.

El análisis de este “seísmo demográfico” (Wallace, 1999) produce gran inquietud social debido a su previsible impacto en el Estado del Bienestar, aunque Díez Nicolás (2002), entre otros, lo perciba como un logro de las sociedades avanzadas que requiere una política redistributiva de acciones económicas, sociales y políticas.

Si analizamos algunas pirámides de población correspondientes a los años 1900, 1960, 1991 y 2001, observamos que mientras que en 1900 la pirámide tienen una verdadera forma piramidal, como consecuencia de las elevadas tasas de natalidad y mortalidad que se registra en ese año, en donde la esperanza de vida apenas sobrepasaba los 30 años y la mortalidad infantil era muy elevada (*Gráfico 1-3*), en 1960 se aprecia una disminución de la mortalidad en edades tempranas y medias, como consecuencia de la Guerra Civil y alta natalidad, lo que da una forma acampanada a la pirámide, que

ofrece un aumento de la supervivencia femenina a partir de los 60 años.

El aumento de la natalidad observado entre 1957 y 1977, conocido como el *baby boom*, es seguido de una disminución de la natalidad hacia 1991, por lo que la pirámide se estrecha para llegar a adoptar una forma de pera, como consecuencia de la disminución de los nacimientos acompañada de un aumento de la esperanza de vida al nacer hacia 2001, año en el que se aprecia un ligero aumento en el grupo de 0 a 4 años, algo mayor que el de 5 a 9 años.

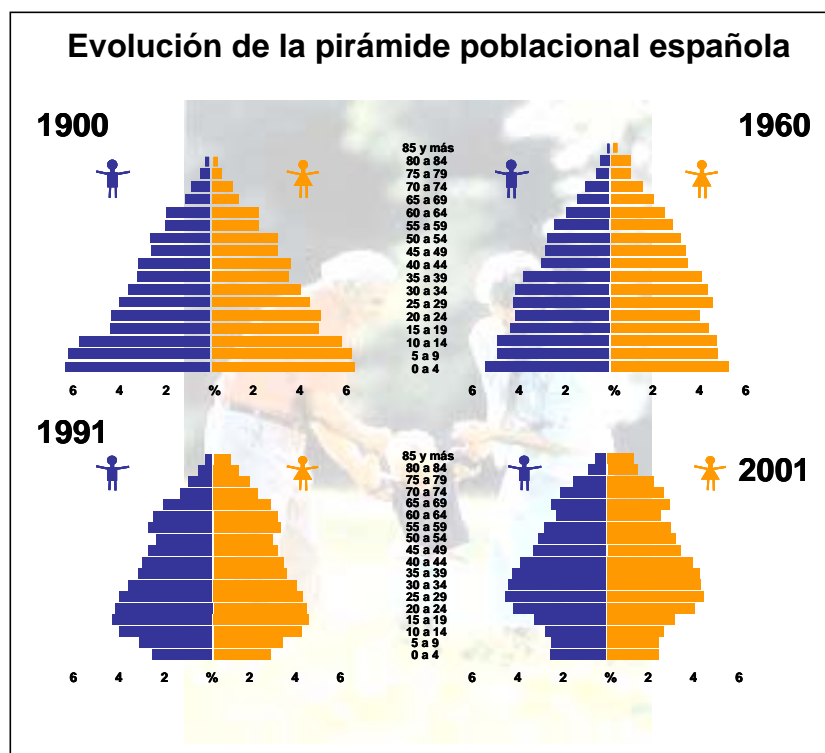
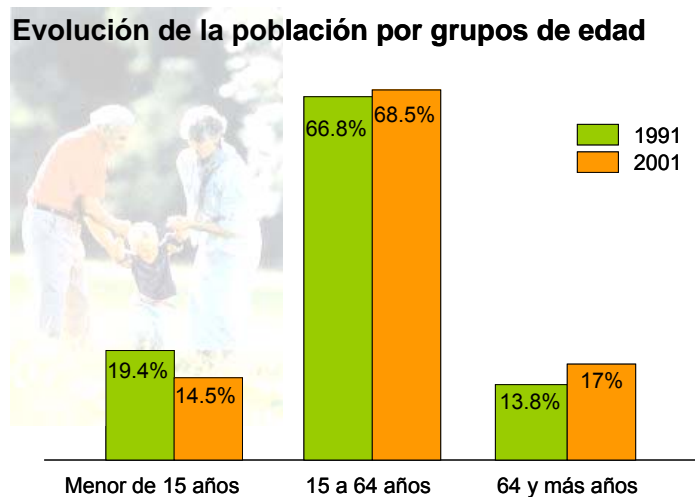


Gráfico 1-3 Evolución de la pirámide de población española

El Gráfico 1-4 ofrece los datos comparativos de la evolución de la población española por grupos de edad, entre 1991 y 2001, observándose una

disminución de la población menor de 15 años, que pasa del 19,4 al 14,5%, un ligero aumento del grupo de población activa (entre 15 y 64 años), que pasa del 66,8 al 68,5 %, y aumento de la población dependiente (de entre 64 y más años), que aumenta el 32%<sup>8</sup>.



*Gráfico 1-4. Evolución de la población por grupos de edad.*

Por otro lado, la ausencia de conflictos bélicos, el espectacular desarrollo de las Ciencias de la Salud y los logros sociales del Estado del Bienestar, entre otros factores han propiciado un notable incremento de la Esperanza de Vida al nacer, como se puede observar en el Gráfico 1-5.

<sup>8</sup> Fuente: Censo de Población y Vivienda 1900, 1960, 1991 y 2001. INE.

### Esperanza de vida al nacer

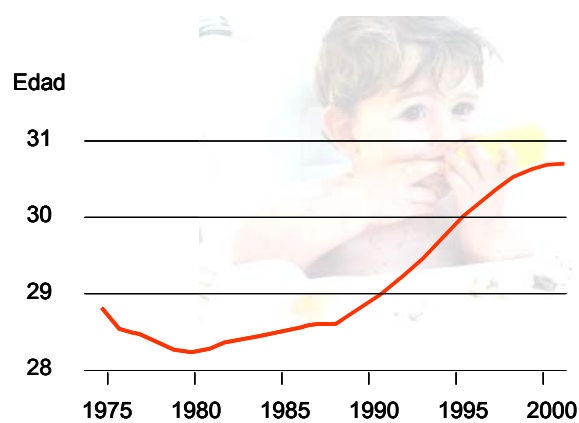


Gráfico 1-5. Esperanza de vida al nacer.

Resumiendo, se puede afirmar que la población española está envejeciendo progresiva y aceleradamente y, aunque se vislumbra un tímido aumento de la natalidad, se prevé que en los próximos años se producirá un incremento más que considerable de la población socialmente dependiente que, como decíamos, precisará de cuidados.

Por otro lado, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el laicismo social y la escasez de incentivos a la natalidad, son elementos que propician tanto la baja natalidad actual como el descenso del número de cuidadores de la población socialmente dependiente que, hasta ahora con enorme diferencia, ha estado fundamentalmente formado por mujeres.

Asimismo, las especiales connotaciones climáticas y las características antropológicas de la población española, distinguida por su peculiar sentido de la hospitalidad, han propiciado un más que considerable incremento de inmigración de ancianos de diversos países europeos, lo que supone un

aumento considerable de recursos sociosanitarios destinados a sus cuidados.

#### 1.1.7.4 Familiares cuidadores *versus* cuidadores informales

Puesto que el término formalidad, según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), implica exactitud, puntualidad, consecuencia de acciones, seriedad y compostura, mostramos nuestro absoluto desacuerdo con la denominación de “cuidadores informales” con que la generalidad de los autores les citan (Bover y Bauzá 2000; la Parra 2001; Artaso, Biurrun y Goñi, 2003 y 2004; Alfaro *et al.*, 2004; Aznar *et al.*, 2004, entre muchos otros) en un intento de distinguirlos de los cuidadores profesionales. Por tanto, preferimos clasificar a los cuidadores como “familiares cuidadores” y “cuidadores profesionales”. Entre los primeros, señalamos al “cuidador principal”, persona que asume la responsabilidad de organizar las tareas de cuidados, y “cuidadores secundarios” o “cuidadores auxiliares”, que son aquellos que asisten al cuidador principal, habitual o esporádicamente, en la asistencia al paciente.

Asimismo, entre los familiares cuidadores se puede distinguir “cuidadores progresivos” y “cuidadores imprevistos”, denominaciones que parecen semánticamente más apropiadas que las de “cuidadores tradicionales” y “cuidadores modernos” empleadas por algunos autores, como Nevada (2001). Los primeros son aquellas personas del entorno del anciano que han ido asumiendo sus responsabilidades de cuidado de manera paulatina, a medida que aquél ha ido perdiendo sus capacidades, mientras que los segundos son los que de manera inmediata han tenido que responder a las necesidades que, de manera brusca, presenta el paciente como consecuencia de un evento que afecta a su salud.

Sobre el perfil de cuidador de anciano “tipo”, algunos autores refieren que corresponde a una mujer de 55 años, familiar de primer grado del paciente, con estudios primarios, inmersa en una familia normo-funcional y con buen apoyo social (Santiago y López, 1999; Sánchez y Estruch, 1999; Morales y Muñoz, 2000; Moral, 2003). Otros identifican como más habitual la posibilidad de que se trate de una hija de entre 40-50 años, casada y con hijos, de las que con frecuencia trabajan fuera del domicilio familiar, no tienen ninguna formación en el cuidado de personas dependientes, no están remuneradas y desarrollan una jornada de trabajo sin límites establecidos (Arraztoa, 2004).

En estudio realizado sobre una población de 67 personas de una edad media de 84 años que, afectas de distintas patologías, usaban colchón antiescaras en la Zona Básica de Salud semi-rural de Vélez-Málaga, se apreció un alto número de cónyuges cuidadores frente a un bajo número de hijos que prestaban estos cuidados (Muñoz-Cruzado, 2001).

Pero, con independencia del perfil del cuidador, se debe considerar que el importante servicio que los familiares cuidadores realizan a la sociedad y sus parientes tiene un considerable coste en su propio bienestar (Rosenberg *et al.*, 2005).

Existe un fuerte consenso en que el cuidar a un individuo mayor y con discapacidad es pesado y agotador para muchos miembros de la familia, y que contribuye a la morbilidad psíquica, dándose un mayor predominio e incidencia de desórdenes depresivos y ansiedad para los que prestan cuidados (Schulz *et al.*, 1995 y 1997; Teri L *et al.*, 1997).

Las tareas de cuidado suelen afectar al cuidador de forma muy dispar, como favorecer cuadros depresivos, insomnio, agresividad, cambios de humor, reducción de sus defensas, aumento del gasto económico, etc. Cuando los



cuidadores son hijos del enfermo, suelen percibir la situación como un contratiempo en la vida, y tratan de adaptarse a la enfermedad, incluso procuran mantener los contactos sociales, lo que supone mayores posibilidades de encontrar válvulas de escape que cuando el cuidador principal es el cónyuge. Sin embargo, la asunción del rol de cuidador por el hijo puede generar problemas con su pareja, con los hijos, con otros hermanos e incluso implicar riesgos laborales.

Cuando los cuidadores son los cónyuges, uno de los principales problemas con que se encuentran es la soledad, como consecuencia de haber perdido la posibilidad de compartir sus momentos de ocio con su pareja. Asimismo, la atención al enfermo les limita el tiempo libre y las relaciones sociales.

Estrés laboral, estrés afectivo, inadecuación personal –cansancio, cefaleas, ansiedad–, son situaciones frecuentes entre los cuidadores, acompañada de la sensación de vacío personal, que se incrementa con reacción de duelo, de serias consecuencias y larga duración, cuando el enfermo ha ingresado en una residencia o ha fallecido.

Pero si importante es el estudio de la problemática del cuidador en general, aún lo es más cuando se trata de cuidadores de enfermos dementes, interés demostrado por los investigadores hasta tal punto que, de entre todos los estudios llevados a cabo acerca de los cuidadores, los más frecuentemente representados en la literatura se refieren a los cuidadores de enfermos dementes (Schulz, 2000).

### **1.1.7.5 Familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer**

Las tareas de cuidado llegan a su máxima expresión cuando el paciente presenta una demencia, definida como el declinar cognitivo desde un estado previo superior (www. Alzheimer-on line.org, 2006).

A los múltiples deterioros cognoscitivos propios de la demencia, se suelen asociar ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

La temática emocional de los pacientes también cambia en el sentido de una labilidad de sentimientos. Con frecuencia, se muestran agresivos, expresando ideas de prejuicio, que la mayoría de las veces adquieren un carácter propiamente delirante. Las ideas delirantes más frecuentes son las que implican temas de persecución, dándose casos en los que el sujeto puede llegar a pensar que los demás le van a desposeer de las pocas cosas que le quedan y a las que se siente aferrado, como su dinero, su vivienda, las joyas, los muebles, etc., o bien puede llegar a creer que los objetos que no encuentra le han sido robados. Aunque las alucinaciones se presentan en todas las modalidades sensoriales, son más frecuentes las alucinaciones visuales.

Los síntomas cognitivo-conductuales más frecuentes que pueden indicar una demencia se encuentran resumidos en la Tabla 1.

Pero, a pesar de que tradicionalmente son los síntomas cognitivos los que han identificado al síndrome demencial, la demencia comporta una disfunción global del Sistema Nervioso Central, lo que origina la presentación de otros síntomas, tales como alteraciones emocionales, motivacionales y de la personalidad.

La elevada frecuencia de síntomas no-cognitivos en la demencia da

soporte a esta teoría y, por lo tanto, permite incorporarlos como propios del síndrome demencial.

*Tabla 1. Síntomas que pueden indicar una demencia.*

Área explorada	Sintomatología
Adquisición de nueva información	Reiteración. Problemas para recordar conversaciones, sucesos recientes o citas, coloca mal los objetos.
Orientación temporoespacial	Tiene dificultad para ubicar fechas, para la conducción, para organizar la ubicación de objetos y para orientarse en lugares familiares.
Lenguaje	Dificultad para encontrar las palabras, mantener conversaciones con varias personas a la vez.
Capacidad de juicio	Dificultad para resolver problemas domésticos o laborales. Descuida las normas sociales.
Realización de tareas complejas	Dificultad para la realización de tareas coordinadas, como cocinar.
Comportamiento	Apático, ausente, poco participativo, pasivo, a veces irritable, desconfiado e impertinente.

Sin embargo, a pesar de su origen común, basado en la degeneración neuronal, los síntomas cognitivos tienen un perfil diferente de los síntomas comportamentales y psíquicos.

Los síntomas no-cognitivos más frecuentes en la demencia se resumen en la Tabla 2.

*Tabla 2. Síntomas no-cognitivos*

Áreas exploradas	Sintomatología
Pensamiento y Percepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delirios</li> <li>– Alucinaciones</li> <li>– Reconocimientos falsos</li> </ul>
Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Depresión</li> <li>– Manías</li> </ul>
Personalidad y Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteración de la de personalidad</li> <li>– Trastornos del comportamiento</li> <li>– Agresividad, hostilidad</li> <li>– Vagabundeo</li> </ul>

Por otro lado, la elevada prevalencia de síntomas no-cognitivos en la demencia podría explicarse a partir de la hipótesis de que el deterioro cognoscitivo es un importante factor de riesgo para desarrollar trastornos

psiquiátricos independientes a la demencia (*Tabla 3*).

*Tabla 3 Diferencia entre síntomas cognitivos y no-cognitivos en la demencia.*

Síntomas cognitivos	Síntomas no-cognitivos
Aparecen siempre	No aparecen siempre
Se presentan desde el principio	Se presentan en diferentes momentos de la enfermedad
Progresan de manera continua	Pueden tener un curso temporal definido y desaparecer
La aparición y la progresión de los síntomas están relacionadas	Pueden aparecer síntomas en una esfera (Vg., perceptivos) sin que aparezcan en otras (Vg., afectivos)
Generalmente, se conoce bien su fisiopatología	En la actualidad, sus correlatos biológicos no son bien conocidos.
Moderada actividad del tratamiento en cuanto a su supresión	En general, buena o aceptable respuesta al tratamiento

Pero además de por una demencia o un síndrome amnésico específico, el rendimiento de la memoria del anciano puede alterarse por diferentes

causas, algunas de ellas se resumen en la Tabla 4.

*Tabla 4 . Principales causas del deterioro de la memoria en el anciano sano.*

<b>Principales causas del deterioro de la memoria en el anciano sano</b>
Edad avanzada
Bajo nivel educativo
Enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión arterial, etc.)
Enfermedades psiquiátricas (depresión, psicosis tardía, etc.)
Dolor crónico
Ingesta de alcohol y/o drogas
Fármacos (anticolinérgicos, anestesia, etc.)
Déficits sensoriales (visión, oído, etc.)
Dependencia para autocuidados

No cabe la menor duda que las alteraciones descritas que se van operando en el paciente, conllevan repercusiones de gran entidad en la vida

del cuidador. Según el modelo descrito por Kubler-Ross (1.971), los cambios de estilo de vida del cuidador que conllevan el diagnóstico de la demencia siguen las cinco fases por las que pasan las personas que se enfrentan a una pérdida. Este modelo fue posteriormente aplicado por Curl (1992) a los cuidadores de enfermos de Alzheimer, considerando la pérdida como la experiencia dolorosa del momento en el que se produce el diagnóstico. Estas etapas, que abarcan desde el momento del diagnóstico hasta que se produce la plena aceptación de la pérdida o aparición de la enfermedad, se recogen en la Tabla 5.

Tabla 5. El modelo de Kubler-Ros.

Modelo de Kubler-Ros
Rechazo/ Negación
Cólera
Negociación
Depresión
Aceptación

Torres *et al.* (2001), establecen que el desarrollo y la duración de las distintas etapas del citado modelo están influenciadas por otros factores, no existiendo una relación lineal, en general, entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y la carga percibida por el cuidador, aunque se

detecta que durante los primeros meses la carga sigue un aumento lineal con el tiempo hasta que éste deja de ser una variable relevante para explicarla, pasando entonces a depender de otros factores.

Numerosos artículos señalan el alto número de repercusiones biopsicosociales consecutivas a las tareas de cuidado en el cuidador (Mace y Rabins, 1991; Díez *et al.*, 1995; Rubio *et al.*, 1995; Muñoz-Cruzado, 1998; García, 1998; Valles *et al.*, 1998; Equipo de Investigaciones Sociológicas, 1999; Santiago y López, 1999; Sánchez y Estruch, 1999; Morales y Muñoz, 2000; Martínez *et al.*, 2000; Moral, 2003). Tratando de recogerlos de manera resumida, citaremos:

a) *Riesgos físicos*

Son frecuentes y pueden ser debidos a causas puramente físicas o a consecuencias de las alteraciones psíquicas de las que ninguno de los cuidadores está exento.

En primer lugar, ha de tenerse en cuenta el cansancio físico. La jornada laboral de cualquier trabajador en nuestro país es de 40 horas semanales, mientras que cualquier cuidador se ve obligado a trabajar 168 horas semanales, incluyendo no sólo el día sino también la noche, dado que estos enfermos necesitan atenciones a lo largo y ancho de toda la jornada. Estos cuidados suelen ser no sólo físicos, sino que a menudo el paciente debe estar sometido a vigilancia de posibles acciones lesivas para él o para el/los cuidador/es, lo que supone un componente de agobio añadido a la fatiga secundaria a su falta de descanso.



Por otra parte, las imprevisibles respuestas ante estímulos por parte del enfermo pueden suponer lesiones físicas para el cuidador –contusiones, heridas, etc.–.

A todo ello hemos de añadir los daños físicos que pueden aparecer como consecuencia de los esfuerzos en sus tareas de cuidados –cervicalgias, lumbalgias, hernias discales en los distintos niveles de la columna vertebral, mialgias y tendinitis en miembros superiores e inferiores etc.–. Las consecuencias de estas lesiones físicas suelen ser más graves cuando el cuidador es una persona mayor –que es lo más usual– en las que a estas lesiones por sobreesfuerzos se añaden las degeneraciones fisiológicas propias de la edad. También pueden aparecer como consecuencia de la depresión y/o de la fatiga.

Asimismo, existe el riesgo de que el cuidador presente una infección cruzada por contaminación de humores procedentes del paciente, en aquellos casos en los que pudiera presentar alguna infección concomitante, debido a la exagerada proximidad que suele haber entre el cuidador y el enfermo –panadizos y otras por contacto con heces u orina infectada, catarros, gripe, etc. Del mismo modo, aunque el estrés es un efecto psicológico de las tareas de cuidado, suele producir fatiga física, traducida a veces por problemas estomacales, dolores de cabeza y dificultades en el sueño, lo que, en definitiva, ocasiona cansancio físico.

Como podemos apreciar, los trastornos físicos están íntimamente relacionados con los psíquicos, pues unos influyen en los otros y viceversa, lo que impone que cualquier acción llevada a cabo para mejorar la situación del cuidador deberá tener en cuenta el concepto tridimensional de persona, lo que, a su vez, condiciona la formación y actuación del equipo transdisciplinar.

b) *Riesgos psíquicos*

Es fácil entender que ninguna persona tiene, en principio, la adecuada preparación para cuidar a alguien que padece esta enfermedad. Cada día los familiares se enfrentan a la realidad de que el paciente está cambiando gravemente y que, en vez de mejorar con el cuidado que se le proporciona, se vuelve más dependiente, hasta llegar a necesitar cuidados y supervisión las 24 horas del día.

Ésto significa cambios inesperados en las relaciones entre ambos, paciente y familiar, surgiendo un sinnúmero de sentimientos y pensamientos diversos que pueden crear conflictos, dudas, temores, tensiones, angustia y tristeza. El estrés que se genera es capaz de originar algún tipo de disfunción o de psicopatología especial –neurosis, depresión, agresividad, astenia psicofísica, etc.– en las personas cuidadoras.

Morris *et al.* (1988), revisaron nueve estudios que investigaban la salud mental de cuidadores; en siete de ellos se informaba de altos niveles de depresión y ansiedad. En un estudio de 109 cuidadores de dementes, encontraron que el 28% tenían depresión y el 3% ansiedad, mientras que el 33% de los cuidadores presentaban morbilidad psiquiátrica apreciable, pero a niveles subclínicos. Apoyando este resultado, Murray *et al.* (1997), utilizando el *General Health Questionnaire*, encontraron que el 50% de los cónyuges de pacientes ancianos diagnosticados de demencia o de depresión podían ser considerados "casos psiquiátricos", datos similares a los obtenidos en el estudio EURO CARE, en el que el 66 % de los cuidadores podían ser así estimados (Prince M, 2000)

Para Furtmayr-Schuh (1995), los principales sentimientos y emociones del cuidador a lo largo de los años varían ante determinadas circunstancias; así, tenemos:

- *Ante la sospecha* de que la persona a su cargo padezca una demencia: Incertidumbre, desconcierto, hostilidad, cólera, incredulidad y desasosiego.
- *Ante el diagnóstico*: Aturdimiento, bloqueo, incompreensión, impotencia, indefensión, bloqueo mental, negación de la evidencia, temores racionales e irracionales, culpabilidad, miedo al futuro y sentimientos de soledad.
- *Durante la primera fase*: Descontrol emocional, vergüenza, estrés, ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad en las medidas adoptadas para el cuidado del enfermo, sensación de aislamiento social, manifestaciones psicosomáticas de ansiedad y/o depresión.
- *En fases sucesivas*: Se puede agudizar el cansancio psicofísico, apareciendo al mismo tiempo miedo a la pérdida del ser querido.

A estos sentimientos, podemos añadir otros, como la ambivalencia – tener deseos contradictorios con respecto al paciente– o el enojo. En definitiva, lo que evidencian todos ellos es el enorme sufrimiento espiritual que padece el cuidador, sufrimiento que se ve incrementado cuanto más cercano esté el anciano al afecto del cuidador.

Profundizando en algunos de los sentimientos citados, con el fin de determinar las causas que los generan, se citan:

- *Sentimiento de culpa*: Este sentimiento puede estar causado por muchas razones, como el llegar a sentir en ciertos momentos un determinado odio al enfermo o a sus reacciones; plantearse internar al enfermo en una

residencia (Fish, 1990); desear que el pariente a su cargo muera para que deje de sufrir; descuidar sus responsabilidades – fregar el suelo, pagar las facturas .–; obligaciones y necesidades familiares sin atender (Elorriaga del Hierro *et al.*, 1994); los sentimientos de vergüenza y los enojos con el enfermo.

La culpabilidad incapacita física y emocionalmente, amenazando con obligar al cuidador a la auto-condenación y a la depresión (Mañós, 1998; Lago y Deben, 2001; Romera, 2002).

- *Sentimiento de vergüenza*: El cuidador manifiesta este sentimiento hacia el enfermo ante las situaciones sociales a las que asiste éste, debido a la impertinencia de algunas de sus reacciones (Muñoz-Cruzado, 1993).
- *Temores y ansiedades*: El temor fundamental que aparece en los cuidadores, y que puede ser causa en gran medida de la ansiedad que manifiestan, es el miedo a que la enfermedad de Alzheimer sea contagiosa o hereditaria (Fish, 1990). Este temor se ve exacerbado en aquellos cuidadores que son descendientes del enfermo. Por otro lado hay que señalar que una de las principales causas de ansiedad es la enorme demanda de atenciones por parte del paciente.
- *Depresión*: Granger Westberg (1962), en su libro “Buen dolor” –*Good grief*–, compara la depresión con un día muy nublado: el sol brilla, pero los que están bajo las nubes no pueden verlo. Precisamente esto es lo que les sucede a los cuidadores cuando entran en depresión. No son capaces de buscar el sol, es decir, los momentos de luz, esos ratos en las vidas de sus seres queridos de los que deben disfrutar.

Fish (1990) se pregunta: Pero, ¿por qué se nubla el cielo de los

cuidadores?. Y responde:

- Porque la persona querida que padece demencia ya no les reconoce.
- Por el final de sus expectativas: el cuidador ve su futuro, que se prometía brillante y productivo, destrozado por un diagnóstico.
- Porque su pariente no es capaz de disfrutar de las alegrías de familiares, como ser abuelo, celebrar un cumpleaños, etc.
- Por la ansiedad, el sufrimiento y la depresión que experimentan las personas queridas. Su confusión no elimina sentimientos como el temor y la frustración. Pueden también tener la sensación de que todo carece de sentido y pensamientos suicidas pueden ir acompañados de acciones.

En este sentido, Rosenberg *et al.* (2005) han publicado un interesante artículo en el que exponen cómo la depresión y la carga de cuidador llega a afectar al humor del paciente de EA, lo que pone de manifiesto que se establece un *feed-back* de indudables efectos negativos en el binomio cuidador-receptor de cuidados.

- *Enojo/ira*: Estos sentimientos aparecen en el cuidador como consecuencia de la sensación de que el enfermo puede hacer más de lo que hace, y que esta actitud es sólo debida a su deseo de molestar debido a la acumulación de acciones irritantes y por la incomprensión de las reacciones adversas del enfermo ante cualquier estímulo.

Por otro lado, nos encontramos con las reacciones emocionales que se experimentan tras la muerte del paciente, es este sentido, aunque cada persona puede reaccionar de modos diferentes, existen algunos sentimientos

que son típicos:

- *Sensación de vacío espiritual*, pues el cuidador pierde el motivo que durante años ha constituido el eje de su vida.
- *Tristeza y depresión*.
- En cierta medida, *felicidad o alivio*, pues ha terminado con una función que limitaba su vida personal.
- *Confusión generalizada*.
- *Sentimiento de culpa*, por pensar que ha podido hacer algo más por el enfermo.
- Periodo de *postración y enfermedades* –aquellas enfermedades que ya tenía, pero nunca tuvo tiempo de atender, se ven acentuadas–.

Para Elorriaga del Hierro *et al.* (1994), de este modo la vida del cuidador cambia, comenzando de nuevo. Los años pasados deberán servir de experiencia para potenciar la confianza en sí mismo, aunque la realidad es que, tras el fallecimiento del paciente, el cuidador suele entrar en una reacción de duelo de muy larga duración.

### c) *Riesgos psicosociales*

Debido a la íntima relación existente entre ciertos factores psíquicos y sociales, se considera más adecuado denominar el presente apartado como “riesgos psicosociales” en lugar de simplemente sociales, como en buena lógica debería corresponderle, dada la estructura de este epígrafe.

El estrés que sufre el cuidador –sentimientos de ansiedad y angustia citados con anterioridad–, no sólo suponen un efecto de la vida que lleva en casa, de su relación directa con el enfermo, sino que a estos factores, se añaden otros que incrementan la tensión de la situación.

A medida que transcurre la enfermedad, familiares, amigos y vecinos van creando un clima de aislamiento en su derredor, derivado de la falta de solidaridad del mundo en que vivimos (Muñoz-Cruzado, 1993).

Por otro lado, Furtmayr-Shuh (1995) considera que hay cuidadores que, además de cuidar al enfermo, continúan ejerciendo una profesión o han de atender a una familia. En el primer caso, la calidad profesional del cuidador puede verse deteriorada debido a la excesiva demanda del enfermo, siendo frecuente el absentismo laboral, mientras que en el segundo, las atenciones del cuidador al resto de familiares suelen deteriorarse como consecuencia de las atenciones al paciente.

Además, las continuas demandas de cuidados condicionan en el familiar cuidador una más o menos grave alteración del patrón de suficiencia económica, en función de la mayor o menor estabilidad financiera familiar. Este hecho reviste especial significación en el caso de los pensionistas, en los que este problema se ve incrementado. En efecto, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Consumo, aparecido en la revista *Mujer de Hoy* (1994) “siete de cada diez pensionistas tienen dificultades para llegar a fin de mes, y el cincuenta y seis por ciento de los hogares de personas mayores de 65 años se encuentran por debajo del umbral de pobreza, aumentando esta cifra hasta el setenta y siete por ciento cuando está encabezado por una mujer”.

Para finalizar este epígrafe, cabe señalar que el cuidador ve alterado su patrón de ocio personal, pues no toma tiempo libre para sí mismo,

abandonando sus aficiones y amistades, sumiéndose en el terrible campo de la soledad.

Según Mace (1991), el cuidador se desatiende a sí mismo, olvidando por algún tiempo sus proyectos de vida, pues todos estos factores desencadenan un estado de estrés emocional que sólo servirá para empeorar la situación.

El impacto de las tareas de cuidado produce estrés en el cuidador, siendo diversas sus manifestaciones (Tabla 6). En efecto, el impacto de las actividades de cuidado sobre la salud psicofísica y sobre la situación socioeconómica del cuidador depende de esos factores.

*Tabla 6. Factores de impacto psíquico sobre el cuidador.*

<b>Factores de impacto psíquico sobre el cuidador</b>
Los síntomas que van presentando la demencia.
La información-formación que recibe el cuidador.
El apoyo informal-formal que éste perciba en su medio.
La calidad de las relaciones previas con el enfermo.

Las respuestas de estrés desencadenadas por los diversos impactos pueden manifestarse de distintas maneras:

- Agresividad constante contra los demás, por que si pueden llevar su vida adelante y ser felices a pesar del problema que hay en casa.



- Gran tensión sobre los cuidadores auxiliares por que “todo lo hacen mal”: no administran los medicamentos a la hora adecuada, no lo saben mover, etc.
- Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en sí mismo.

Como resumen, la Tabla 7 recoge la media de los resultados obtenidos en diversos estudios sobre de las repercusiones de las tareas de cuidado en el cuidador.

Tabla 7. Principales repercusiones de las tareas de cuidado en el cuidador

<b>Principales repercusiones de las tareas de cuidado en el cuidador</b>	
<b>Esfera vital</b>	<b>Repercusiones</b>
<b>Física (60%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cansancio físico o fatiga (30-60%)</li> <li>– Aumento del riesgo de lesiones por sobre-esfuerzos</li> <li>– Agravamiento de lesiones preexistentes</li> <li>– Molestias y dolores (55%)</li> </ul>
<b>Psíquica (71,4%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sentimientos de soledad, ambivalencia</li> <li>– Miedo al contagio o a la herencia de la enfermedad</li> <li>– Ansiedad</li> <li>– Tendencia a la depresión (20-60%)</li> <li>– Tristeza y poca satisfacción con su vida (25%)</li> </ul>
<b>Social (100%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento del gasto</li> <li>– Absentismo laboral</li> <li>– Abandono del empleo/ no acceso a empleo</li> <li>– Descenso de los ingresos familiares</li> <li>– Aumento de las tareas domésticas</li> <li>– Alteraciones en los hábitos higiénicos y alimenticios</li> <li>– Aislamiento social</li> </ul>

Rubio (1995) establece que, debido a la alta vulnerabilidad de los cuidadores, se impone que los profesionales sanitarios encaminen sus esfuerzos a la detección precoz de cualquier situación de riesgo, aportando consejos y recursos que alivien la situación; de ello se deduce la conocida frase “cuidar al cuidador”, en la que se resume un gran compendio de acciones que sobrepasan en mucho lo meramente sanitario.

Por otro lado, Valles *et al.* (1998) refieren que las tareas de cuidados domiciliarios producen una serie de repercusiones en la comunidad consistentes en un aumento de:

- los recursos económicos destinados a personas dependientes.
- el número de consultas médicas, de enfermería y de otros profesionales de la salud.
- el gasto farmacéutico.

### **1.1.8 Acerca de la demencia**

La demencia fue definida por Esquirol, en su tratado *Des maladies mentales* (1838), como un síndrome caracterizado por un declinar cognitivo desde un estado previo superior.

Es un síndrome adquirido que se caracteriza por un deterioro subagudo o crónico, progresivo, global e irreversible de la función cerebral, con preservación del estado de conciencia. Habitualmente produce pérdida de memoria, pérdida de las funciones ejecutivas y cambios en la personalidad

(Warner J, Butler R, 2002).

Generalmente, es originada por una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, en la que confluyen múltiples deterioros funcionales corticales superiores, como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El déficit cognoscitivo suele ser precedido de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación (CIE-10, 2000).

Si bien este cuadro patológico suele aparecer en edades avanzadas, recientemente se han descrito demencias en adultos jóvenes causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, es innegable que la prevalencia del síndrome demencial aumenta exponencialmente con la edad: 1,5-2 % entre los 65-69 años; 5,5-6,5 % entre los 75-79 años y 20-22 % entre los 85-89 años (Amarista y Matra-Vallenilla, 1999).

Aunque son muchas las posibles causas de demencia, unas de tipo cerebral (Enfermedades de Huntington, de Parkinson, de Pick y de Alzheimer, multiinfartos cerebrales, encefalopatía de Creutzfeldt-Jakob, neoplasias, traumatismos craneales, etc.) y otras de origen sistémico (avitaminosis, intoxicaciones endógenas o exógenas, endocrinopatías y metabolopatías, enfermedad de Addison, anoxias cardiorrespiratorias, desequilibrios electrolíticos, etc.), la primera causa de su aparición en orden a su frecuencia es la enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia se sitúa entre 50 % y 60% (Gutiérrez-Robledo, 2000); le siguen la enfermedad vascular (8-15 %), el alcoholismo (6-18 %), las neoplasias (5 %), la hidrocefalia normotensiva (4-5 %), la enfermedad de Huntington (2-5 %) y los trastornos endocrinos y metabólicos con el 2 - 4 % (González, 1999).

En la actualidad, aunque se están llevando a cabo numerosos trabajos

con el objetivo de poder establecer un diagnóstico precoz altamente sensible y específico de la enfermedad, aún éste sigue siendo de presunción tras haberse excluido otras posibles causas de demencia. Los fallos de memoria y orientación temporo-espacial detectados por los familiares más cercanos suelen ser la principal causa por la que los pacientes son derivados al neurólogo. El nivel de deterioro cognitivo inicial de los pacientes es variable, dependiendo la precocidad de su estudio y valoración de que el paciente viva sólo o acompañado, de su edad, del grado de preocupación de los familiares y del nivel de instrucción de éstos, entre otros (Torres *et al.*, 2001).

Ayudar a la familia es un aspecto crucial que requiere entrenamiento y tiempo. Dirigir consejos clínicos y psicológicos, tanto a pacientes como a familiares, es un aspecto que ayuda al paciente a asimilar mejor su situación (Adam S, Forrest S, 1999).

La intervención debe ser adaptada a las peculiaridades de cada entorno familiar. Algunas familias pueden presentar problemas de aprendizaje, problemas de estrés, pobre salud psicológica o física, habilidades inadecuadas, apoyo social insuficiente, o una pérdida de recursos ambientales adecuados. Los programas dirigidos a la familia deben proveer servicios más especializados e intensivos, y los profesionales del equipo asistencial necesitan habilidades y conocimientos específicos para trabajar de forma efectiva en estos entornos (Wasik B, Bryant DM, 1999).

El fisioterapeuta debe implantar una praxis basada en un modelo holístico, consistente en la toma de consideración de las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de esa persona dentro del contexto de la práctica sanitaria (Moral y Juan, 2003).

### 1.1.8.1 Enfermedad de Alzheimer (EA)

Alois Alzheimer (14.06.1864 - 19.12.1915), neurólogo alemán nacido en Marktbreit, describe en 1907 el resultado del estudio efectuado al cerebro de una mujer de cincuenta y un años de edad, remitido para su investigación por el Sr. Sioli, director del Hospital Psiquiátrico de Frankfurt am Main. Dicho estudio dio como fruto el descubrimiento de un cuadro perfectamente diferenciado, tanto psíquica como anatómicamente, del resto de los diversos tipos de enfermedades conocidas por aquel entonces.

La EA es definida por el Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN, 2003) como *una entidad clinicopatológica neurodegenerativa, caracterizada clínicamente por el deterioro progresivo de múltiples funciones cognitivas y patológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y de placas neuríticas hipocampo-neocorticales.*

La demencia tipo Alzheimer (DTA) es la más frecuente en la población mayor de 64 años en los países occidentales, representando el 50-70% de los casos diagnosticados (Bachman DL, 1992), seguida por la demencia vascular y la demencia mixta (Fratiglioni L *et al.*, 1991).

Los estudios llevados a cabo en Zaragoza sobre personas de 65 y más años por Lobo *et al.* (1995) presentaron una prevalencia de 4,3%, el realizado por García *et al.* (2001) en Toledo, señala cifras de 4,6% entre personas de la misma edad, mientras que los estudio Pamplona (Manubens *et al.*, 1995) y Girona (Villalta-Franch *et al.*, 2000), efectuados entre mayores de 70 años, superan estas cifras. El más reciente de estos tipos de estudios ha sido el realizado por Gascón *et al.* (2004) en Prat de Llobregat, que arrojó una cifra de prevalencia del 6,6%.

También la incidencia de la EA es muy alta y aumenta con la edad; en este sentido, el estudio EURODEM presenta 2,4 nuevos casos de demencia por cada 1000 personas y año entre los 65 y 29 años y hasta 70,2 casos entre mayores de 70 años. En relación con la EA, las cifras son de 1,2 y 53,5, respectivamente (Fratiglioni *et al.*, 2000). El estudio Girona (López-Pousa *et al.*, 2004a) detectó una incidencia de 9,8 casos por cada 1000 personas y año.

De estos estudios, se calcula que, de seguir el ritmo de envejecimiento poblacional, la prevalencia y la incidencia de la EA y la mejora experimentada en cuidados paliativos, que han hecho superar la supervivencia de estos enfermos de la media de 8 años que tenían en 1992, pronto se llegará a la cifra de 1.000.000 de casos.

#### **1.1.8.2 Manifestaciones clínicas**

El deterioro de las funciones cognitivas del paciente va surgiendo de una forma más o menos gradual y, si bien se van a ir cumplimentando los tres estadios que la caracterizan, la intensidad de los síntomas no va a seguir un patrón predeterminado; es decir, no todos los síntomas van a aparecer con igual virulencia.

A nivel de los lóbulos frontales cerebrales se sitúan los controles de la concentración intelectual que inhiben los estímulos irrelevantes. La atención selectiva implica un buen funcionamiento de estos controles que, al no producirse en la EA, determinan un deterioro de la atención que comienza por un enlentecimiento intelectual moderado y progresivo en el tiempo.

Entre los síntomas más importantes, cabe señalar:

- *Pérdidas de memoria.* Son las primeras señales del daño cerebral, sin que se deba pensar que todas las personas que sufran pérdidas de memoria padezcan o tengan que llegar a padecer una Enfermedad de Alzheimer; máxime si la persona es de edad superior a los 65 años, en que pueden aparecer las *pérdidas fisiológicas de memoria en el anciano.*

Este síntoma aparece de manera soterrada y el paciente suele padecer “pequeños olvidos” -llaves, objetos de uso habitual, etc.-. No obstante, y aún a pesar de que se tenga presente la posible pérdida fisiológica de la memoria si la persona es de edad avanzada, éste puede ser el primer síntoma de la EA y, sobre todo en menores de sesenta y cinco años, motivo suficiente para acudir al médico al objeto de establecer el posible diagnóstico.

- La *dificultad de encontrar el nombre de los objetos de uso corriente* hace que el paciente emplee frases para definir un objeto -circunloquios-; por ejemplo: *“eso que sirve para cortar”* ., para denominar al cuchillo.
- *Alteración de la lingüística*, tanto hablada como escrita, con diversas manifestaciones: cambio de sílabas en una palabra -zapatro por zapato-; neologismos o invención de nuevas palabras; empleo frecuente de onomatopeyas; empobrecimiento del vocabulario que llega al mutismo total en los estadios más avanzados de la enfermedad.
- *Dejadez en el aseo y vestimenta* en personas previamente limpias y aseadas, a veces en exceso, que alerta a las personas de su entorno más cercano.
- *Dificultad en el manejo del dinero* por alteración de la capacidad de resolución de pequeños problemas matemáticos y por dificultad para el



reconocimiento del valor monetario de un billete o moneda.

- *Desorientación temporo-espacial* de posibles y frecuentes graves consecuencias puesto que pueden perderse en su misma casa o, lo que es más peligroso, en la calle en donde los riesgos van a ser aún mayores.
- *Ilusiones visuales o alucinaciones* que les produce reacciones de agresividad y/o miedo hacia las personas más próximas -cónyuge, hijos, cuidadores, etc.-
- *Aparición de apraxia*, o sea, trastorno motor para determinadas habilidades previamente posibles -vestirse, manejar el pomo de una puerta, etc.-.
- *Agnosia*, es decir, dificultad para interpretar una información sensitiva - sonidos, olores, tacto, etc.-.
- *Amnesia* u olvidos, que comienzan por los hechos más recientes.
- *Alteración conductual y/o trastorno de la personalidad previa*, debido, en parte, a todas las alteraciones antepuestas y, en parte, al deterioro de las áreas cerebrales responsables de los comportamientos sociales del individuo. El paciente se puede hacer agresivo, tanto personal como sexualmente, irritable, antisocial, pierde el control de sí mismo, etc. Son estas las alteraciones que con más frecuencia ponen en alerta a los familiares y constituyen las más frecuentes causas de consulta médica entre los EA.
- *Inversión del sueño*, es decir, duermen durante el día y se muestran activos durante la noche en que manifiestan sus más frecuentes accesos de agresividad e irritabilidad. Esta alteración suele ser la causa más frecuente de la decisión familiar de internamiento del paciente en una institución.

- *Mioclónicas*, sacudidas musculares de corta duración que afectan a grupos musculares y hasta pueden producir dislocación de aquella zona.
- *Alteración del apetito*, que se puede traducir por anorexia o por bulimia.

Sería interminable la lista de síntomas que afectan al paciente de EA. Válganos los anteriormente expuestos para hacernos una idea del dramatismo de esta afección en donde el paciente llega a no reconocer a sus familiares más próximos -cónyuge, hijos, parientes, amigos, etc.- ni el entorno en donde siempre vivió.

De todo lo expuesto acerca de la EA, se puede deducir que las especiales características de la demencia consecutiva a la EA conllevan una serie de alteraciones en la dinámica familiar de indudables repercusiones biopsicosociales para las personas incluidas en el entorno del paciente que, reaccionando en cadena, afectan en gran medida al resto de la sociedad, de ahí que esta patología deba ser considerada *Una Enfermedad Familiar* (Muñoz-Cruzado, 1993) y tratada como *Una Enfermedad Social*.

## **2 JUSTIFICACIÓN**

## 2. Justificación

De lo expuesto en la introducción, se deduce que los individuos que experimentan una alteración de su hábitat inmediato de la magnitud de cuidar a otra persona dependiente en mayor o menor grado, son propensos a sufrir trastornos psicosomáticos.

En función de la demanda de cuidados que requiera el receptor, la capacidad del cuidador para controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias se ve disminuida. Hasta el desarrollo de sus propias actividades básicas de la vida diaria puede verse afectado, lo que conlleva un riesgo para su salud.

Las especiales características de la Enfermedad de Alzheimer implican tal trastorno en la vida de cualquier cuidador familiar que es de suponer que las repercusiones biopsicosocial sean difícilmente superables por cualquier otra patología física o psíquicamente discapacitante.

El presente estudio pretende determinar la afectación psicosomática de los individuos de una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer para comparar los datos obtenidos con los de idénticas características observados en otra muestra de cuidadores de afectos por distintas patologías crónicas discapacitantes de las que se sólo excluye la Enfermedad de Alzheimer.

### **3 HIPÓTESIS**

### **3. Hipótesis**

La enfermedad de Alzheimer del receptor de cuidados supone un factor de riesgo psicosomático añadido para el cuidador familiar de las personas afectas de patologías crónicas discapacitantes.

## **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo general**

Estudio de las enfermedades psicosomáticas en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer.

#### **4.2 Objetivos específicos**

- Estudio de las enfermedades psicosomáticas en una población de cuidadores de enfermos crónicos discapacitados.
- Análisis de las enfermedades psicosomáticas detectadas en una muestra de familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer (cuidadores EA) y en otra de familiares cuidadores de enfermos crónicos de otras patologías discapacitantes (cuidadores No-EA).
- Estudio comparativo de la afectación psicosomática detectada en ambas muestras.



## **5 METODOLOGÍA**

## 5. Metodología

### 5.1 Población objeto de estudio

La población objeto de este estudio estaba compuesta por dos muestras, una de familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer (cuidadores EA) y otra de familiares cuidadores de enfermos de otras patologías crónicas, físicas y/o psíquicas, discapacitantes (cuidadores No-EA).

Para la muestra correspondiente a los cuidadores EA, se recurrió a los afiliados en las Asociaciones de Familiares de Málaga, Antequera, Fuengirola y Vélez-Málaga, a los cuidadores que asisten cada día a llevar a sus familiares a la Unidad de Estancia Diurna de la Excma. Diputación Provincial de Málaga, a los que acuden al Centro de Día de la Cruz Roja y al centro privado ALCE de Málaga, a los afiliados a la Asociación “La Estrella” de Jaén, al Centro Polivalente de Mayores “Santa Isabel”, de Huétor Tajar (Granada), y a los familiares cuidadores domiciliarios de pacientes atendidos por la Unidad Móvil de Fisioterapia del Distrito Sanitario de Almería y por enfermeros y fisioterapeutas de Vélez-Málaga.

Por su parte, la muestra de cuidadores No-EA se consiguió a través de organizaciones de discapacitados de las mismas poblaciones, y por medio de los servicios de enfermería y/o fisioterapia de atención domiciliaria de Jaén, Vélez-Málaga y Almería.

## 5.2 Diseño del estudio

Se realizaron dos tipos de estudio, uno de tipo analítico, transversal, observacional, retrospectivo y comparativo para determinar las características de las muestras en función de las variables estudiadas, y otro de tipo pareado (*matched study*)<sup>9</sup>, con el fin de analizar la influencia de la Enfermedad de Alzheimer en la aparición de enfermedades psicosomáticas en los cuidadores y su relación con el momento de asunción del rol de cuidador.

## 5.3 Selección de las muestras

La inclusión de individuos en ambas muestras fue de un año, comenzando el 1 de febrero de 2006 y finalizando el 30 de enero de 2007.

Los criterios de inclusión fueron:

- Sujetos de ambos sexos que en el momento de ser incluidos en el estudio cuidaran habitualmente como cuidadores principales a pacientes con diagnóstico médico de Alzheimer o de otras patologías físicas y/o psíquicas crónicas discapacitantes.
- Consentimiento informado otorgado por escrito. De conformidad con el art. 10 de la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de los

---

<sup>9</sup> La característica distintiva de las muestras pareadas consiste en que a cada observación en un grupo corresponde otra en el otro grupo, consiguiendo con ello que los miembros de una pareja se parezcan entre sí tanto como sea posible en cuanto a determinadas características; con ello, se anula el efecto de de las variables confusoras, lo que permite el análisis comparativo de las muestras

Derechos y Obligaciones en Materia de Información, a todos los encuestados se les informó debida y comprensivamente acerca del objeto de este estudio y del deber del doctorando acerca de los datos facilitados, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999).

#### **5.4 Recogida de datos**

El estudio se realizó en tres fases consecutivas.

En una primera fase, se confeccionaron los cuestionarios a realizar y se procedió a contactar con las diferentes asociaciones de familiares cuidadores y profesionales colaboradores. Todos los colaboradores fueron personal y convenientemente adiestrados por el doctorando para la recogida de los datos.

En la segunda fase, se procedió a la recogida de los datos. Para ello, resultó providencial la colaboración de un grupo voluntario de alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga matriculados en la asignatura “Fisioterapia en Geriatría” durante el curso académico 2005-2006. Las actuaciones de los colaboradores de este grupo estuvieron siempre supervisadas presencialmente por el doctorando. Al propio tiempo, el resto de profesionales colaboradores de los distintos puntos de la geografía andaluza en los que se realizó el estudio, mantenían una fluida comunicación con el doctorando ante cualquier eventualidad que pudiera surgir.

La entrevista para cumplimiento de las encuestas a los cuidadores, que

requirieron una duración media de 45 minutos, recogió las variables sociodemográficas y clínicas que se muestran en el apartado Anexos.

En la tercera fase, se clasificaron y se analizaron pormenorizadamente los datos obtenidos con el fin de comparar posibles diferencias entre las muestras objeto del estudio.

#### 5.4.1 Encuesta realizada y descripción de las variables

El modelo de cuestionario contempló las siguientes variables:

- *Edad del cuidador*: En años.
- *Sexo*: Varón/mujer.
- *Antigüedad en tareas de cuidados*: En meses.
- *Forma de afrontamiento de la responsabilidad*: Especificando si el cuidador entrevistado asumía la responsabilidad sólo o la compartía con otras personas –profesionales o no-profesionales–, en cuyo caso, había que especificar si la compartía habitualmente –de manera preestablecida– o esporádicamente –sin orden predeterminado–.
- *Parentesco con el paciente*: Aunque en los datos obtenidos en el cuestionario se especificó el parentesco real de cuidador con el receptor de los cuidados, con el fin de facilitar su procesamiento estadístico, se procedió a clasificar el parentesco de los cuidadores en “cercaños” –cónyuge, hijo/a, yerno/nuera y madre/padre– y “lejanos” –sobrino/a, tío/a, nieto/a, vecino/a– y “sin parentesco” –vecinos, amigos, voluntarios–.

- *Nivel educativo*: Esta variable se desglosó en “lee y escribe”, “EGB”, “Formación Profesional” y “Estudios universitarios”.
- *Nivel de información sobre cuidados*: Para el estudio de esta variable, se utilizó una escala analógica visual en la que el cuidador encuestado debía señalar el nivel en que consideraba podía situarse, teniendo en cuenta que la valoración de cero (0) correspondía a aquella situación en que el cuidador tuviera que recurrir a otra persona para que le asesorara en los más mínimos cuidados a prestar al receptor de éstos, mientras que el diez (10) suponía el perfecto conocimiento del cuidador sobre sus tareas de ayuda o suplencia al paciente para realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVDs).
- *Carga del cuidador*: Este concepto, aparecido en la literatura investigadora británica a principios de los años 60 del siglo XX, en que se comenzó a implantar la asistencia psiquiátrica domiciliaria en Gran Bretaña, es clave en el análisis de las repercusiones biopsicosociales de los cuidados en el cuidador.

Fue y sigue siendo muy utilizado en estudios sobre las repercusiones que aparecen en los miembros de la familia que mantienen en su seno a un paciente psiquiátrico. Profusamente usado en investigación gerontológica, constituye un importante factor en la calidad de vida de los cuidadores.

Repasando la literatura especializada, se observa una importante distinción entre la dimensión de la *carga objetiva*, definida como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, frente a la de la *carga subjetiva*, referida a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Asimismo, los estudiosos del tema consideran que el término de carga incluye aspectos muy dispares, como el coste económico del cuidado, la

carga física impuesta por las tareas de cuidados, la reducción del tiempo del cuidador para su propia atención personal, las repercusiones en las relaciones interpersonales, etc.

A partir de la década de los setenta del pasado siglo, han sido muchos y diversos los instrumentos que se han desarrollado para medir la carga del cuidador. En ellos se incluían distintos aspectos, como las conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador.

En la década de los 80, Zarit *et al.*, considerando que la carga del cuidador es la clave del mantenimiento de las personas dementes en la comunidad, elaboraron la conocida *Caregiver Burden Interview* (Entrevista sobre la Carga del Cuidador), que se ha convertido en el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar en gerontología.

Dicha entrevista, aunque responde a un enfoque subjetivo de la carga que debe ser tenido en cuenta en el momento de su interpretación, está considerada como un buen indicador de las repercusiones de los cuidados en el cuidador, siendo en la actualidad mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados.

El modelo original, propuesto por Zarit *et al.* para evaluar la carga subjetiva del cuidador, constaba de 29 ítems. En ellos se contemplaban las áreas de salud física y psicológica, económica y laboral, de relaciones sociales y de relación con el receptor de cuidados. El sumatorio de las respuestas constituía un índice único de carga. Posteriormente, una revisión de los autores redujo el número de apartados a 22, estableciéndose una

puntuación máxima de 84, indicativa de la sobrecarga del cuidador.

Son muchas las experiencia investigadoras que avalan las buenas propiedades psicométricas de este instrumento al correlacionar significativamente sus resultados con los síntomas psicopatológicos del cuidador, con su estado físico y espiritual y con la calidad de relaciones cuidador-receptor de los cuidados, concluyendo con que posee una adecuada fiabilidad y validez por contemplar tres factores subyacentes fundamentales: el impacto del cuidado en el cuidador –sobrecarga– , la calidad de la relación interpersonal cuidador-receptor –rechazo– y expectativas de autoeficacia –competencia– (Martín *et al.*, 1996; Montorio *et al.*, 1998; Farcnik y Persyko, 2002).

- *Grado de dependencia del receptor de los cuidados (Índice de Barthel)*: La medida de esta variable se realizó por medio del Índice de Barthel, desarrollado y propuesto en 1955 por Mahoney y Barthel en el Hospital de crónicos de Maryland para evaluar los progresos en la independencia de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética. El índice de Barthel se ha constituido en un instrumento ampliamente utilizado para valorar el impacto que conllevan los problemas de salud, tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios, por lo que se emplea profusamente en investigaciones biosanitarias y en Salud Pública de todo el mundo.

Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básica de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, correspondiendo su valor máximo de 100 puntos a los sujetos absolutamente independientes en la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria.



Desde su aparición, esta escala ha experimentado varias versiones, sirviendo, además, de estándar para la comparación con otras escalas de valoración. Por su alto grado de fiabilidad y validez, su capacidad de detectar cambios, facilidad de aplicación e interpretación, escasez de molestias, adaptabilidad a cualquier ámbito cultural y sus escasas limitaciones, se recomienda su uso como instrumento de primera elección en la valoración de la capacidad física de los pacientes en la práctica clínica, en la investigación epidemiológica y en Salud Pública (Stone *et al.*, 1994).

- *Edad del receptor de cuidados*: Expresada en años.
- *Diagnóstico*: Especificado el/los diagnóstico/s médico/s del paciente.
- *Grados de depresión y ansiedad*: Para medir estos parámetros, se utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EADG), concebida en un principio para permitir la detección estos dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria (Goldberg, Bridges, Duncan, Grayson, 1988).

Se trata de un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo para estudiar la prevalencia, la gravedad y la evolución de dichos trastornos. La versión castellana, que ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria, tiene una sensibilidad del 83.1%, una especificidad del 81.8% y un valor predictivo positivo del 95.3% (Montón *et al.*, 1993), lo que hizo que se considerara muy adecuada para este estudio.

La administración de estas escalas no substituye a la recogida de la historia clínica. Puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La

probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

La prueba consta de dos subescalas, una para la detección de la ansiedad y otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. Por indicación del Prof. Sánchez Guerrero, director de esta tesis, se procedió a realizar todos los ítems, independientemente de que fueran o no positivas las cuatro primeras preguntas de ambas escalas.

El entrevistador preguntó al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la entrevista, ignorando los síntomas que en el momento de ser encuestado habían dejado de estar presentes o cuya intensidad era leve.

La puntuación se obtuvo únicamente a partir de los ítems de ambas subescalas, a cada uno de cuales se otorgó la misma puntuación.

- *Psicosomatopatías:* Con el fin de detectar las enfermedades psicosomáticas en la población, se utilizó un cuestionario, elaborado al efecto, en el que se incluían las enfermedades psicosomáticas más frecuentes en la literatura médica y psicológica. El referido cuestionario incluyó enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, del aparato locomotor, endocrinas, inmunitarias, del sistema nervioso, psicológicas, dermatológicas y trastornos sexuales y de la mujer.

## **5.4.2 Análisis estadístico**

### **5.4.2.1 Prevalencia de enfermedades psicosomática detectada en los cuidadores de ambas muestras**

Tabulados los datos recogidos en las encuestas, se analizó la prevalencia de las enfermedades psicosomáticas estudiadas en ambas muestras.

### **5.4.2.2 Análisis de las posibles correlaciones entre las variables**

Se estudiaron las posibles relaciones entre las variables edad, antigüedad en tareas de cuidados, carga, grado de depresión, grado de ansiedad del cuidador y grado de dependencia del receptor de los cuidados con respecto a las enfermedades psicosomáticas más frecuentemente encontradas. Para ello, se utilizaron métodos de regresión lineal simple.

### **5.4.2.3 Estudio del impacto del momento de inicio de los cuidados en la aparición de trastornos psicosomáticos en los cuidadores**

Para proceder al análisis comparativo del posible impacto que el momento de inicio de los cuidados pudo tener entre los cuidadores de ambas muestras, se procedió a estudiar si dicho momento supuso la aparición de casos de las diversas patologías estudiadas entre los cuidadores de una y otra muestras, comparando entre sí los resultados obtenidos.

Para ello, se tuvo en cuenta el posible efecto que pudiera tener la información ofrecida por los cuidadores, ya que dependía de su memoria. Se

consideró que el momento de inicio de los cuidados sería el que ellos informaran  $\pm$  12 meses.

Para este análisis se utilizó la técnica de estimación de la función de supervivencia de Kaplan-Meier.

#### **5.4.2.4 Estudio comparativo pormenorizado de las distintas patologías psicosomáticas detectadas en cada una de las muestras**

Como primer paso en este análisis, se procedió a desechar del estudio todas aquellas enfermedades psicosomáticas de inicio previo a la asunción del rol de cuidador por cada uno de los individuos de ambas muestras.

A continuación, se estableció un gran conflicto para confrontar las enfermedades psicosomáticas que presentaban los individuos de la muestra de cuidadores EA con la muestra de No-EA, pues si bien la EA quedaba absolutamente definida, el calificativo No-EA implica muy diversas patologías de los pacientes, lo que dificultaba enormemente la comparación de las muestras.

Por otro lado, en la aparición de los trastornos psicosomáticos existen variables confusoras, como la edad, el sexo, la antigüedad en los cuidados, el grado de responsabilidad que los cuidadores asumían como consecuencia de ser cuidador único o ser asistido de manera habitual o esporádica en sus tareas y la carga percibida por el cuidador, entre otras.

La solución adoptada fue la de realizar un estudio con apareamiento (*matched study*) con el fin de reducir el efecto confusor de las citadas variables. Para ello, se buscó en la muestra de cuidadores EA todos aquellos que

tuvieran su correspondiente pareja en la de No-EA cumpliendo los siguientes criterios: misma edad  $\pm$  9 años, mismo sexo, misma antigüedad en tareas de cuidados  $\pm$ 4 años, misma forma de afrontamiento de la responsabilidad de los cuidados y mismo valor del Índice de Zarit  $\pm$  20 unidades.

Realizados los emparejamientos, se procedió al análisis de los resultados, aplicando para ello la prueba de McNemar.

## **6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 6.1 Descripción de la población

La población, constituida por 167 cuidadores de ambos sexos, 86 correspondientes a la muestra cuidadores EA y 81 a cuidadores No-EA, ofreció las características recogidas en la siguiente tabla y gráficos.

### 6.1.1 Valores de las variables numéricas incluidas en el estudio.

Tabla 8. Valores de las variables numéricas incluidas en el estudio.

Estadísticos		Edad	Antigüedad como cuidador	Nivel de formación en cuidados	Ansiedad detectada (Goldberg)	Depresión detectada (Goldberg)	Índice de Barthel	Índice de Zarit
Media		56	75	7,1	5	4	41	38
Mediana		54	48	7,5	5	4	40	37
Desv. típ.		15	79	2,1	3	3	31	15
Asimetría		0	2	-0,6	0	0	0	0
Curtosis		0	6	0,0	-1	-1	-1	0
Rango		68	455	10,0	9	9	100	75
Mínimo		15	1	0,0	0	0	0	5
Máximo		83	456	10,0	9	9	100	80
Percentiles	25	47	24	5,5	3	2	10	25
	50	54	48	7,5	5	4	40	37
	75	68	108	9,0	7	6	65	48

### 6.1.2 Sexo

Fueron 48 hombres (28,7%) y 119 mujeres (71,3%) los que compusieron la población estudiada.

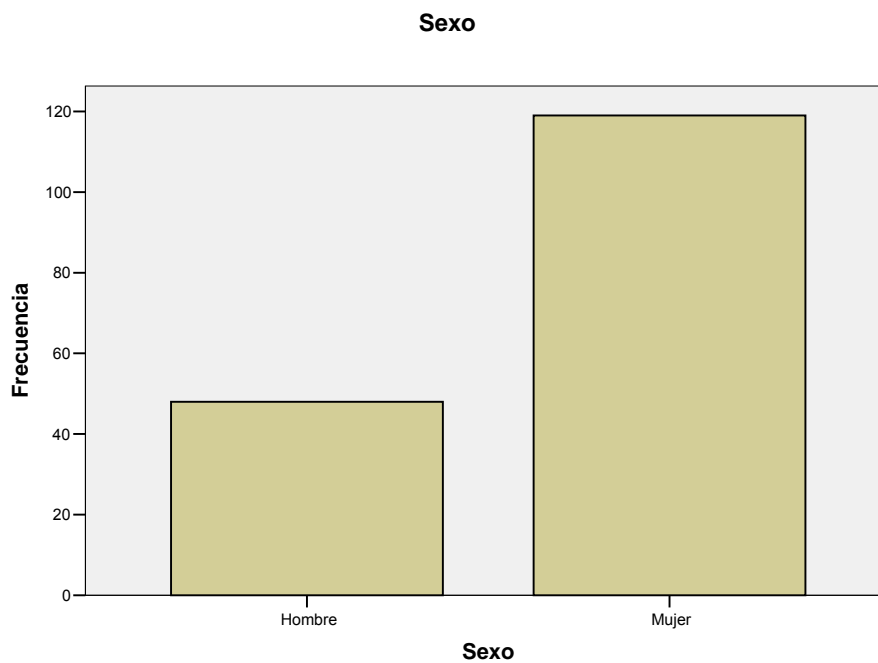


Gráfico 6-1. Distribución de la población por sexo.

Separados por muestras, a la de cuidadores EA correspondieron 27 hombres (31,4%) y 59 mujeres (68,5), mientras que la de No-EA se compuso de 21 hombres (25,9%) y 60 (74,1%) las mujeres; es decir, parece que los



hombres se implican más como cuidadores cuando el receptor de los cuidados es un EA.

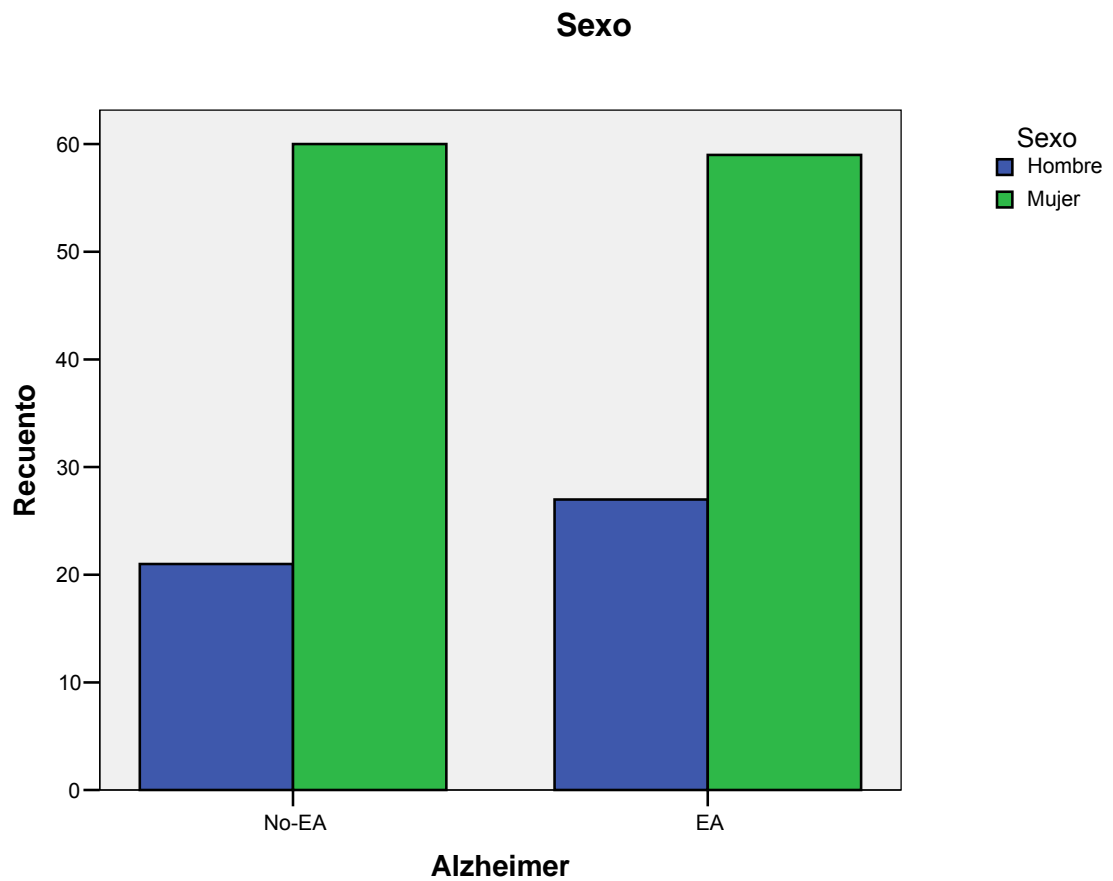
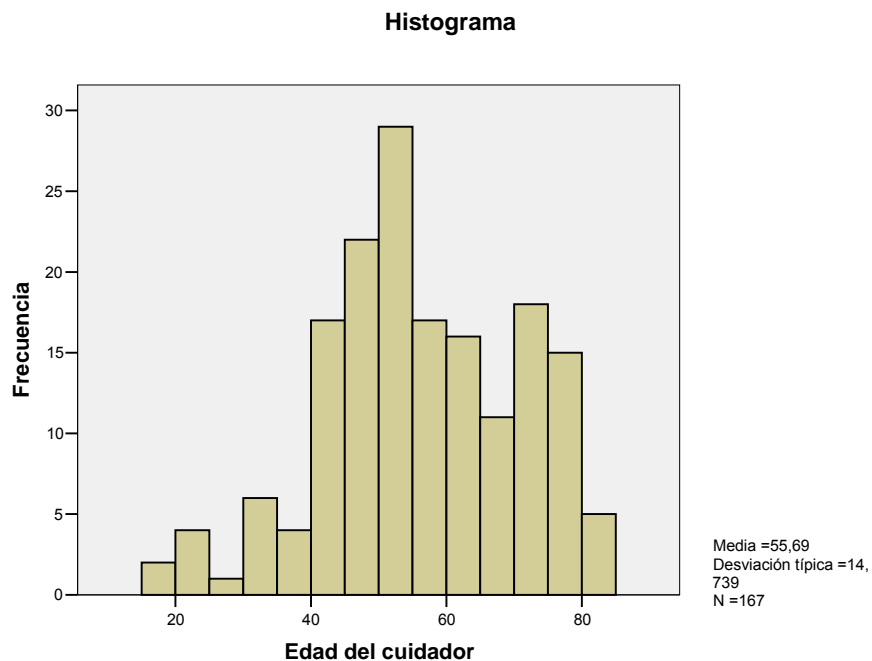


Gráfico 6-2. Distribución de las muestras por sexo.

### 6.1.3 Edad

La edad media de los cuidadores fue de 55,69 años (rango 15-83) y desviación típica 14,7.



*Gráfico 6-3. Edad de los cuidadores*

El histograma muestra una asimetría negativa, debida a la existencia de cuidadores cuyas edades se alejaban de la media por los valores inferiores, aunque la mayoría de ellos se agrupaban en valores de edades próximos a esta medida de centralización.

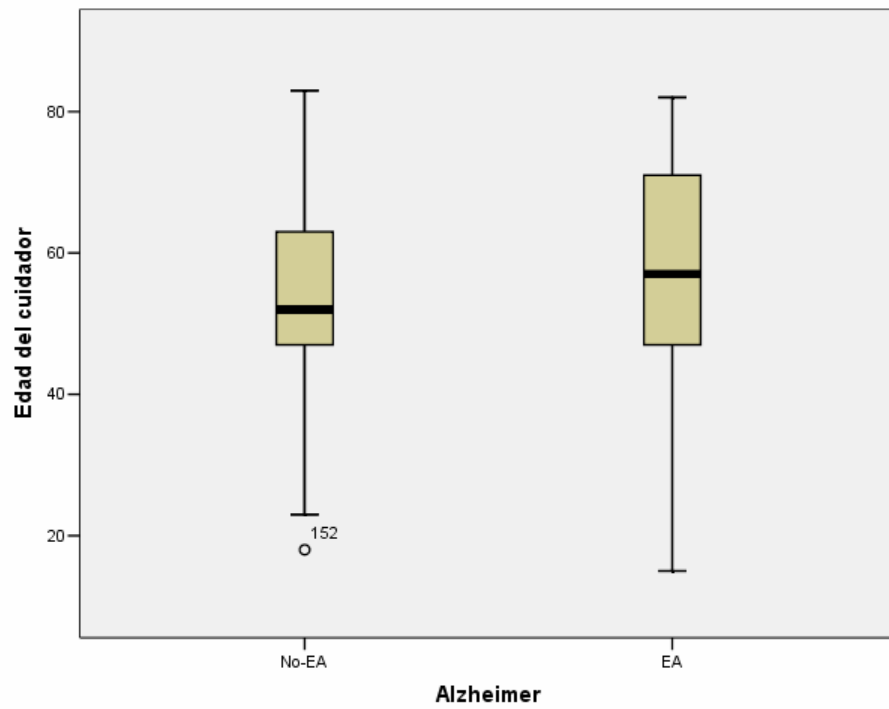
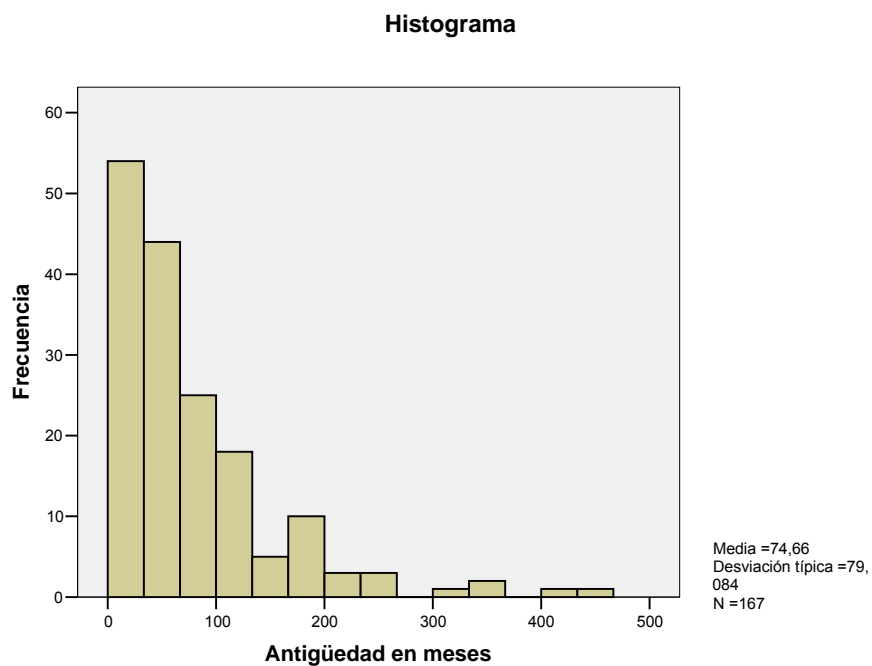


Gráfico 6-4. Edad de los cuidadores de una y otra muestras.

La media de las edades de los cuidadores EA fue ligeramente superior a la de los No-EA.

#### 6.1.4 Antigüedad como cuidador

La antigüedad media de los cuidadores de toda la población fue de 74,66 meses, con una desviación típica de 79,0 (Rango 1-456).



*Gráfico 6-5. Antigüedad de los cuidadores*

La representación gráfica muestra una fuerte asimetría positiva. Obsérvese que aquellos individuos que más se alejan del valor medio, son los que llevan más tiempo como cuidadores.

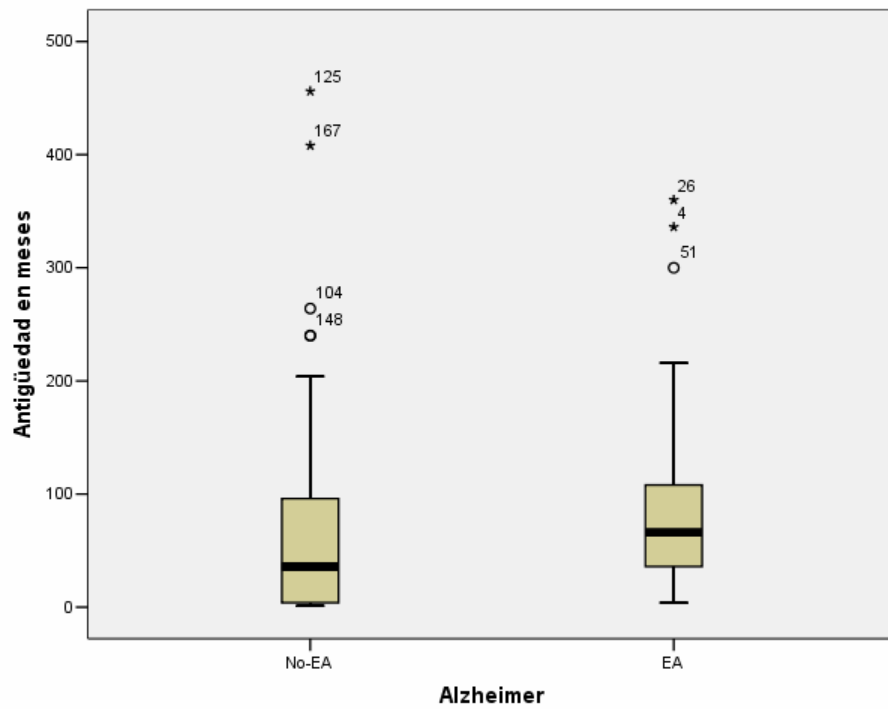
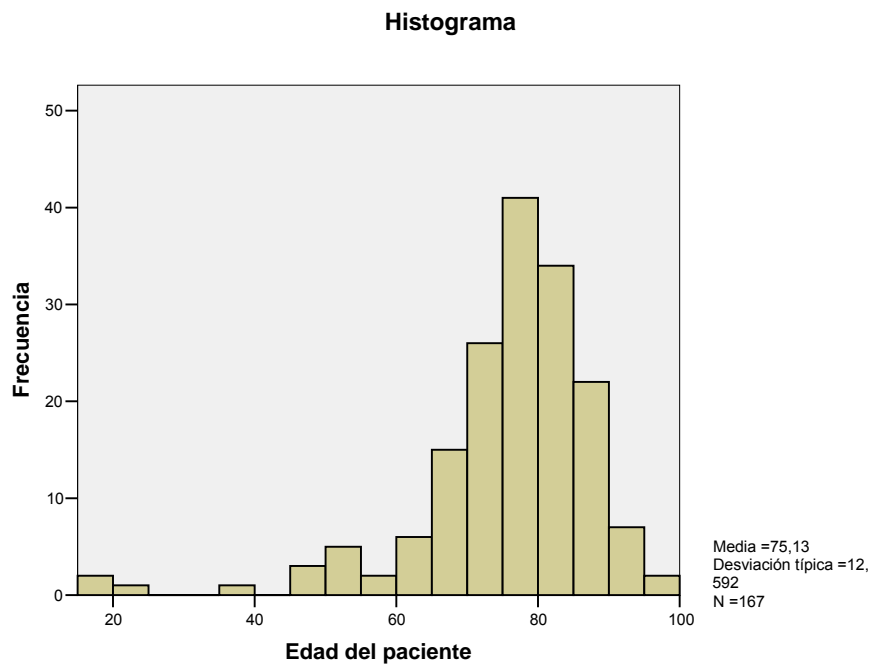


Gráfico 6-6. Antigüedad de los cuidadores de una y otra muestras.

La antigüedad media de los cuidadores EA en las tareas de cuidados fue ligeramente superior a la de los No-EA.

### 6.1.5 Edad de los pacientes

La edad media de los receptores de los cuidados fue de 75,13 años (rango 15-98) y su desviación típica de 12,59.



*Gráfico 6-7. Edad de los pacientes.*

El histograma presenta asimetría negativa. Obsérvese la cola formada por los pacientes más jóvenes.

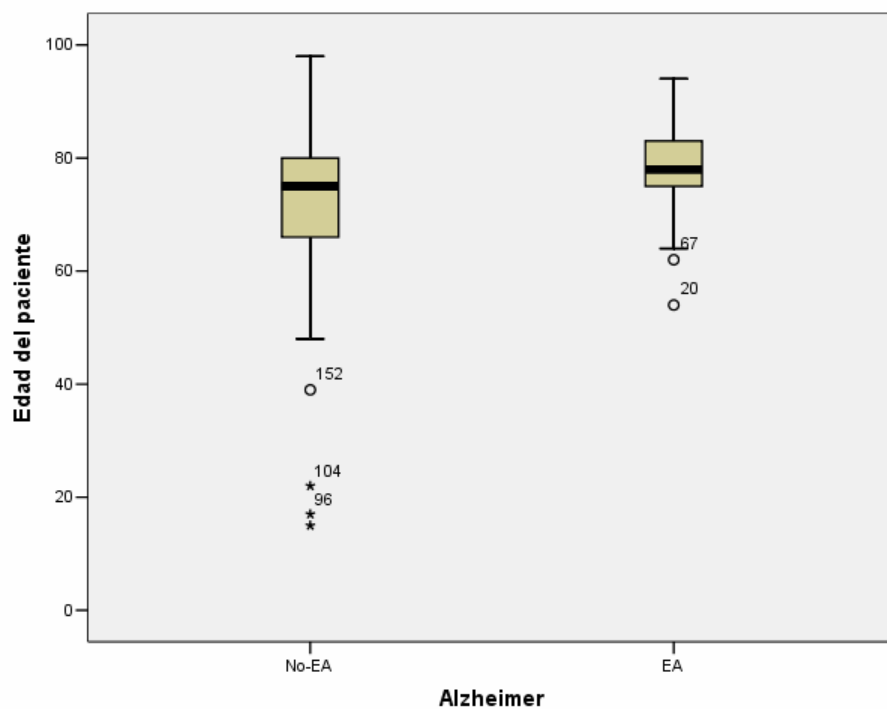
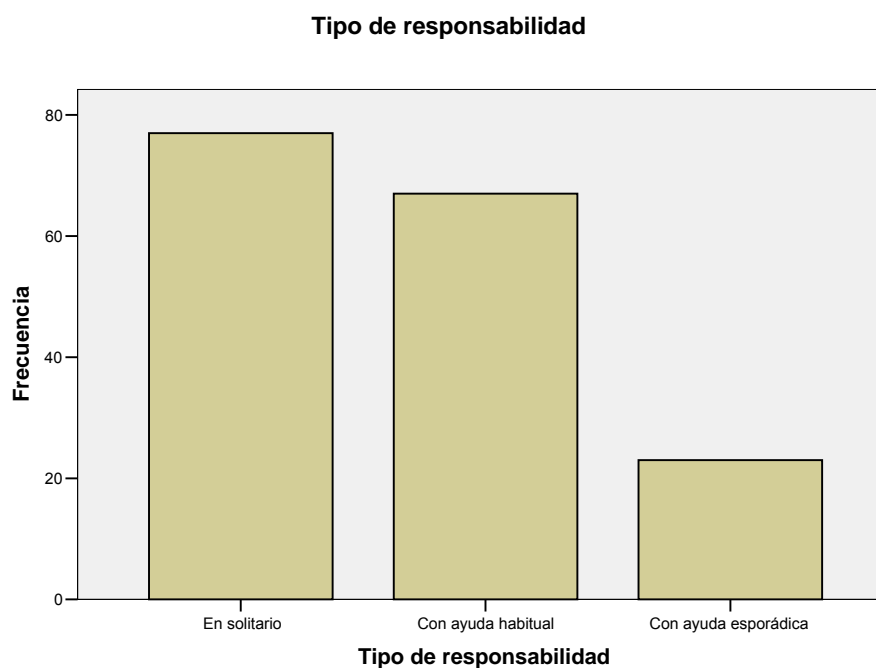


Gráfico 6-8. Edad de los pacientes de una y otra muestras.

Se observa que la edad de los EA era ligeramente superior a las de los No-EA.

### 6.1.6 Forma de asumir la responsabilidad de los cuidados

En cuanto a la manera de asumir la responsabilidad del rol de cuidador, 77 cuidadores (46,1%) lo hacían en solitario, 67 (40,1%) recibían algún tipo de asistencia de forma esporádica y 23 (13,8%) eran habitualmente asistidos en sus tareas de cuidados al paciente.



*Gráfico 6-9. Forma de asumir la responsabilidad de los cuidados.*

Los cuidadores EA asumían la responsabilidad de los cuidados en



solitario en 41 casos (47,7%), 34 con ayuda habitual (39,5%) y 11 (12,8%) con ayuda esporádica. Por su parte, en la muestra de cuidadores No-EA, 36 realizaban sus tareas en solitario (44,4%), 33 (40,7%) con ayuda habitual y 12 con ayuda esporádica (14,8%).

El porcentaje de cuidadores EA que realizaban sus tareas en solitario fue mayor que los de la muestra No-EA.

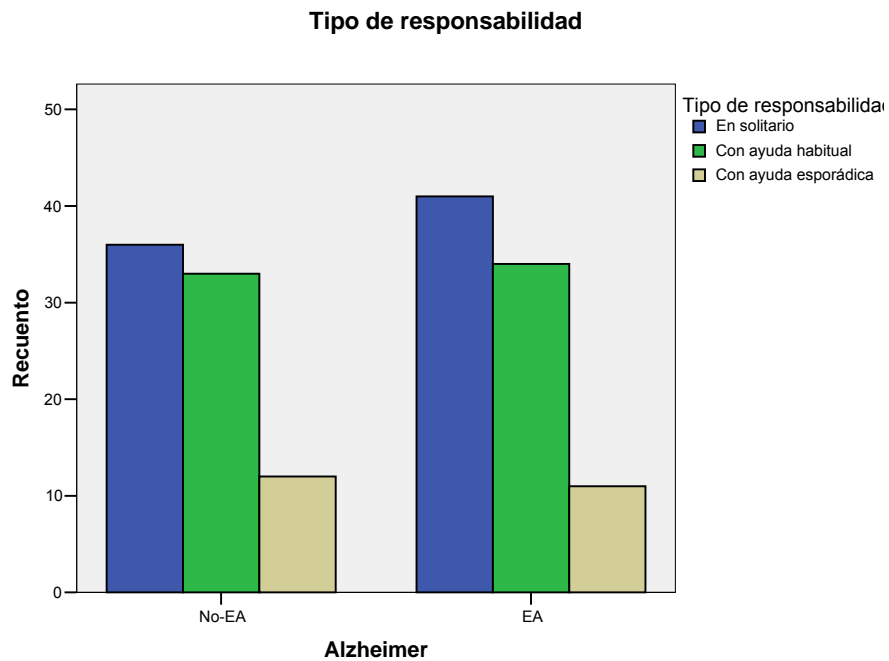
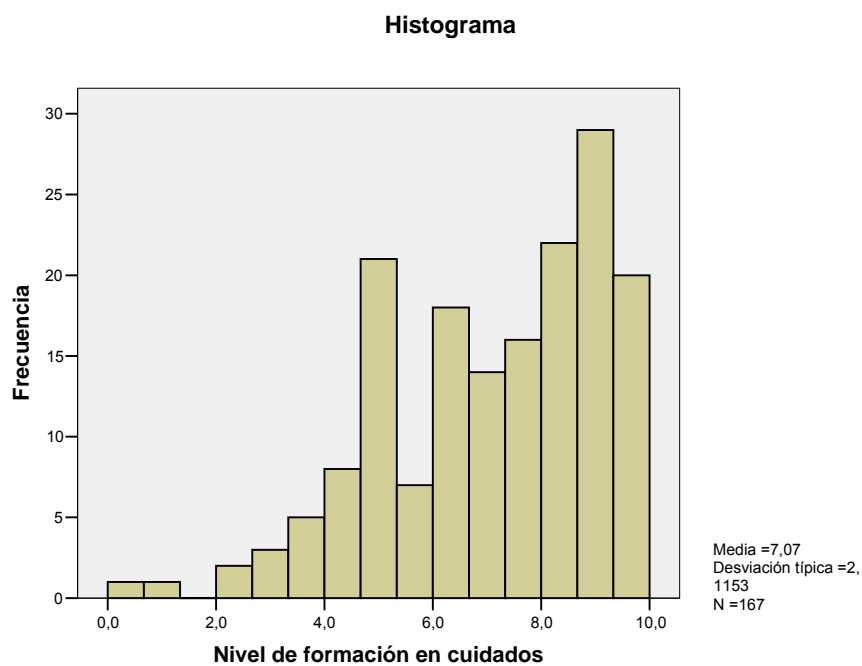


Gráfico 6-10. Forma de asumir la responsabilidad los cuidadores.

### 6.1.7 Nivel de formación en cuidados

El nivel de información sobre cuidados, autoevaluado por los cuidadores por medio de la escala analógica visual, obtuvo un valor medio de 7,07 (Rango 0-10), desviación típica 2,11.



*Gráfico 6-11. Distribución de la población según el nivel de formación en cuidados.*

El histograma presenta una asimetría negativa. Se observa que cuanto mayor es la puntuación, mayor es la frecuencia de individuos que encontramos.

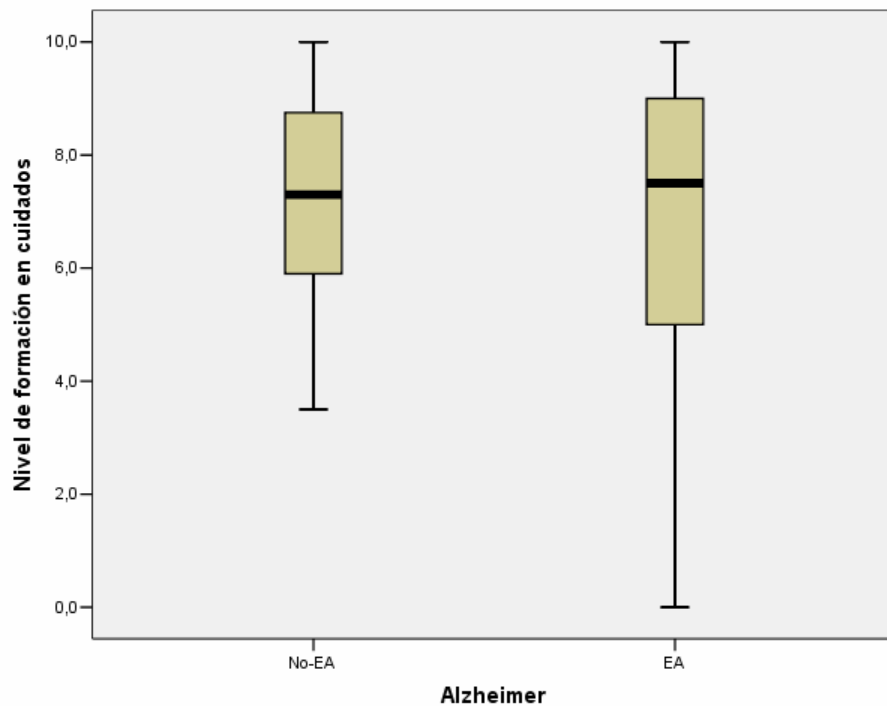
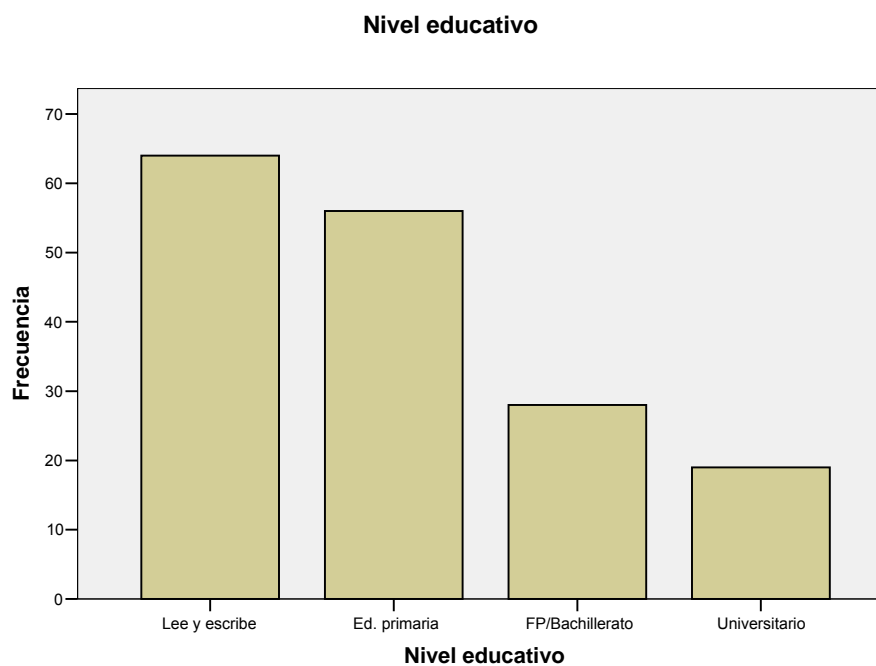


Gráfico 6-12. Formación en cuidados de una y otra muestras.

Se observa que el nivel medio de formación en cuidados fue similar en ambas muestras.

### 6.1.8 Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo, 64 cuidadores sabían leer y escribir (38,3%), 56 tenían estudios básicos (33,5%), 28 habían cursado estudios de Formación Profesional (16,8%) y 19 eran universitarios (11,4%).



*Gráfico 6-13. Distribución de la población según el nivel educativo.*

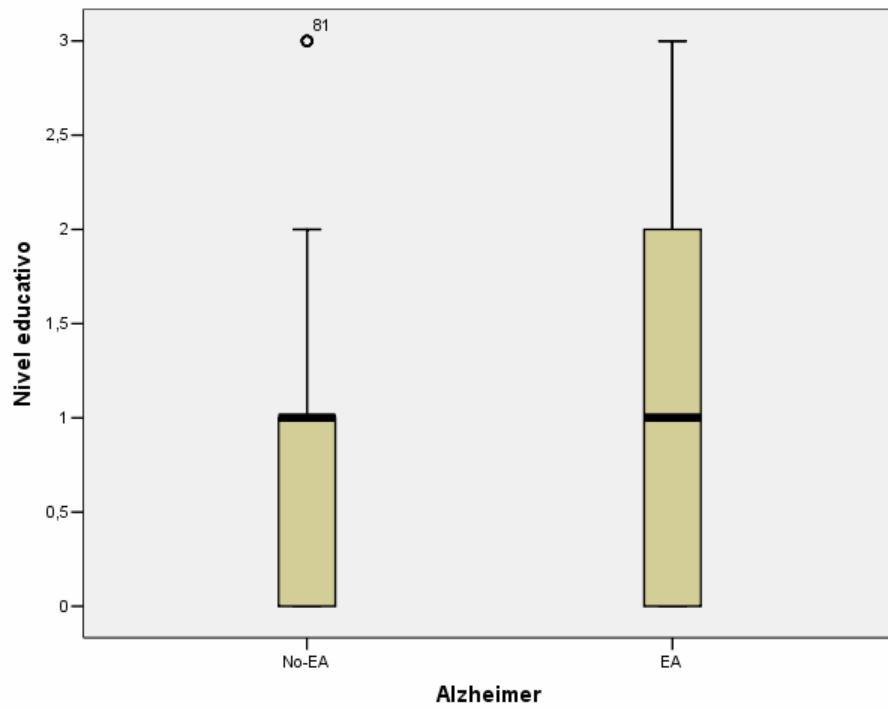
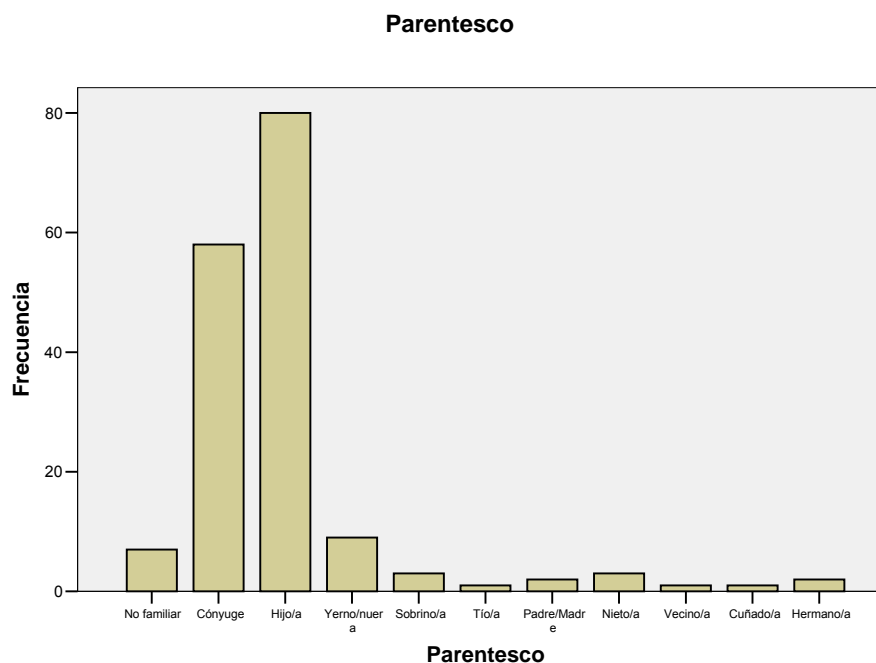


Gráfico 6-14. Nivel educativo de los cuidadores de una y otra muestras.

El nivel educativo medio de ambas muestras fue similar.

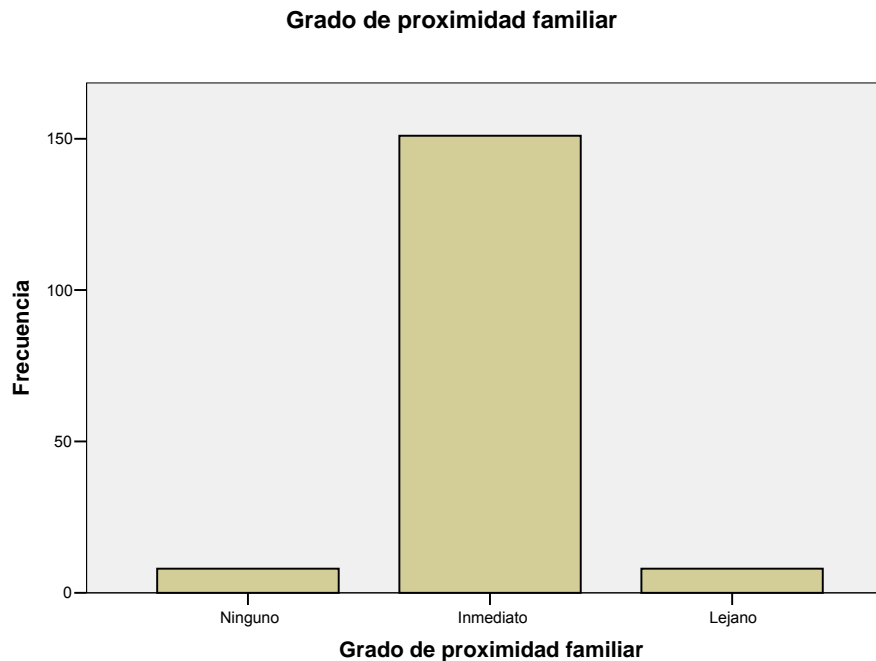
### 6.1.9 Parentesco del cuidador con el paciente y grado de proximidad

El grado de parentesco de los cuidadores con los pacientes fue el siguiente: 58 cuidadores (34,7%) eran los cónyuges, 80 eran hijos (47,9%), 9 eran nueras o yernos (5,4%), 3 eran sobrinos (1,8%), en un solo caso el cuidador era tío del paciente (0,6%), 2 cuidadores eran padre o madre del paciente (1,2%), 3 eran nietas (1,8%), 1 era vecino (0,6%), 2 eran hermanos (1,2%) y 7 no tenían ni siquiera la condición de vecino del paciente (4,2%).

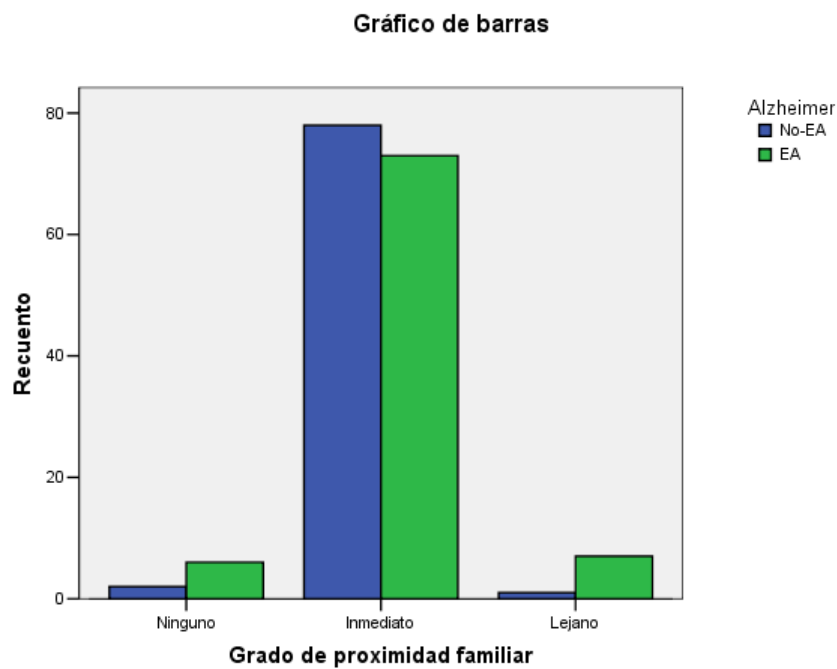


*Gráfico 6-15. Distribución de la población según el parentesco con el paciente.*

Convertido el grado de parentesco a “grado de proximidad” del cuidador con el paciente, según se explica en la metodología, se observó no existir ninguna proximidad en 8 casos (4,8%), proximidad en grado 1 (inmediata) en 151 casos (90,4%) y en grado 2 (lejana) en 8 casos (4,8%).



*Gráfico 6-16. Distribución de la población según el grado de proximidad con el paciente.*



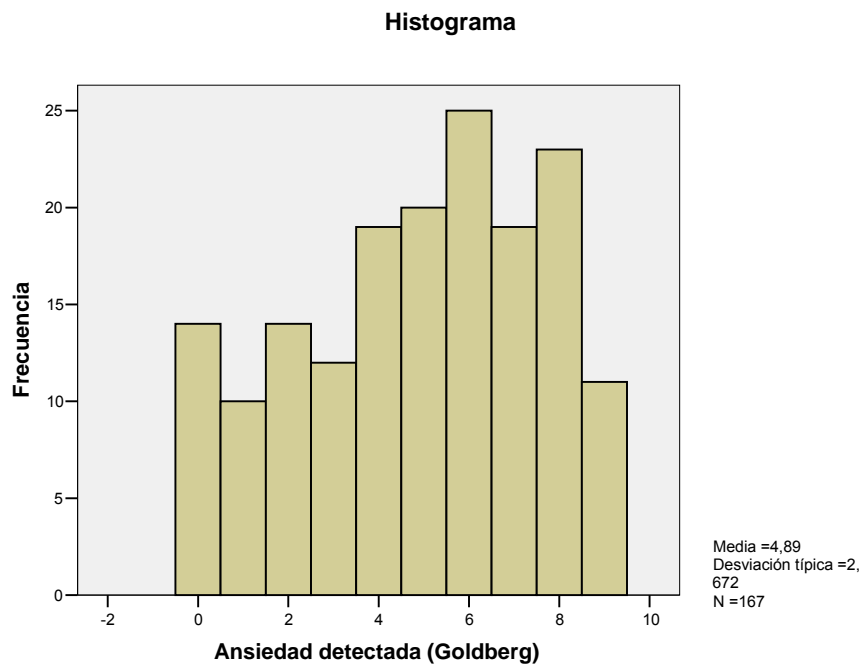
*Gráfico 6-17. Grado de proximidad familiar de una y otra muestras.*

En el Gráfico 6-17 se observa que los EA son cuidados en mayor proporción por familiares lejanos y por personas sin vínculos familiares con ellos que los No-EA, sin embargo, éstos últimos son cuidados en mayor proporción que los EA por familiares inmediatos.



### 6.1.10 Grado de ansiedad detectado

El grado de ansiedad detectado en los cuidadores, según la Escala de Goldberg, tuvo una media de 4,89 (rango 0-9), desviación típica 2,67.



*Gráfico 6-18. Grado de ansiedad detectado en la población.*

En el histograma se puede observar una distribución aproximadamente uniforme en todo el rango.

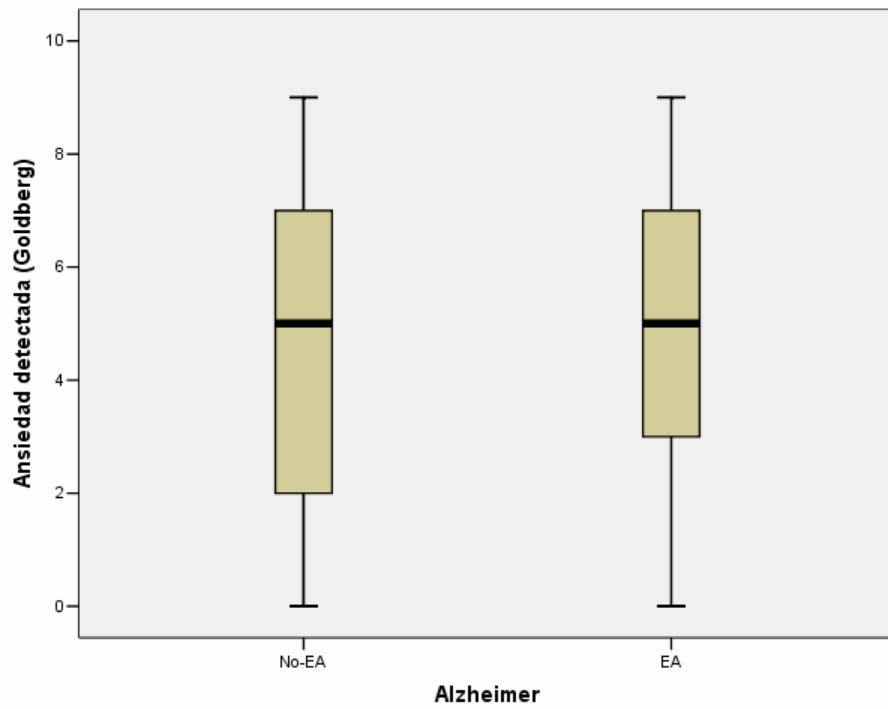
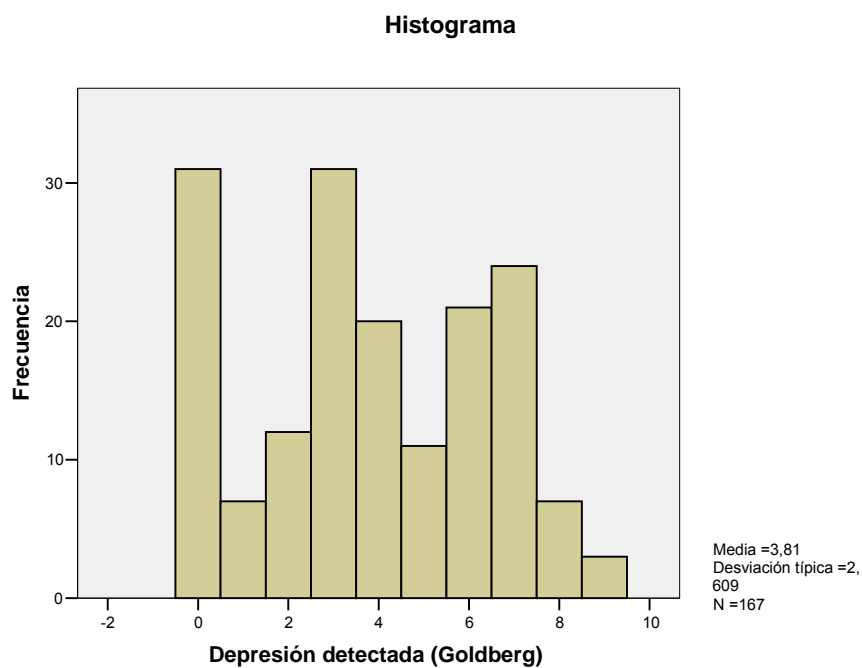


Gráfico 6-19. Grados de ansiedad detectados en una y otra muestras.

Se observa que la media del grado de ansiedad detectado en una y otra muestras fue similar.

### 6.1.11 Grado de depresión detectado

El valor medio del grado de depresión presentado en los cuidadores, según la Escala de Goldberg, ascendió a 3,81 (Rango 0-9) y desviación típica 2,60.



*Gráfico 6-20. Grado de depresión detectado en la población.*

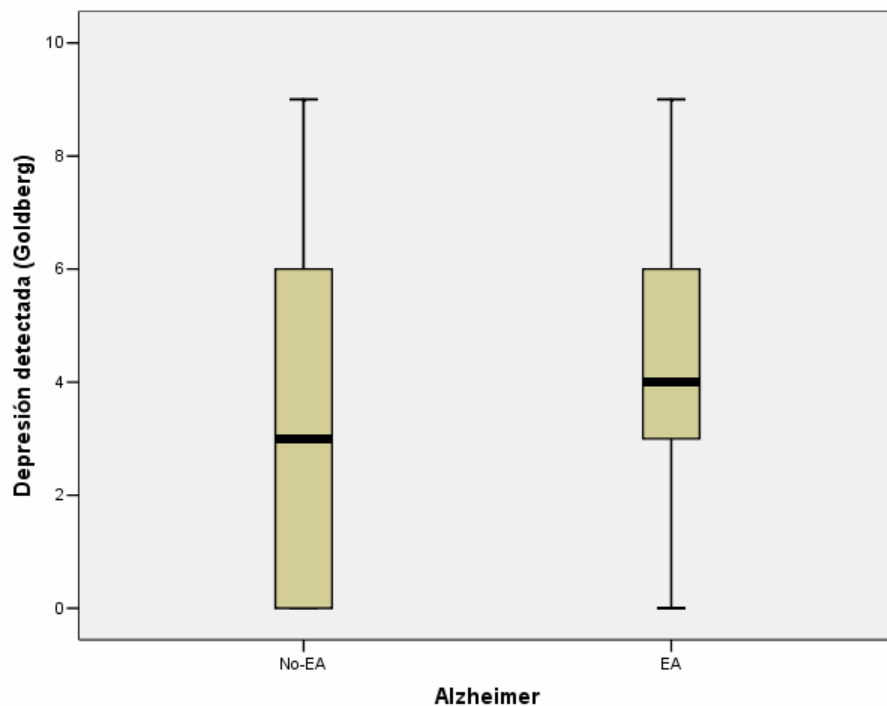
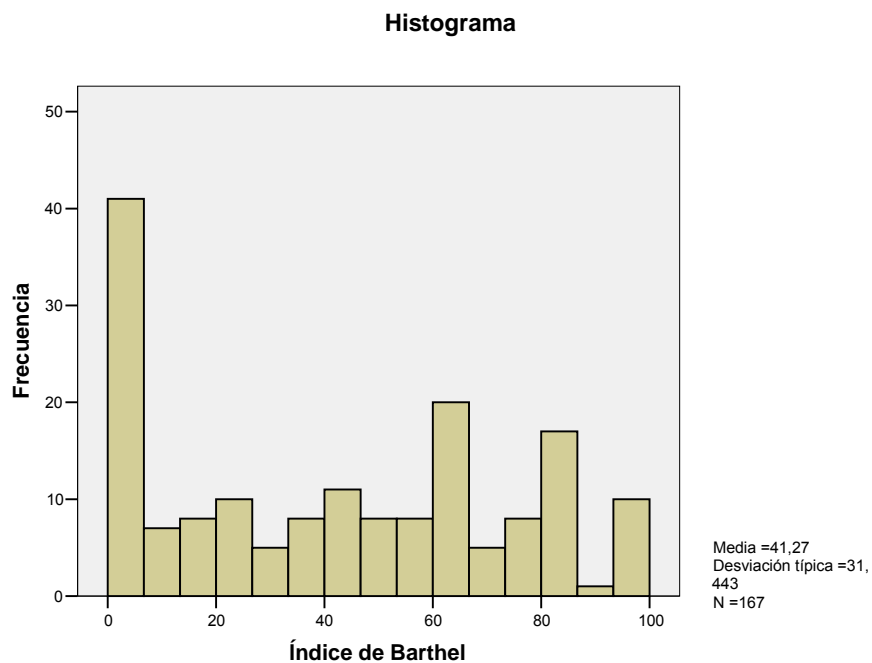


Gráfico 6-21. Grado de depresión detectado en una y otra muestras.

Como se observa en el Gráfico 6-21, la media del grado de depresión detectado con el test de Goldberg fue superior entre los cuidadores EA.

### 6.1.12 Grado de dependencia del paciente para las AVDs

El grado de dependencia medio de los pacientes atendidos por la población de cuidadores, determinado por el Índice de Barthel, fue de 41,27 (rango 0-100), desviación típica 31,44.



*Gráfico 6-22. Grado de dependencia de los pacientes atendidos por la población de cuidadores.*

El histograma muestra una distribución uniforme. Salvo los valores mínimos (0 -1), en los que se encontró mayor densidad, el resto de los valores se encuentran distribuidos uniformemente (Ver Gráfico 6-22).

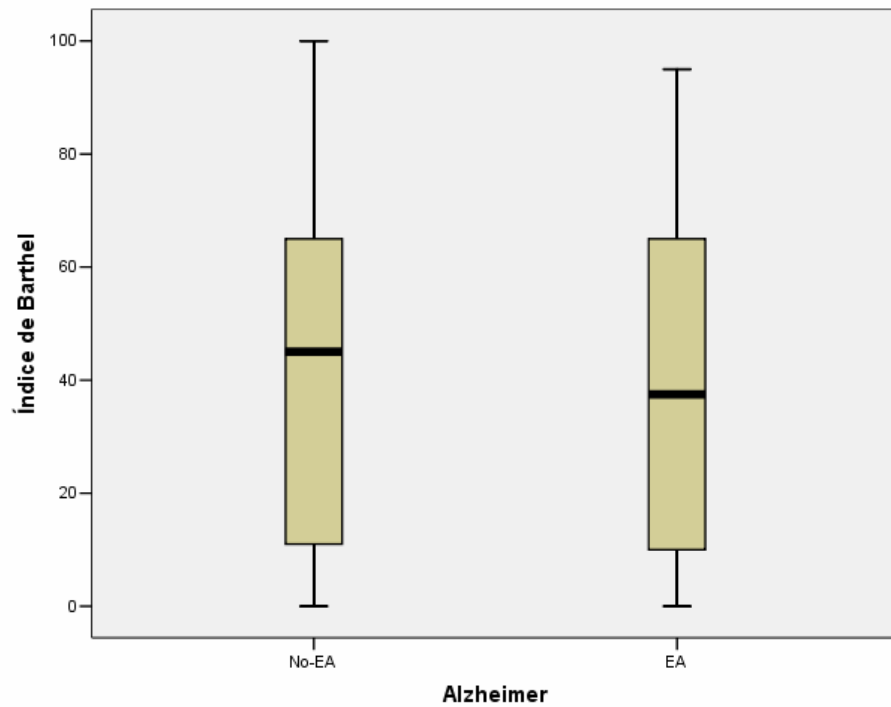
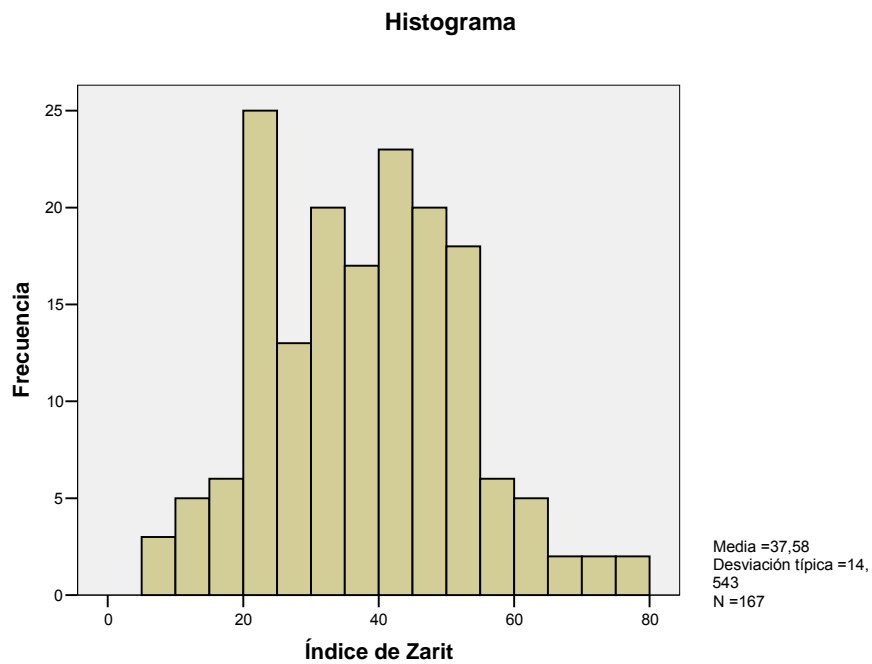


Gráfico 6-23. Grado de dependencia de los pacientes de una y otra muestras.

La media del Índice de Barthel de los cuidadores EA fue algo inferior a la de los No-EA, lo que indica que estos pacientes eran algo menos dependientes para las AVDs que los de la muestra EA.

### 6.1.13 Carga del cuidador (Índice de Zarit)

Determinada por el Índice de Zarit, los cuidadores estudiados tenía un valor medio de carga de 37,58 (Rango 5-80), desviación típica 14,54.



*Gráfico 6-24. Carga de la población*

El Gráfico 6-24 muestra cierta simetría en la distribución del índice de Zarit de la muestra.

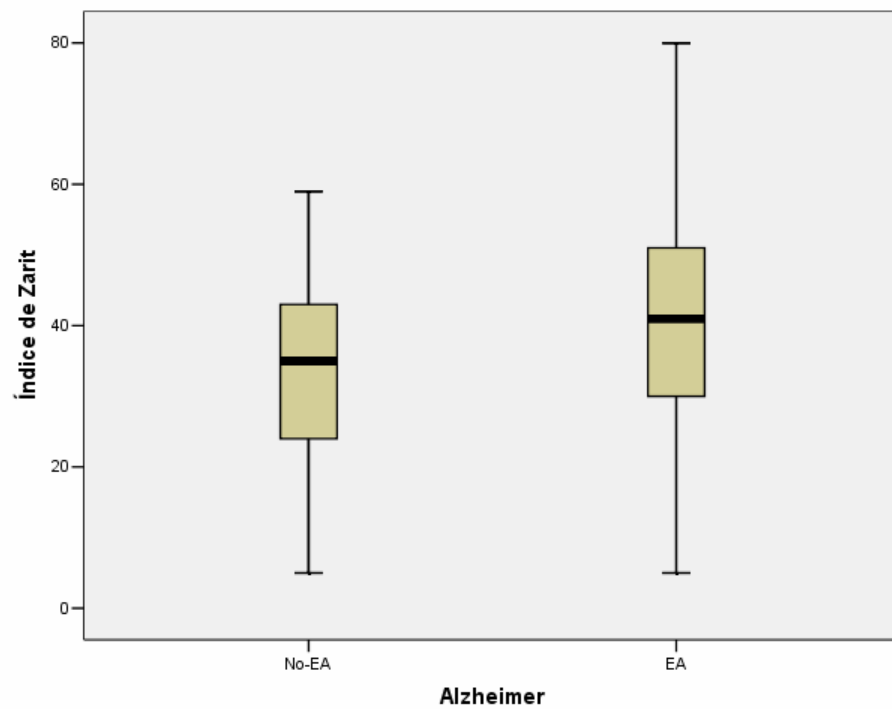


Gráfico 6-25. Carga de los cuidadores de una y otra muestras.

La media de la carga de los cuidadores EA fue superior a la de los NO-EA.



#### **6.1.14 Prevalencia de enfermedades psicosomática detectada en los cuidadores de ambas muestras**

Clasificándolas por aparatos y sistemas, los resultados fueron:

##### **6.1.14.1 Sistema cardiovascular**

45 cuidadores (26,9%) presentaron hipertensión arterial (HTA), 6 habían padecido infarto (3,6%), 5 estaban afectados de insuficiencia coronaria (3,0%), 11 padecían arritmia (6,6%), 29 sufrían taquicardia (17,4%), 13 síndrome vasomotor (7,8%) y 11 cuidadores (6,6%) refirieron padecer otros tipos de enfermedad cardiovascular no recogidos en nuestra encuesta.

La distribución de las distintas patologías en ambas muestras, se muestran en la

Tabla 9, en la que se observa que de los 120 casos de patologías psicosomáticas de tipo cardiovascular, 80 se detectaron entre cuidadores EA (66,6%), mientras que entre los No-EA se manifestaron 40 (33,6%).

Las patologías cardiovasculares más frecuente entre los cuidadores fue la HTA, con 45 casos, seguida de las taquicardias con 29. Ambas fueron más frecuentes entre los cuidadores EA.

Todas las patologías cardiovasculares estudiadas fueron más frecuentes entre los cuidadores EA que entre los No-EA.

Tabla 9. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares detectada en las muestras.

Sistema Cardiovascular						
Enfermedad	Cuidadores EA		Cuidadores No-EA		Total	%
	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%		
HTA	27	31,4	18	22,2	45	26,9
Infarto vascular	5	5,9	1	1,2	6	3,5
Insuf. Coronaria	3	3,5	2	2,5	5	2,9
Arritmia	9	6,3	2	2,5	11	6,6
Taquicardia	21	24,4	8	9,9	29	17,4
Síndrome vasomotor	8	9,3	5	6,2	13	7,7
Otras	7	8,1	4	5,0	11	6,6
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>93,0</b>	<b>40</b>	<b>49,4</b>	<b>120</b>	<b>71,6</b>

#### **6.1.14.2 Sistema respiratorio y trastornos fonológicos**

En el total de la población, 69 cuidadores (41,1%) presentaron alteraciones psicosomáticas respiratorias; 17 eran asmáticos (10,2%), 8 presentaron síndromes de hiperventilación (4,8%), 1 padecía tuberculosis pulmonar (0,6%), 31 suspiros frecuentes (18,6%), 6 alteraciones del lenguaje (3,6%), 5 tartamudez (3%), 20 síndrome de opresión torácica (12%) y 8 refirieron otras patologías respiratorias no contempladas en la encuesta (4,8%).

En la distribución por muestras, que se recoge en la

Tabla 10, se observa que la psicopatología respiratoria más frecuente en la población fue el síndrome de opresión torácica, que se presentó en 20 individuos, 14 de los cuales (70%) eran cuidadores EA. Esta circunstancia puede estar en relación con la tristeza, el miedo y los cuadros clínicos de ansiedad, frecuentes entre cuidadores EA.

Curiosamente, el asma fue más frecuente entre los cuidadores No-EA, lo que puede ser debido a la multicausalidad de esta patología. El resto de las enfermedades respiratorias tuvo mayor prevalencia entre los cuidadores EA.

Tabla 10. Prevalencia de enfermedades respiratorias detectada en las muestras.

Sistema Respiratorio						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Asma	6	6,9	11	13,6	17	10,2
Síndrome de hiperventilación	6	6,9	2	2,5	8	4,8
Tuberculosis	1	1,2	0	0	1	0,6
Alt. Lenguaje	4	4,6	2	2,5	6	3,6
Tartamudez	3	3,5	2	2,5	5	2,9
Síndrome de opresión torácica	14	16,3	6	7,4	20	12,0
Otras	5	5,8	3	3,7	8	4,8

### 6.1.14.3 Sistema digestivo

Como se muestra en la Tabla 11, fueron 9 cuidadores los que en total

presentaron úlcera péptica (5,4%), 18 los que padecían dispepsia gástrica (10,8%), 33 sufrían estreñimiento habitual (19,8%), 13 presentaron diarreas frecuentes (7,8%), 25 hemorroides (15%), 5 referían náuseas habituales (3%), 4 síndromes heméticos frecuentes (2,4%) y 25 otras alteraciones digestivas no contempladas en el cuestionario (15%).

Tabla 11. Prevalencia de enfermedades digestivas detectada en la población.

Sistema Digestivo						
Enfermedad	Cuidadores EA		Cuidadores No-EA		Total	%
	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%		
Úlcera	4	4,6	5	6,2	9	5,4
Dispepsia	13	15,1	5	6,2	18	10,7
Estreñimiento	18	20,9	15	18,5	23	33,8
Diarreas	9	10,5	4	5,0	13	7,8
Hemorroides	14	16,3	11	13,6	25	15,0
Náuseas	2	2,3	3	3,7	5	3,0
Vómitos	2	2,3	2	2,5	4	2,4
Otras	15	17,5	10	12,3	25	15,0

Las hemorroides fueron la enfermedad digestiva más referida por los

cuidadores. De los 25 casos detectados, 14 eran cuidadores EA (56%) y 11 No-EA (44%). Muy de cerca, siguió el estreñimiento con 23 casos, de los que 18 eran cuidadores EA (78,2%) y 9 No-EA (21,8%). La dispepsia gástrica, padecida por 18 cuidadores, se repartió en 13 entre los EA (72,2%) y 5 No-EA (27,8%).

La úlcera gástrica y los cuadros de náuseas fueron más frecuentes entre los cuidadores No-EA.

Con respecto a la úlcera gástrica, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que su aparición sea debida al *Helicobacter pylori*, independientemente del componente psicosomático que pueda entrañar esta enfermedad.

#### **6.1.14.4 Sistema locomotor**

Fueron 80 cuidadores los que refirieron padecer lumbalgias o lumbociatalgias (47,9%), 10 fibromialgia (6%), 17 artritis reumatoide (10,2%), 63 contracturas musculares (37,7%), 25 calambres (15%) y 42 refirieron otras patologías musculoesqueléticas no recogidas en la encuesta (Ver Tabla 12).

La más frecuente psicopatología locomotora detectada entre los cuidadores fueron las lumbalgias y/o ciatalgias, de las que se vieron 80 casos, de los cuales, 45 eran cuidadores EA (56,2%) y 35 No-EA (43,8%). También es de señalar la frecuencia de aparición de contracturas musculares, que en el total de la población sumaron 63 casos, de los que 38 eran cuidadores EA (60%) y 25 No-EA (40%).

Tanto la AR como la FM fueron porcentual y ligeramente más frecuentes entre los cuidadores No-EA.



Tabla 12. Prevalencia de enfermedades del sistema locomotor detectadas en las muestras.

Sistema Locomotor						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Lumbalgia / ciatalgia	45	52,3	35	43,2	80	48,0
Fibromialgia	5	5,8	5	6,2	10	6,0
Artritis reumatoide	7	8,1	10	12,3	17	10,1
Contracturas	38	44,2	25	30,9	63	37,7
Calambres	16	18,6	9	11,1	25	15,0
Otras	28	32,5	14	17,3	42	25,1

#### 6.1.14.5 Sistema endocrino

La diabetes se presentó en 18 cuidadores (10,8%), 4 eran hipertiroideos (2,4%), 6 referían padecer dislipemias (3,4%) y 8 padecían otras endocrinopatías no contempladas específicamente en la encuesta (7,2%).

La distribución de estas patologías en una y otra muestras se refleja en la Tabla 13.

Tabla 13. Prevalencia de enfermedades endocrinas detectadas en las muestras.

Sistema Endocrino						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Diabetes	15	9,9	3	1,7	18	11,6
Hipertiroidismo	4	2,4	0	0	4	2,4
Dislipemias	3	1,7	3	1,7	6	3,4
Otras	8	4,8	4	2,4	12	7,2

La endocrinopatía más detectada entre los cuidadores fue la diabetes con 18 casos, de los que 15 eran cuidadores EA (83,3%) y 3 No-EA (7,7%).

#### 6.1.14.6 Sistema inmunitario

En total, 10 cuidadores refirieron padecer frecuentes infecciones (6%), 23 alergias (13,8%) y 2 presentaban otros trastornos inmunológicos no contemplados en la encuesta (1,2%).

*Tabla 14. Prevalencia de enfermedades del sistema inmunitario detectadas en las muestras.*

Sistema Inmunitario						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Infecciones	7	8,1	3	3,7	10	6,0
Alergias	13	15,1	10	12,3	23	13,7
Otras	8	9,3	1	1,2	9	5,4

En la Tabla 14 se observa que las alergias fueron las patologías inmunitarias más referidas por los cuidadores de entre las incluidas en el estudio, ascendiendo a 23 los casos detectados. De ellas, de ellas 13 eran cuidadores EA (56,5%) y 10 cuidadores No-EA (43,5%).

**6.1.14.7 VI.2.a.7. Sistema nervioso**

Fueron 49 cuidadores los que decían soportar cefalea (29,3%), 15 de jaquecas (9%), 11 de migrañas (6,6%), 52 refirieron sufrir depresión (31,1%) y 64 padecer ansiedad (38,3%), mientras que 5 (3%) refirieron otras alteraciones nerviosas no recogidas en la encuesta (Ver Tabla 15).

*Tabla 15. Prevalencia de enfermedades del sistema nervioso detectada en las muestras.*

<b>Sistema Nervioso y Trastornos psicopatológicos</b>						
<b>Enfermedad</b>	<b>Cuidadores EA</b>	<b>%</b>	<b>Cuidadores No-EA</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Cefalea</b>	<b>31</b>	<b>36,0</b>	<b>18</b>	<b>22,2</b>	<b>49</b>	<b>29,3</b>
<b>Jaqueca</b>	<b>9</b>	<b>10,5</b>	<b>6</b>	<b>7,4</b>	<b>15</b>	<b>8,9</b>
<b>Migraña</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>8</b>	<b>9,9</b>	<b>11</b>	<b>6,5</b>
<b>Depresión</b>	<b>36</b>	<b>41,9</b>	<b>16</b>	<b>19,8</b>	<b>52</b>	<b>31,1</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>42</b>	<b>48,9</b>	<b>22</b>	<b>27,1</b>	<b>64</b>	<b>38,3</b>
<b>Otras</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>5</b>	<b>2,9</b>

En este apartado fueron varias las enfermedades que alcanzaron valores altos en la tabla de frecuencias, destacándose sobre todas la ansiedad,

referida por 64 cuidadores, de los que 42 eran EA (48,9%) y 22 No-EA (27,1%). Los pacientes que refirieron estar deprimidos fueron 52, de ellos, 36 EA (41,9%) y 16 No-EA (19,8%). Fueron 49 los cuidadores que padecían cefalea, de ellos, 31 eran EA (36,0%) y 18 No-EA (22,2%).

#### **6.1.14.8 Sistema dérmico**

Como se ve en la Tabla 16, fueron en total, 3 cuidadores los que padecían psoriasis (1,8%), 11 eczemas (6,6%), 3 acné (1,8%), 23 alopecia (13,8%), 6 prurito (3,6%), 11 hiperhidrosis (6,6%), 8 alergias cutáneas (4,8%) y 5 cuidadores refirieron otras patologías cutáneas no contempladas en las encuestas (3%).

Entre las enfermedades dermatológicas aparecidas en la población, la alopecia fue la más frecuente, con 23 casos, de los que 13 eran cuidadores EA (56,5%) y 10 No-EA (43,5%).

También se destaca mayor presentación de hiperhidrosis entre los cuidadores EA, 7 de los 11 casos aparecidos en la población (63,6%), que en la muestra de cuidadores No-EA, con 4 casos (36,3% del total).

Tabla 16. Prevalencia de enfermedades del sistema dermocutáneo detectada en la población.

Sistema Dérmico						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Psoriasis	3	3,5	0	0,0	3	1,7
Eccema	6	7,0	5	6,2	11	6,4
Acné	2	2,3	1	1,2	3	1,8
Alopecia	13	15,1	10	12,3	23	13,7
Prurito	4	4,6	2	2,5	6	3,6
Hiperhidrosis	7	8,1	4	5	11	6,6
Alergia cutánea	4	4,6	4	5	8	4,8
Otras	4	4,6	1	1,2	5	3

### 6.1.14.9 Trastornos ginecológicos y sexuales

En este apartado, fueron 17 cuidadoras las que refirieron padecer vaginismo (10,2%), 12 trastornos menstruales (7,2%), 9 aquejaban algún tipo de disfunción sexual (5,4%) y 16 refirieron otras enfermedades uroginecológicas no contempladas en la encuesta (9,6%). Ver Tabla 17.

Tabla 17. Prevalencia de trastornos sexuales y de la mujer detectada en las muestras.

Trastornos de la mujer y sexuales						
Enfermedad	Cuidadores EA	%	Cuidadores No-EA	%	Total	%
Vaginismo	13	15,1	4	2,4	17	10,2
Trastorno menstrual	5	5,8	7	4,2	12	7,2
Disfunción sexual	5	5,8	4	2,4	9	5,4
Otras	8	9,3	8	4,8	9,9	9,6

El vaginismo fue el trastorno psicosomático más padecido por las mujeres cuidadoras con 17 casos, que se repartieron en 13 cuidadoras EA (76,5%) y 4 No-EA (23,5%).



Sin embargo, del total de 12 mujeres que presentaron trastorno menstrual, 5 eran cuidadoras EA (41,6%) y 7 No-EA (58,4%).

## **6.2 Análisis comparativo de las enfermedades psicosomáticas aparecidas durante la fase de cuidador en los individuos de ambas muestras**

Como se indicó en la metodología, el objetivo de este análisis consistió en analizar el porcentaje de casos de cuidadores que desarrollaron cada enfermedad psicosomática tras la asunción del rol de cuidador.

Considerando que algunas de las enfermedades pudieron ser debidas a causas ajenas del hecho de ser cuidador, se procedido a analizar aquéllas cuya aparición hubiera sucedido cuando el cuidador ya había asumido su rol de cuidados, con independencia de ulteriores tratamientos estadísticos más concluyentes.

El procedimiento seguido para este análisis consistió en:

1. Identificar a aquellos individuos que no padecieran la enfermedad.
2. Identificar a los individuos que desarrollaron la enfermedad tras asumir su rol de cuidador, con lo que se excluyeron a todos los que hubieran presentado la enfermedad con anterioridad a ser cuidadores.

### **6.2.1 Sistema Cardiovascular**

En total, 17 cuidadores desarrollaron hipertensión arterial (HTA) tras comenzar su rol de cuidador, lo que supone el 37,7% de todos los casos de HTA detectados; 6 presentaron infarto vascular, o sea, el 100% de todos los así diagnosticados; 4 comenzaron a aquejar insuficiencia coronaria, lo que supone

el 80% de todos los afectados de esta patología; 7 presentaron arritmia, el 63,6% del total de arritmias detectadas; 22 habían comenzado a padecer taquicardia, lo que significa que el 75,8% de las taquicardias detectadas debutaron tras asumir el rol del cuidador; 7 síndrome vasomotor, el 63,6% del total de las arritmias, y 22 cuidadores refirieron padecer otras enfermedades de este sistema no recogido en nuestra encuesta, lo que supone el 75,8% de las 29 “otras patologías cardiovasculares”.

Tabla 18. Enfermedades cardiovasculares aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Cardiovascular						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
HTA	45	17	12	13,9	5	6,1
Infarto	6	6	6	7,0	0	0,0
Insuf. coronaria	5	4	2	2,3	2	2,5
Arritmia	11	7	6	7,0	1	1,2
Taquicardia	29	22	18	21,0	4	5,0
Síndrome vasomotor	12	7	4	4,6	3	3,7
Otras cardiopatías	6	6	4	4,6	2	2,5

Es de señalar la mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares aparecidas durante la fase de cuidador en la muestra de cuidadores EA, destacándose la taquicardia como la mas diferenciante de ellas, que se inicio en el 21,0% de los cuidadores EA tras iniciar sus tareas de cuidados, frente al 4,0) de los cuidadores No-EA.

### **6.2.2 Sistema Respiratorio y Trastornos Fonológicos**

De los 17 cuidadores que habían sido diagnosticados como asmáticos, 3 (17,64%) debutaron con esta enfermedad tras asumir su rol de cuidador; al igual que los 8 cuidadores que presentaron síndromes de hiperventilación habían comenzado tras iniciar su papel de cuidador (100%), 4 de los 6 que aquejaban alteraciones del lenguaje (66,6%), 3 de los 5 con tartamudez (60%), 12 de los 20 con síndrome de opresión torácica (60%) y 3 de los 8 que refirieron otras patologías respiratorias no contempladas en la encuesta (37,5%).

En la Tabla 19 se observa que, salvo el asma, de todas las enfermedades respiratorias estudiadas apareció mayor número de casos entre los cuidadores EA que entre los No-EA tras comenzar su rol de cuidador.

Tabla 19. Enfermedades del sistema respiratorio aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Respiratorio y Trastornos Fonológicos						
Enfermedad	Detectados	Casos				
		Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Asma	17	3	1	1,2	2	2,5
Síndrome de hiperventilación	8	8	6	7,0	2	2,5
Alteración del lenguaje	6	4	3	3,4	1	1,2
Tartamudez	5	3	2	2,3	1	1,2
Síndrome de opresión torácica	20	12	9	10,5	3	3,7
Otras	8	3	0	0,0	3	3,7

### 6.2.3 Sistema Digestivo

De los 9 cuidadores que en total presentaron úlcera péptica, 3 lo hicieron tras iniciar su rol de cuidador (33,3%), al igual que 12 de los 18 que padecían dispepsia gástrica (66,6%), 11 del total de 33 que sufrían estreñimiento habitual

(33,3%), 6 de los 13 que refirieron padecer diarreas frecuentes (46,1%), 13 de los 25 que aquejaban hemorroides (52%), la totalidad de los 5 que referían náuseas habituales (100%), 3 de los 4 con síndromes heméticos frecuentes (75%) y 14 del total de las 25 alteraciones digestivas que refirieron padecer los cuidadores y que, por no estar contempladas en el cuestionario, denominamos otras (56%).

Tabla 20. Enfermedades digestivas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Digestivo						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Úlcera péptica	9	3	1	1,2	2	2,5
Dispepsia gástrica	12	12	7	8,1	5	6,2
Estreñimiento	33	11	8	9,3	3	3,7
Diarreas	13	6	5	5,8	1	1,2
Hemorroides	25	13	8	9,3	5	6,1
Náuseas	5	5	2	2,3	3	3,7
Vómitos	4	3	1	1,2	2	2,5
Otras	25	14	6	7,0	8	9,9

Se observa en la Tabla 20 que, salvo la úlcera gástrica, todas las

enfermedades digestivas aparecen en la muestra de cuidadores EA en mayor proporción durante la fase de cuidador.

#### **6.2.4 Sistema Locomotor**

De los 80 cuidadores que refirieron padecer lumbalgias o lumbociatalgias, 53 (66,25%) comenzaron a sufrir esta patología tras iniciarse en sus tareas de cuidados, al igual que 2 de los 10 diagnosticados de fibromialgia (2%), 8 de los 17 con artritis reumatoide (47%), 52 de los 63 aquejados de frecuentes contracturas musculares (82,5%), 22 de los 25 que referían padecer frecuentes calambres musculares (88%) y 25 de los 42 (59,5%) que indicaron padecer otras patologías musculoesqueléticas no recogidas en la encuesta.

Como se muestra en la Tabla 21, el 35% de los cuidadores EA desarrollaron lumbalgias tras comenzar sus tareas de cuidados, frente al 23% de los No-EA. Asimismo, se destacan las contracturas musculares, surgidas en el 37,2% de los EA y en el 24,7% de No-EA y los calambres musculares, de los que en esta fase de cuidador se presentaron en el 16,3% de los EA y el 9,9% de los No-EA .

Tabla 21. Enfermedades del sistema locomotor aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Locomotor						
Enfermedad	Detectados	Casos				
		Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Lumbalgias/lumbociatalgias	80	53	30	35,0	23	28,4
Fibromialgia	10	2	1	1,2	1	1,2
Artritis reumatoide	17	8	3	3,5	5	6,2
Contracturas musculares	63	52	32	37,2	20	24,7
Calambres musculares	25	22	14	16,3	8	9,9
Otras	42	25	21	24,4	4	4,9

### 6.2.5 Sistema endocrino

De los 18 cuidadores diabéticos, 10 (55,5%) comenzaron a serlo tras iniciarse como cuidador, así como 2 de los 4 hipertiroideos (50%), 2 de los 6 que referían padecer trastornos endocrinos (33,3%) y 10 de los 12 (83,3%) que aquejaban otras patologías endocrinas no contempladas específicamente en el cuestionario (Ver Tabla 22).



Tabla 22. Enfermedades endocrinas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Endocrino						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Diabetes	18	10	8	9,3	2	2,5
Hipertiroidismo	4	2	2	2,3	0	0,0
Trastorno endocrino	6	2	2	2,3	0	0,0
Otras	12	10	7	8,1	3	3,5

Se observa que tras asumir el rol de cuidador, todas las enfermedades endocrinas estudiadas surgieron con mayor frecuencia entre los cuidadores EA que entre los No-EA, destacándose entre ellas la diabetes, aparecida en el 9,3% de todos los cuidadores EA, frente al 2,5% de todos los No-EA.

### 6.2.6 Sistema inmunitario

De los 10 cuidadores que refirieron padecer frecuentes infecciones, 5 iniciaron esta alteración inmunológica tras ser cuidadores (50%), al igual que 7 de los 23 que referían padecer alergias (30,4%). Los 2 que informaron presentar otros trastornos inmunológicos no contemplados en la encuesta, refirieron padecerlos con anterioridad a ser cuidadores.

Tabla 23. Enfermedades inmunitarias aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Inmunitario						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Infecciones frecuentes	10	5	2	2,3	3	3,7
Hipertiroidismo	23	7	4	4,6	3	3,7
Otras	2	0	0	0,0	0	0,0

Como se contempla en la Tabla 23, no se encuentran grandes diferencias porcentuales entre ambas muestras con respecto a las enfermedades psicosomáticas del sistema inmunitario surgidas tras el comienzo de los cuidados.

### 6.2.7 Sistema nervioso

De los 49 cuidadores que padecían de cefalea, 34 (69,3%) referían haber comenzado a sufrirla tras su inicio como cuidadores, al igual que 10 de los 15 que refirieron padecer de jaquecas (66,6%), 7 de los 11 afectados de migrañas (63,6%), 36 de los 52 que refirieron padecer depresión (69,2%), 44

de los 64 que aquejaban ansiedad (68,7%) y 4 de los 5 que refirieron otras alteraciones nerviosas no recogidas en la encuesta (80%).

Tabla 24. Enfermedades del sistema nervioso y trastornos psicopatológicos aparecidos tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Nervioso y Trastornos Fonológicos						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Cefaleas	49	34	26	30,0	8	9,9
Jaquecas	15	10	7	8,1	3	3,7
Migrañas	11	7	3	3,5	4	4,9
Depresión percibida	52	36	25	29,0	11	13,6
Ansiedad percibida	64	44	32	37,2	12	14,8
Otras	5	4	2	2,3	2	2,5

En este apartado se observan grandes diferencias entre las dos muestras, siendo mas frecuente la aparición de enfermedades psicosomáticas relacionadas con el sistema nervioso tras comenzar a ser cuidadores entre los cuidadores EA.

Destacan por su significación estadística, la cefalea ( $p= 0,002$ ), la depresión ( $p= 0,001$ ) y la ansiedad ( $p= 0,001$ ).

### 6.2.8 Sistema Dermocutáneo

De los 3 cuidadores que padecían psoriasis, 1 informó haber debutado con esta enfermedad tras ser cuidador (33,3), al igual que 5 de los 11 con eczemas (45,4%), 1 de los 3 con acné (33,3%), 11 de los 23 con alopecia (47,8%), 5 de los 6 con prurito (83,3%), 4 de los 11 afectados de hiperhidrosis (36,36%), 4 de los 8 que referían padecer alergias cutáneas (50%) y 2 de los 5 cuidadores que mostraron otras patologías cutáneas no contempladas en las encuestas (40%).

Tabla 25. Enfermedades dermatológicas aparecidas tras la asunción del rol de cuidador.

Sistema Dermocutáneo						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Psoriasis	3	1	1	1,2	0	0,0
Eczemas	11	5	1	1,2	4	5,0
Acné	3	1	1	1,2	0	0,0
Alopecia	23	11	10	11,6	1	1,2
Prurito	6	5	3	3,5	2	2,5
Hiperhidrosis	11	4	2	2,3	2	2,5
Alergias cutáneas	8	4	3	3,5	1	1,2
Otras	5	4	2	2,3	0	0,0

Se aprecia en la Tabla 25 que las diferencias encontradas entre las muestras en estas enfermedades se centran en la alopecia, surgidas en el 11,6% entre los cuidadores EA y en el 1,2% entre los No-EA ( $p= 0,01$ ).

### 6.2.9 Trastornos ginecológicos y sexuales

De los 9 cuidadores que refirieron padecer disfunción sexual, 7 manifestaron que su problema había comenzado con posterioridad al comienzo de sus tareas como cuidadores (77,7%), al igual que las 15 cuidadoras de las 17 que padecían vaginismo (88,2%), 8 de las 12 que refirieron trastornos menstruales (66,6%) y 11 de las 16 que refirieron otros trastornos de la mujer no contemplados en la encuesta (68,7%).

Tabla 26. Trastornos ginecológicos y sexuales aparecidos tras la asunción del rol de cuidador.

Trastornos ginecológicos y sexuales						
Enfermedad	Casos					
	Detectados	Aparecidos tras la asunción de los cuidados				
		Total	EA	%	No-EA	%
Vaginismo	17	15	11	12,8	4	4,9
Trastorno menstrual	12	8	3	3,5	5	6,2
Disfunción sexual	9	7	3	3,5	4	4,9
Otras	16	11	7	8,1	4	4,9

A pesar de que en la Tabla 26 se observan algunas diferencias, éstas no son estadísticamente significativas.

### **6.3 Análisis de las posibles correlaciones entre variables**

El estudio implicaba el análisis de tantas enfermedades y tan gran número de posibles causas de aparición de cada una de ellas, que el riesgo de errores tipo I, o sea, detectar efectos inexistentes, era muy alto. Por tanto, el análisis que a continuación se expone debe considerarse de tipo exploratorio. En él se utilizaron técnicas más propias de minería de datos que de inferencia estadística, en un intento de arrojar luz sobre el amplio mundo de las posibles psicosomatopatías que afectan al cuidador.

En los resultados que siguen, se ha tenido en cuenta que el nivel de significación para estudios similares suele ser del 5%.

### 6.3.1 Depresión percibida – Depresión detectada

El valor medio de la depresión detectada por la Escala de Goldberg en los individuos que manifestaban sentirse deprimidos fue de 5,11, más alto que los que no se sentían deprimidos, cuyo valor medio en la citada escala sólo ascendió a 3,14 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

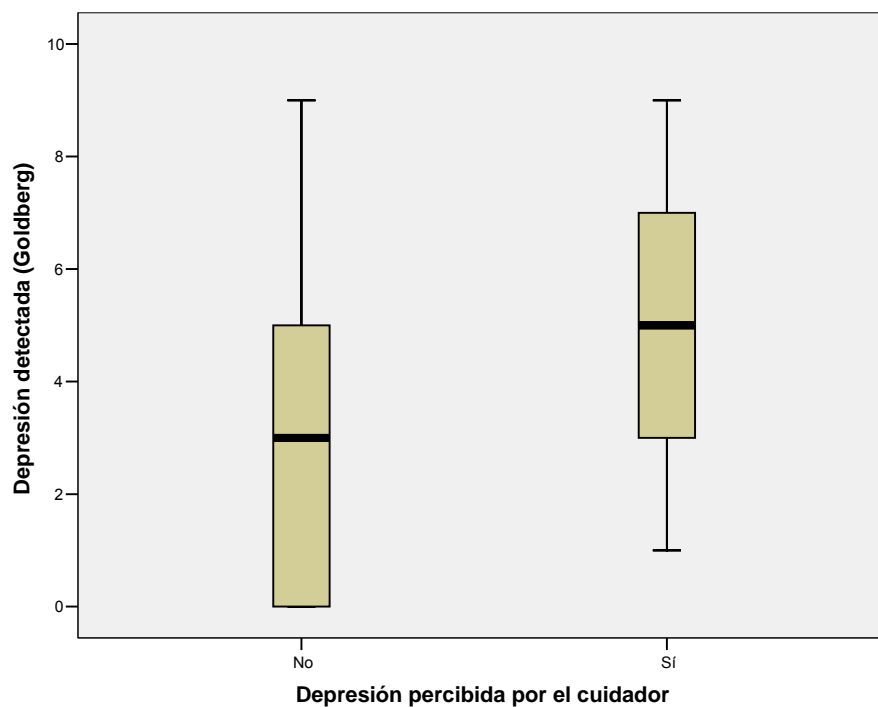


Gráfico 6-26. Depresión percibida – Depresión detectada

#### VI.4.b. Depresión percibida – Ansiedad detectada

En cuanto al valor medio de la ansiedad detectada por la Escala de Goldberg en los individuos que manifestaban sentirse deprimidos fue de 6,28, más alto que los que no se sentían deprimidos, cuyo valor medio en la citada escala sólo ascendió a 4,21 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ )

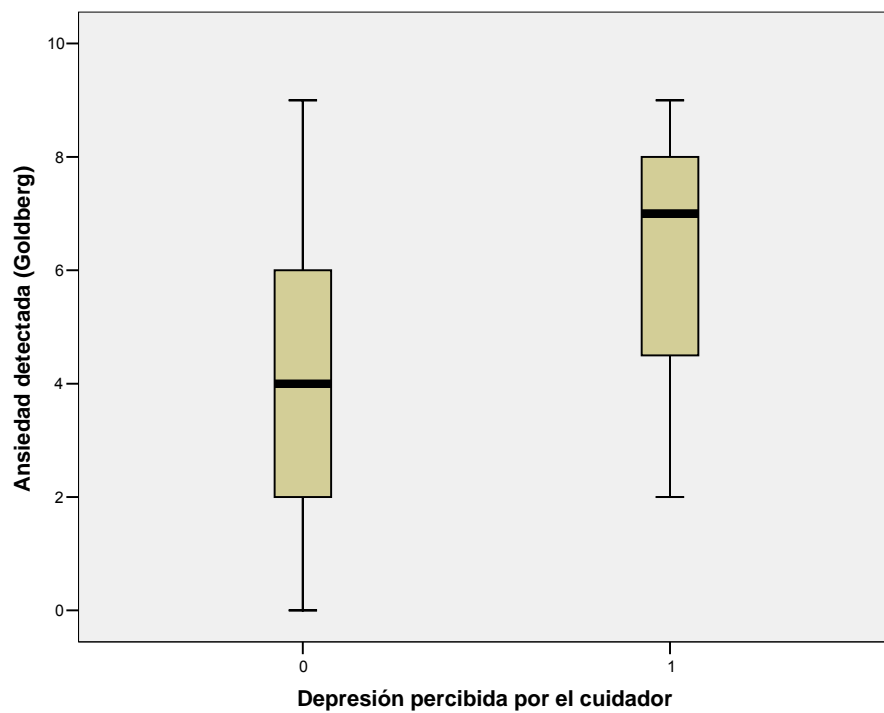


Gráfico 6-27. Depresión percibida – Ansiedad detectada.



### 6.3.2 Ansiedad percibida – Depresión detectada

El valor medio de la depresión detectada por la Escala de Goldberg en los individuos que manifestaban sentirse ansiosos fue de 4,89, más alto que los que no se sentían ansiosos, cuyo valor medio en la citada escala ascendió a 3,07 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ )

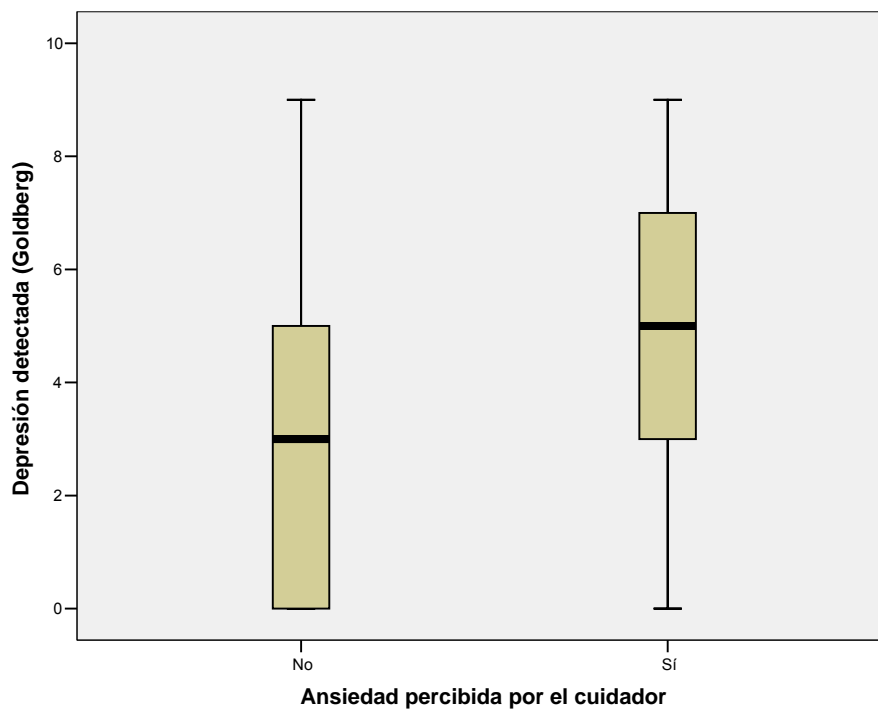


Gráfico 6-28. Ansiedad percibida – Depresión detectada.

### 6.3.3 Cefalea – Grado de depresión detectado.

El valor medio del grado de depresión detectada por la Escala de Goldberg en los cuidadores que manifestaban sufrir cefaleas fue de 5,26, más alto que los que no la padecían, cuyo valor medio en la citada escala sólo ascendió a 3,39 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ )

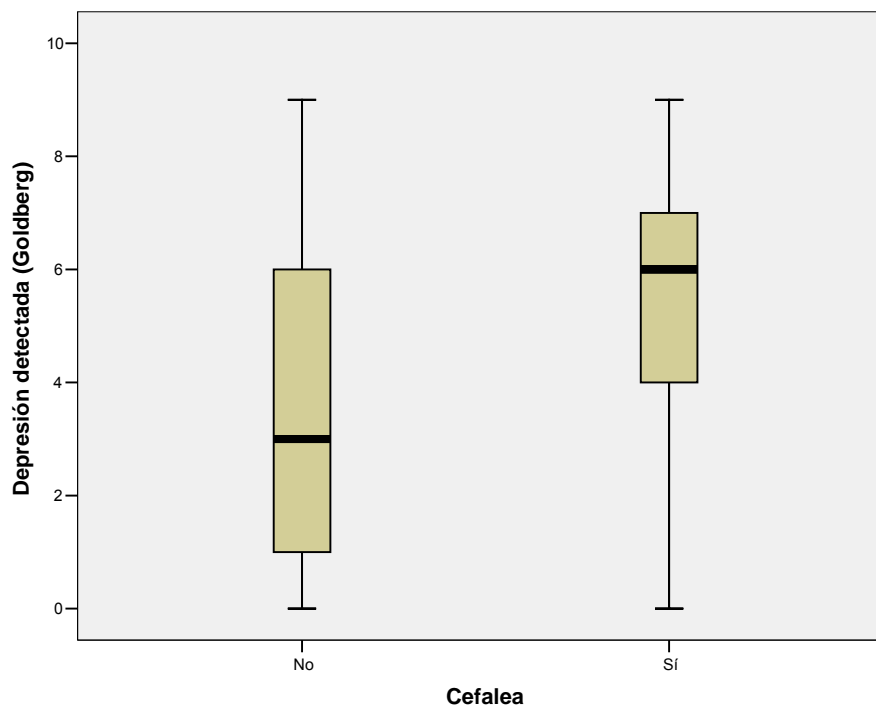


Gráfico 6-29. Cefalea – Depresión detectada

### 6.3.4 Síndrome vasomotor – Antigüedad del cuidador en meses.

La antigüedad media como cuidador de los individuos que padecían síndrome vasomotor fue de 198 meses, sensiblemente superior a los que no presentaron problemas vasomotores, cuya media fue de 68,95 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

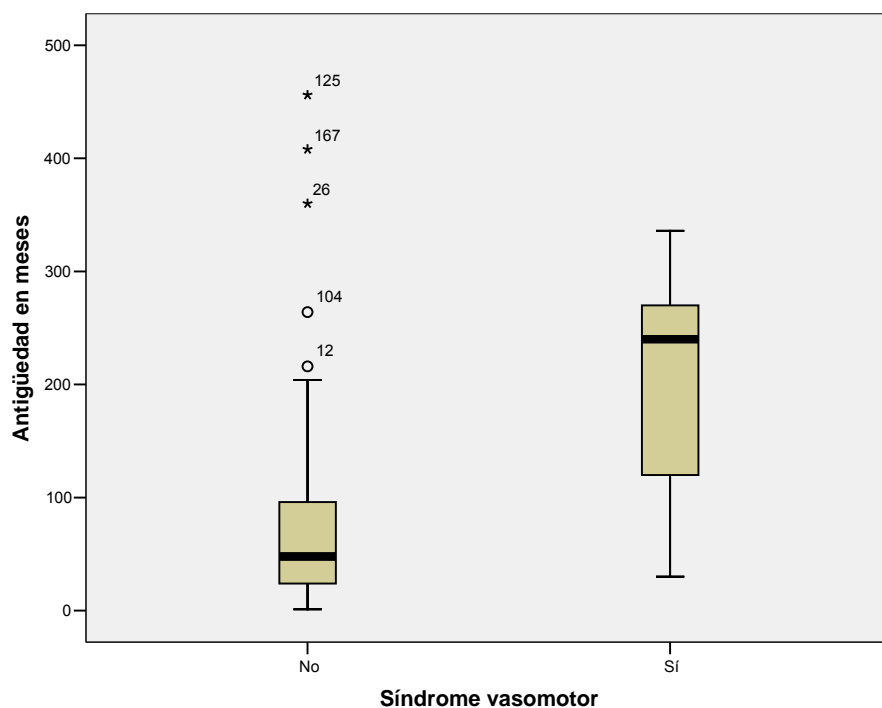


Gráfico 6-30. Síndrome vasomotor – Antigüedad de los cuidados ad de los cuidados.

### 6.3.5 Síndrome de opresión torácica – Grado de ansiedad detectado por el Test de Goldberg.

El valor medio del grado de ansiedad detectado, según la Escala de Goldberg, en los cuidadores que refirieron padecer de síndrome de opresión torácica fue de 7,67, mayor que el obtenido por los cuidadores que refirieron no presentar opresión torácica, cuyo valor alcanzó la cifra de 4,55 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

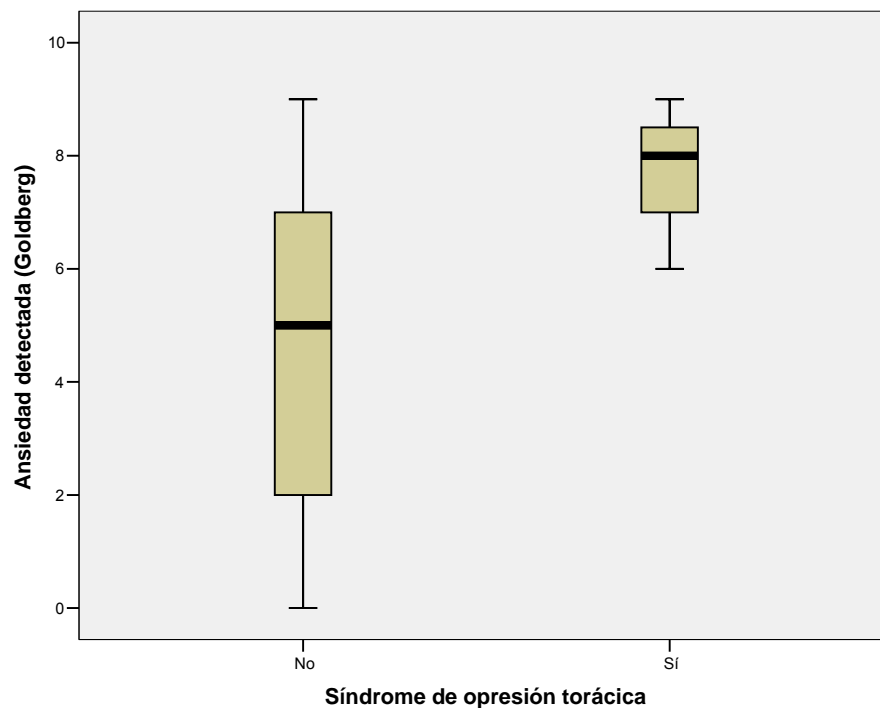


Gráfico 6-31. Ansiedad detectada - Síndrome de opresión torácica.

### 6.3.6 Ansiedad detectada por el Test de Goldberg – Ser no ser cuidador de enfermo de Alzheimer.

El valor medio del grado de ansiedad detectado, según la Escala de Goldberg, en los cuidadores de EA fue de 5,17, mayor que el obtenido por los cuidadores de No-EA, cuyo valor alcanzó la cifra de 4,58 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

Aunque la diferencia fue estadísticamente significativa, el resultado no debe considerarse relevante desde el punto de vista clínico.

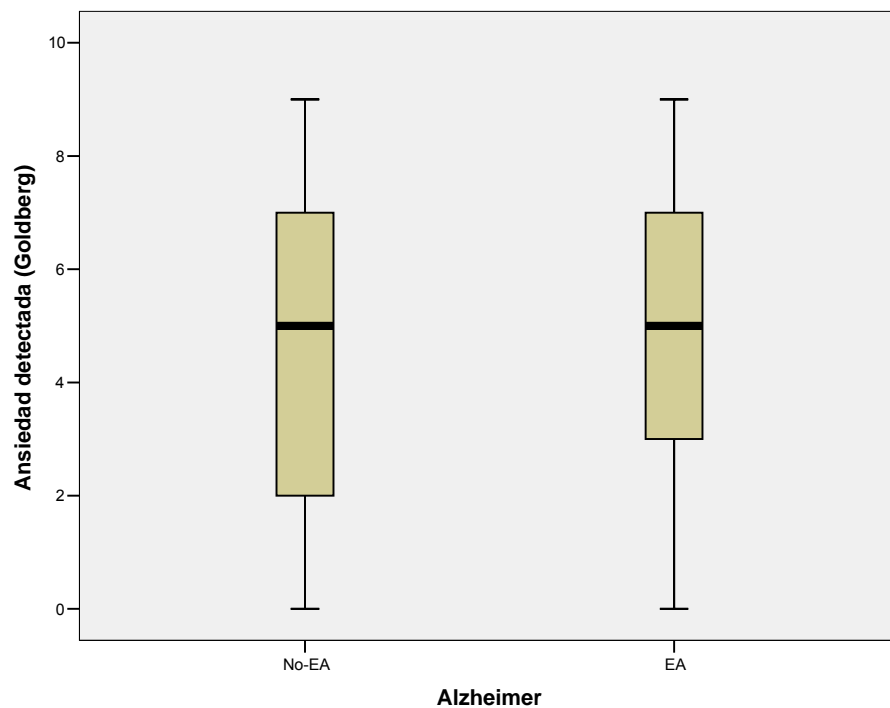


Gráfico 6-32. Ansiedad detectada - Ser o no cuidador de Alzheimer.

### 6.3.7 Lumbalgia y/o ciatalgia – Antigüedad del cuidador en meses

La antigüedad media en tareas de cuidados, expresada en meses, de los cuidadores que refirieron padecer de lumbalgias y/o ciatalgias frecuentes fue de 112,58 meses, mayor que el de los cuidadores que refirieron no presentar este problema, cuyo valor fue de 62,7 ( $t$ -student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

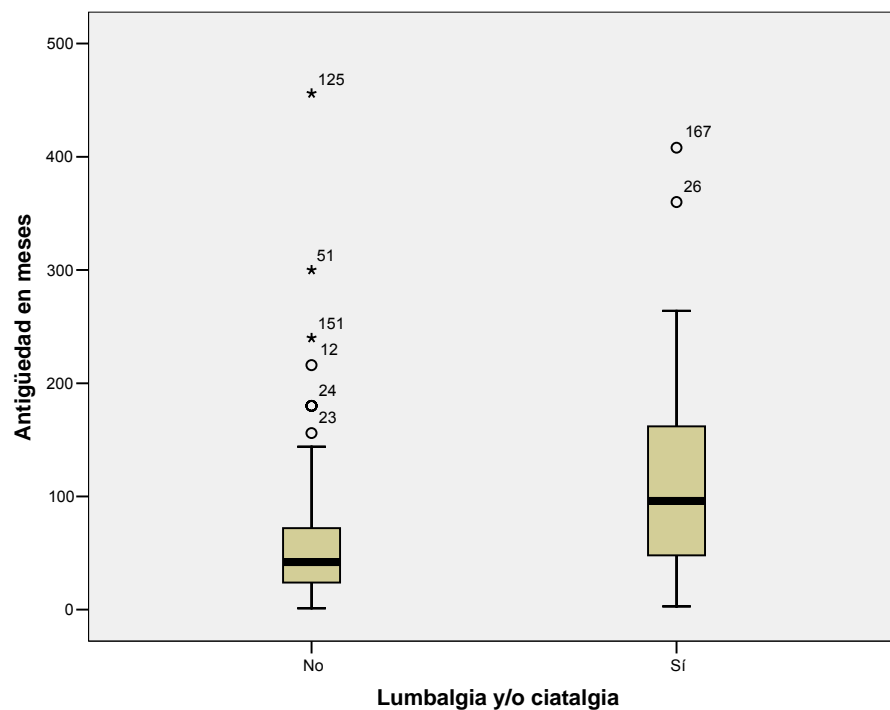


Gráfico 6-33. Lumbalgia/ciatalgia - Antigüedad de los cuidados

### 6.3.8 Cefalea – Carga del cuidador, calculada por el Índice de Zarit

El valor medio de la carga de los cuidadores que referían padecer de frecuentes cefaleas fue de 44,73, mayor que el de los cuidadores que refirieron no presentar este problema, cuyo valor fue de 35,31 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

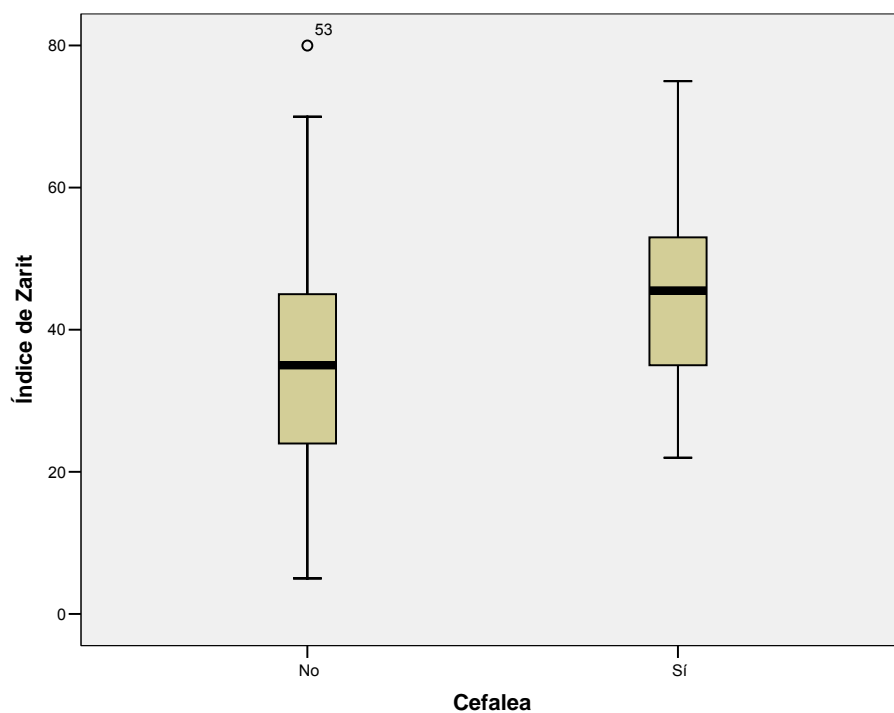


Gráfico 6-34. Cefalea - Carga del cuidador.

### 6.3.9 Depresión percibida – Carga del cuidador

El valor medio del Índice de Zarit de los cuidadores que referían sentirse deprimidos fue de 44,42, mayor que el de los cuidadores que refirieron no sentirse deprimidos, cuyo valor fue de 33,04 ( $t$ -student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

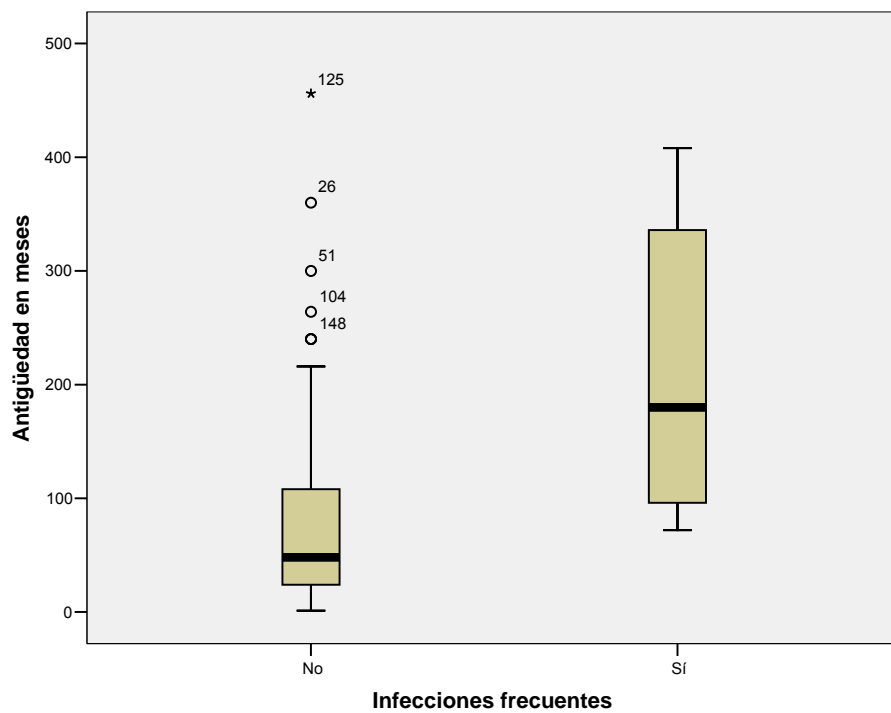


Gráfico 6-35. Infecciones frecuentes - Antigüedad de los cuidados.



### 6.3.10 Cefalea – Grado de ansiedad detectado por el Test de Goldberg

El valor medio del grado de ansiedad detectado, según la Escala de Goldberg, en los cuidadores que referían padecer cefaleas frecuentes fue de 6,18, mayor que el de los cuidadores que refirieron no padecer cefaleas, cuyo valor fue de 4,49 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

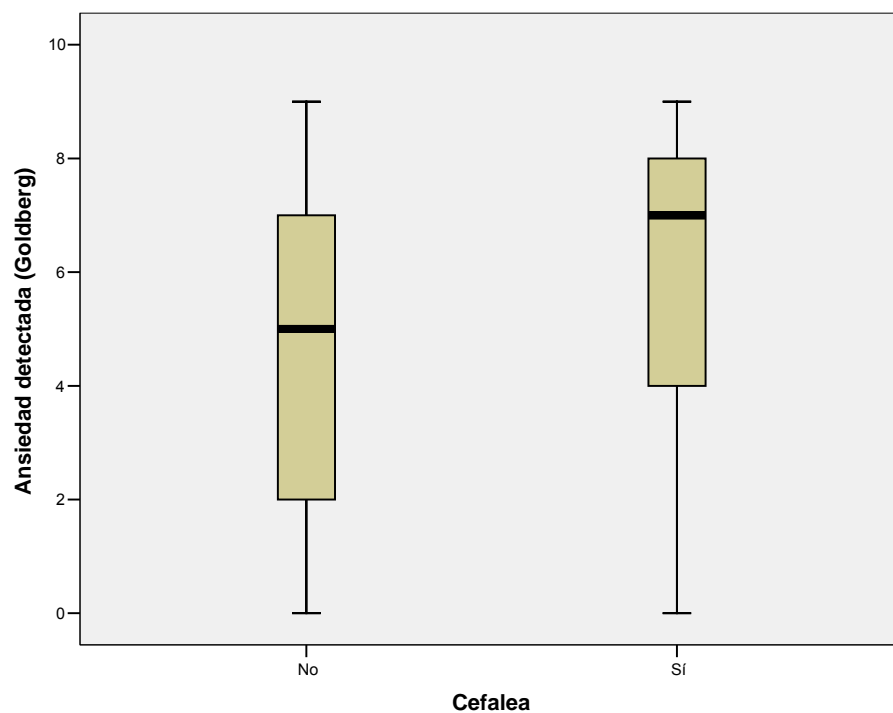


Gráfico 6-36. Cefalea - Ansiedad detectada.

### 6.3.11 Taquicardia – Ansiedad detectada

El valor medio de la ansiedad detectada, según la Escala de Goldberg, de los cuidadores que referían padecer taquicardia fue de 6,45, mayor que el de los cuidadores que refirieron no padecerla, cuyo valor fue de 4,51 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

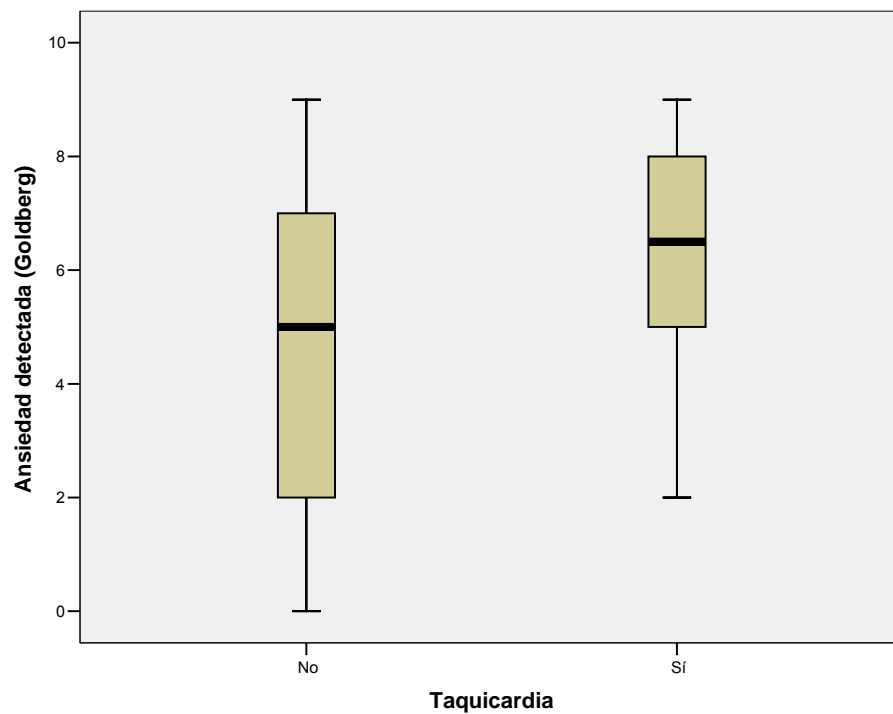


Gráfico 6-37. Taquicardia-Ansiedad detectada.

### 6.3.12 Artritis Reumatoide – Antigüedad del cuidador

La antigüedad media en meses de los cuidadores que referían padecer Artritis Reumatoide fue de 175,50, mayor que el de los cuidadores que refirieron no padecerla, cuyo valor fue de 72,08 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

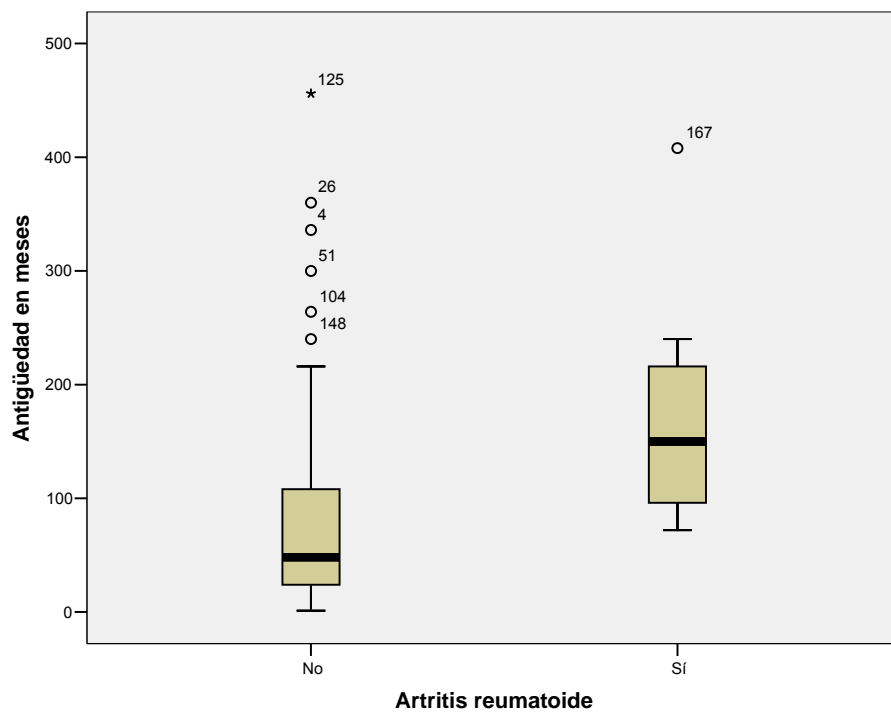


Gráfico 6-38. Artritis Reumatoide-Antigüedad de los cuidados.

### 6.3.13 Ansiedad percibida por el cuidador – Ansiedad detectada

El valor medio del grado de ansiedad detectado, según la Escala de Goldberg, entre los cuidadores que referían sentirse ansiosos fue de 5,70, mayor que el de los cuidadores que refirieron no sentirse ansiosos, cuyo valor fue de 4,21 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

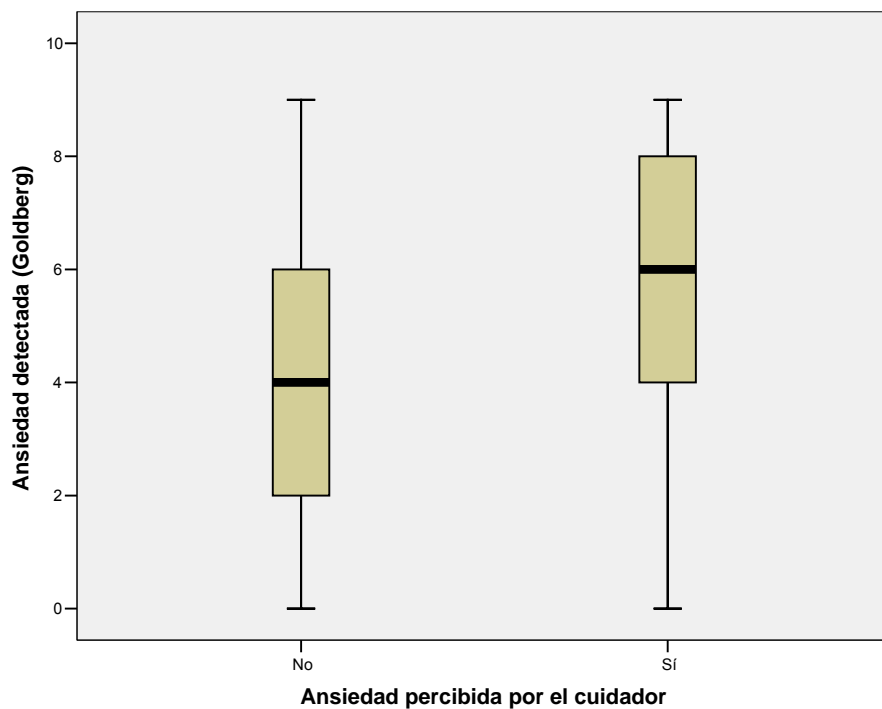


Gráfico 6-39. Ansiedad percibida-Ansiedad detectada.

### 6.3.14 Cefalea – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer.

El 32,16% de los cuidadores EA padecía cefaleas frecuentes, mientras que sólo el 11,3% de los cuidadores de No-EA manifestó este padecimiento, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (*Chi* cuadrado de Pearson = 0,002).

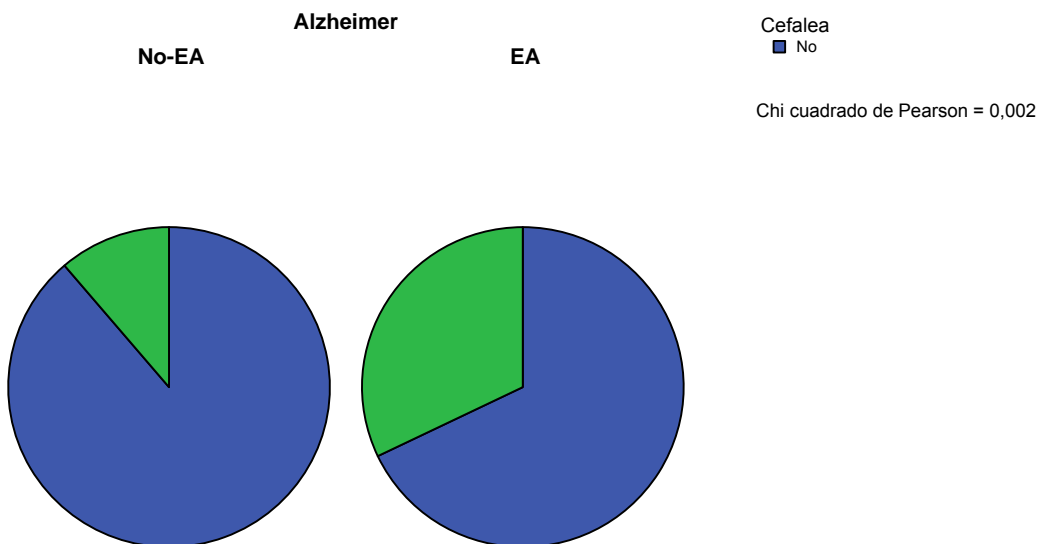


Gráfico 6-40. Cefalea-Ser o no ser cuidador EA.

### 6.3.15 Hipertensión Arterial – Antigüedad del cuidador

La antigüedad media como cuidador de los individuos que desarrollaron HTA durante el periodo de cuidador fue de 138 meses, mayor que los que no presentaron esta enfermedad, cuyo valor fue de 70,4, siendo significativa la diferencia ( $t$ -student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

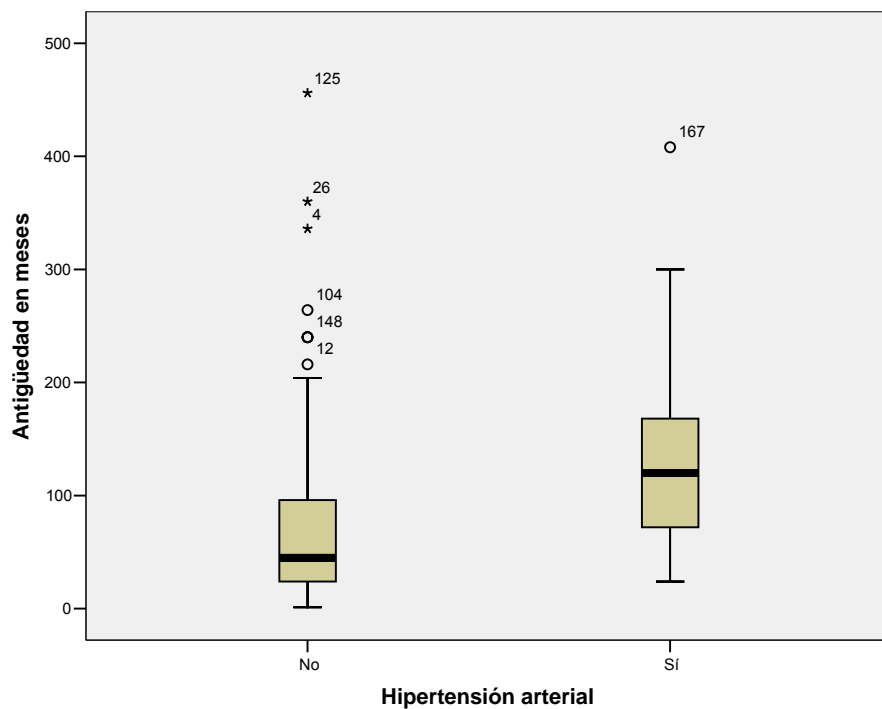


Gráfico 6-41. Hipertensión arterial-Antigüedad de los cuidados.

### 6.3.16 Taquicardia – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer

El valor de la media del número de cuidadores de EA que desarrollaron taquicardia tras asumir su rol de cuidador, fue de 0,82, mayor que los que cuidaron a otros tipos de pacientes, cuyo valor fue de 0,47 (*Chi cuadrado de Pearson* =0,002).

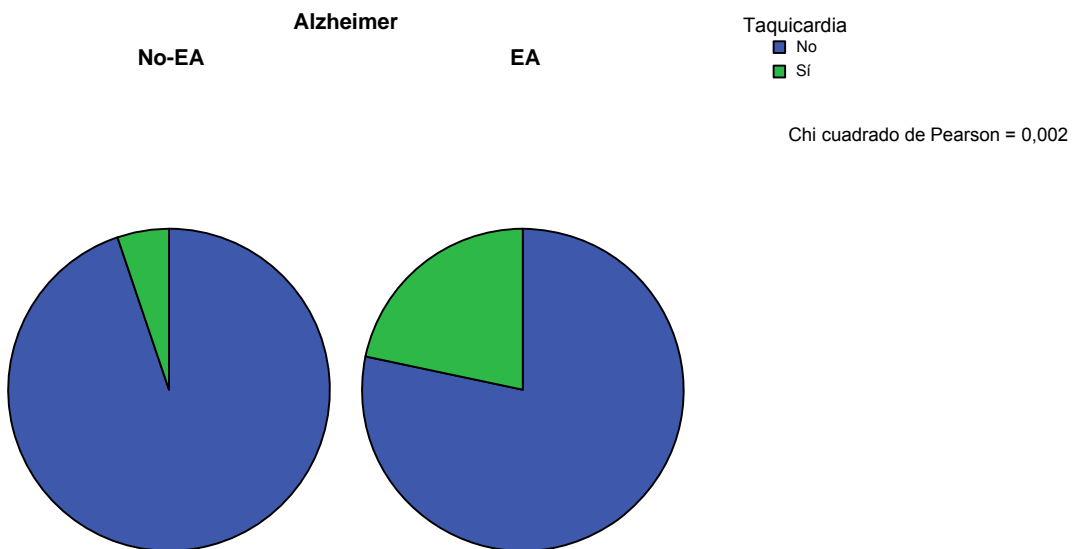


Gráfico 6-42. Taquicardia-Ser o no cuidador EA.

### 6.3.17 Úlcera gástrica – Antigüedad del cuidador

La antigüedad media, expresada en meses, de los cuidadores que desarrollaron úlcera gástrica fue de 244 meses, mayor que los que cuidaron a otros tipos de pacientes, cuyo valor fue de 72,73 meses (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

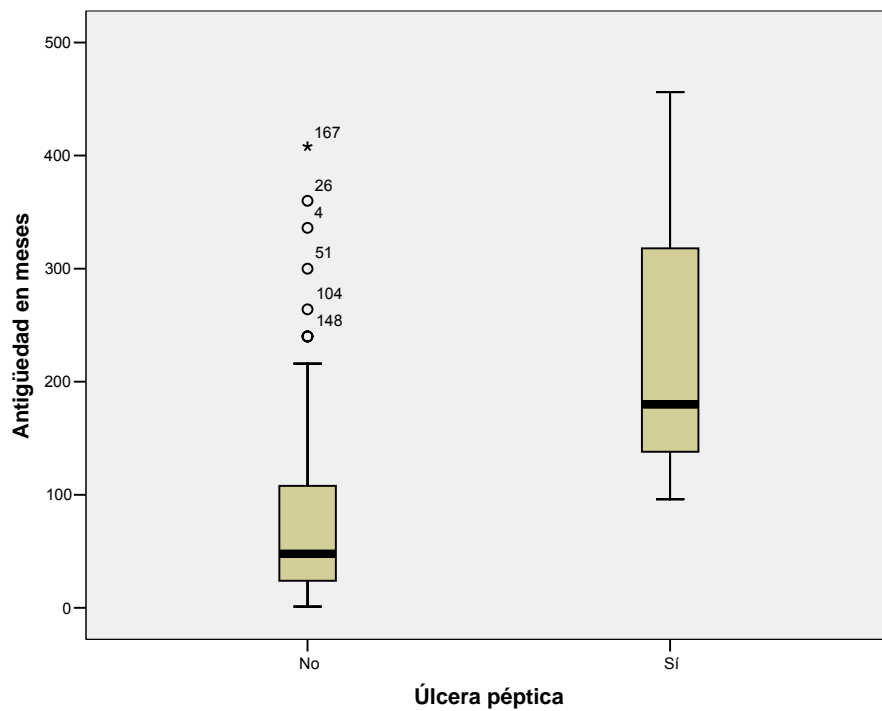


Gráfico 6-43. Úlcera gástrica-Antigüedad de los cuidados.



### 6.3.18 Contracturas musculares – Ansiedad detectada

El valor medio de la ansiedad detectada según la Escala de Goldberg en los cuidadores que presentaron contracturas musculares fue de 5,75, mayor que los que no la presentaron, cuyo valor fue de 4,49. La diferencia fue estadísticamente significativa (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

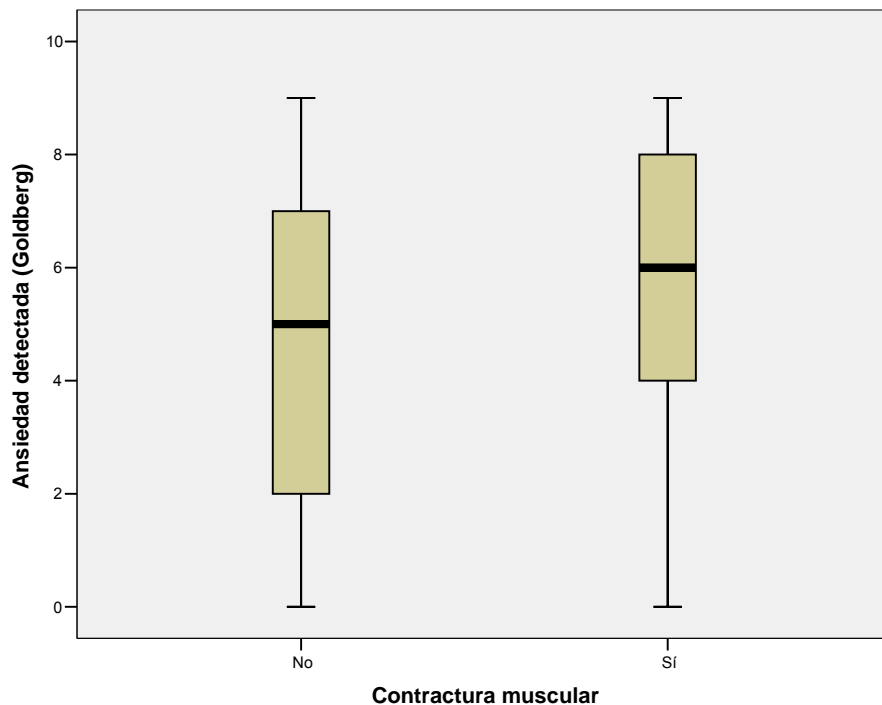


Gráfico 6-44. Ansiedad detectada-Contractura muscular.

### 6.3.19 Ansiedad percibida por el cuidador – Carga del cuidador

El valor medio del Índice de Zarit de los cuidadores que percibían estar ansiosos, fue de 42,57, mayor que los que no refirieron sentir ansiedad, cuyo valor fue de 35,12. La diferencia fue estadísticamente significativa ( $t$ -student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

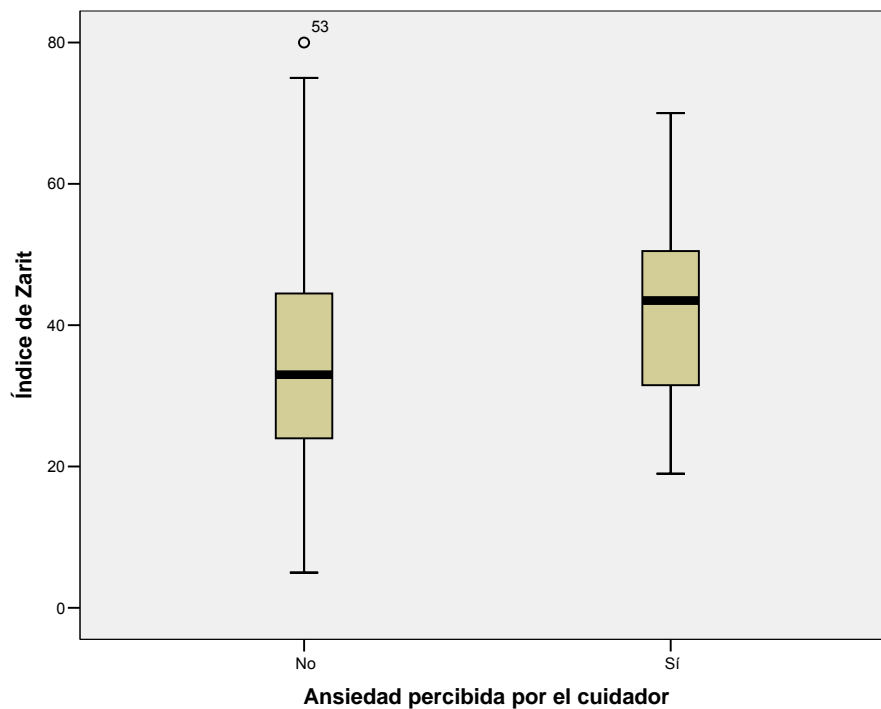


Gráfico 6-45. Ansiedad percibida-Carga del cuidador.

### 6.3.20 Alteraciones del lenguaje – Índice de Zarit

El valor medio del Índice de Zarit de los cuidadores que refirieron haber desarrollado alguna alteración del lenguaje, fue de 60, mayor que los que refirieron no haberla desarrollado, cuyo valor fue de 37,02 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

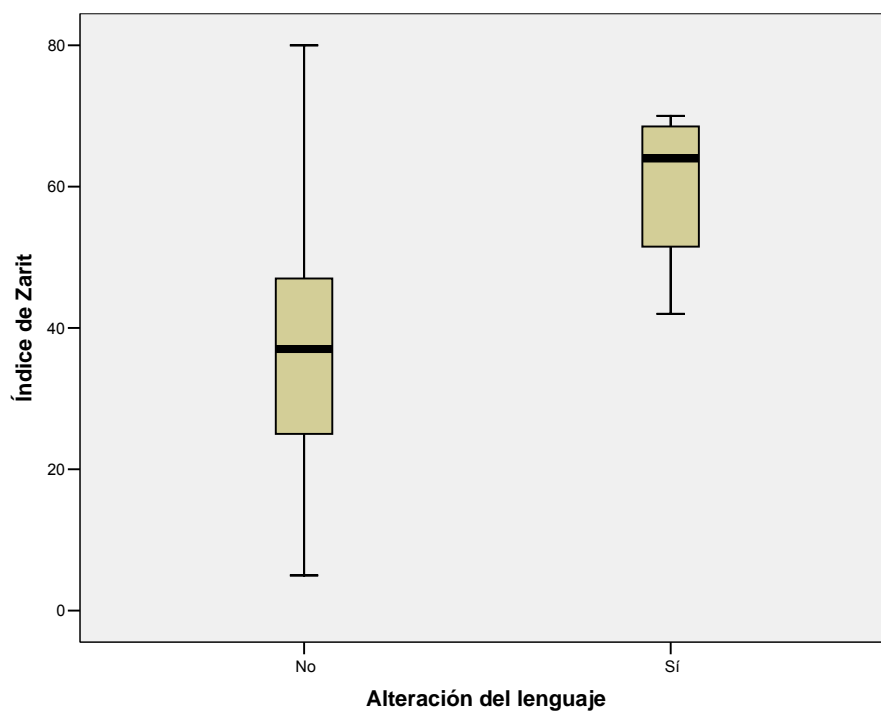


Gráfico 6-46. Carga del cuidador- Alteración del lenguaje.

La carga del cuidador puede suponer mayor probabilidad de sufrir alteraciones del lenguaje entre cuidadores.

### 6.3.21 Depresión percibida – Ser o no ser cuidador de enfermo de Alzheimer

El porcentaje de cuidadores de EA que refirieron sentirse deprimidos fue de 33,3%, mayor que los que cuidaban a otros tipos de pacientes, que fue de 14,5%. La diferencia fue estadísticamente significativa (*Chi* cuadrado de Pearson=0,007).

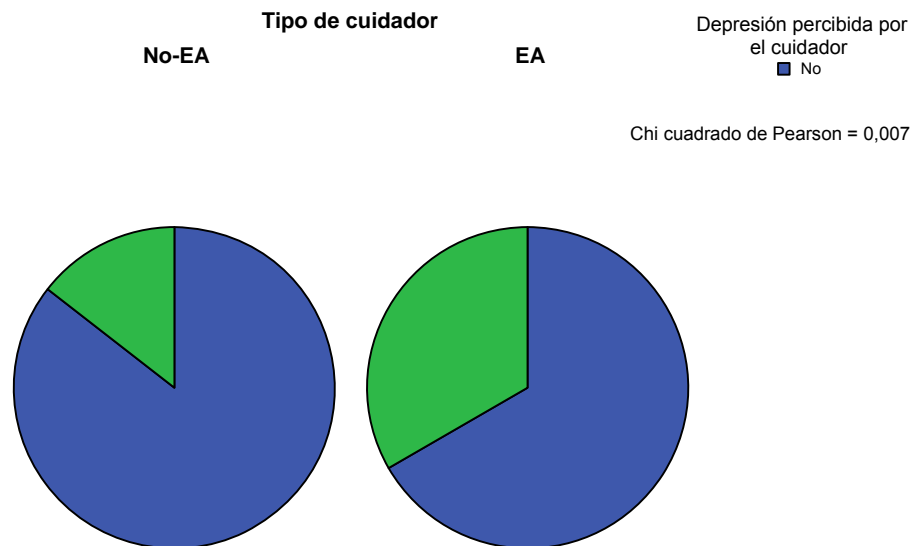


Gráfico 6-47. Depresión percibida-Ser o no cuidador EA.

Los cuidadores EA se sentían más deprimidos que el resto.

### 6.3.22 Prurito – Índice de Zarit

El valor medio del Índice de Zarit de los cuidadores que desarrollaron prurito fue de 56, mayor que los que cuidaban a otros tipos de pacientes, que fue de 37,1 ( $t$ -student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

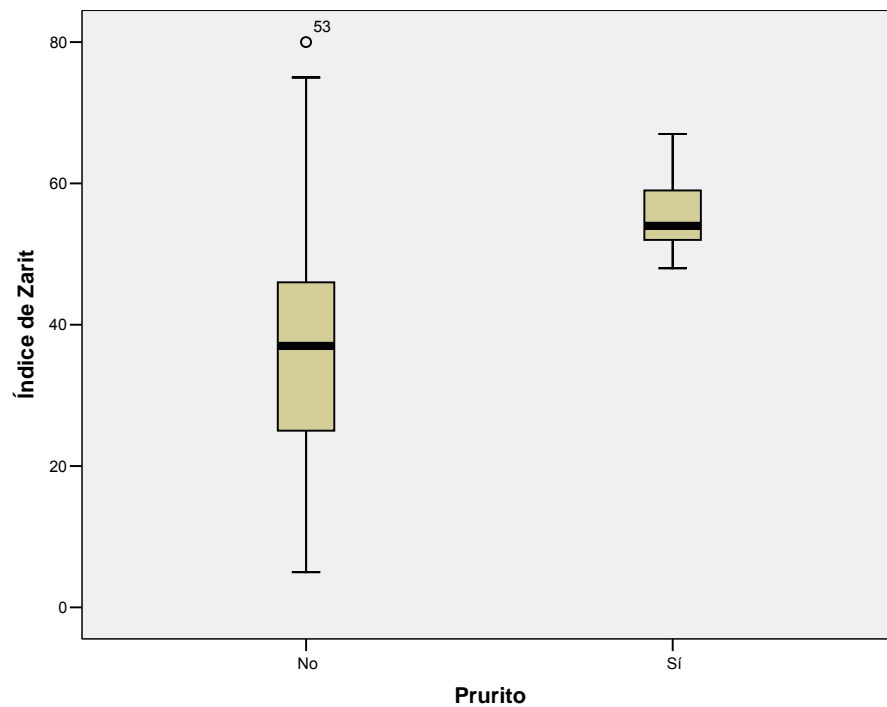


Gráfico 6-48. Prurito-Carga del cuidador.

### 6.3.23 Náuseas – Depresión detectada

El valor medio de la depresión alcanzado en la Escala de Goldberg por los cuidadores que desarrollaron procesos de náuseas, fue de 7,60, mayor que los que no presentaron náuseas, cuyo valor fue de 3,69 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

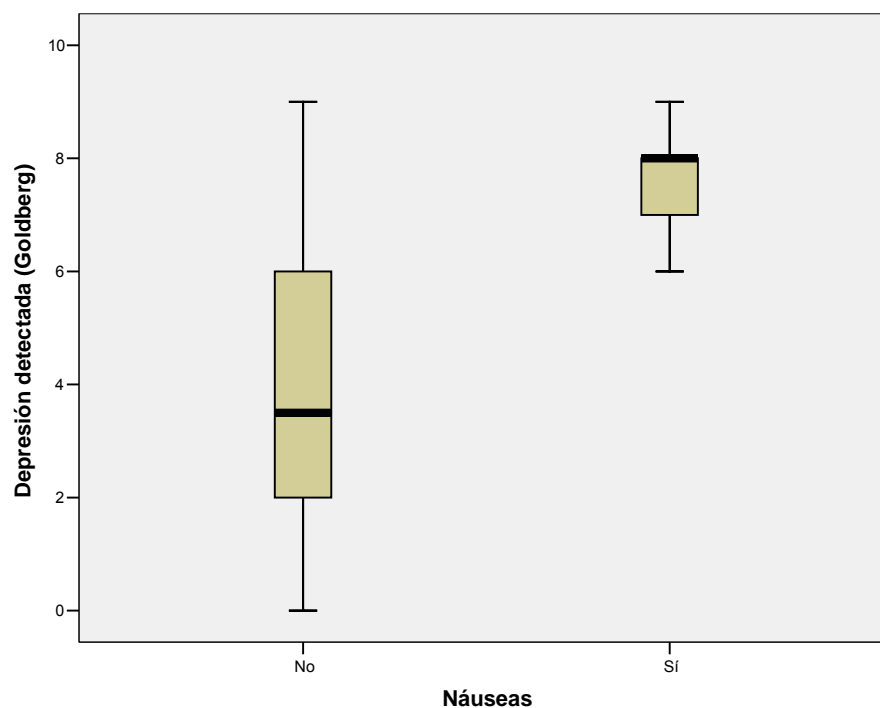


Gráfico 6-49. Náuseas-Depresión detectada.

### 6.3.24 Vaginismo – Índice de Zarit

El valor medio del Índice de Zarit de las cuidadoras que desarrollaron vaginismo fue de 46,80, mayor que los que no presentaron náuseas, cuyo valor fue de 36,55 (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

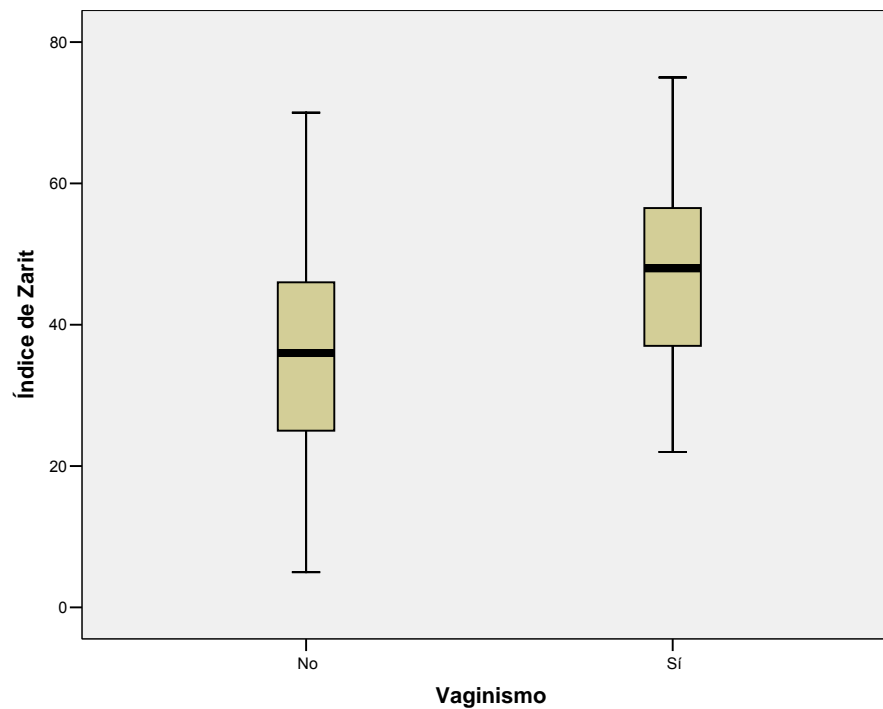


Gráfico 6-50. Vaginismo-Carga de la cuidadora.

### 6.3.25 Alteración del lenguaje – Depresión detectada

El valor medio del grado de depresión detectado, según la Escala de Goldberg, en los cuidadores que desarrollaron alteraciones del lenguaje fue de 8, mayor que los que no desarrollaron este problema, cuyo valor fue de 3,73. La diferencia fue estadísticamente significativa (*t*-student para muestras independientes,  $p=0,001$ ).

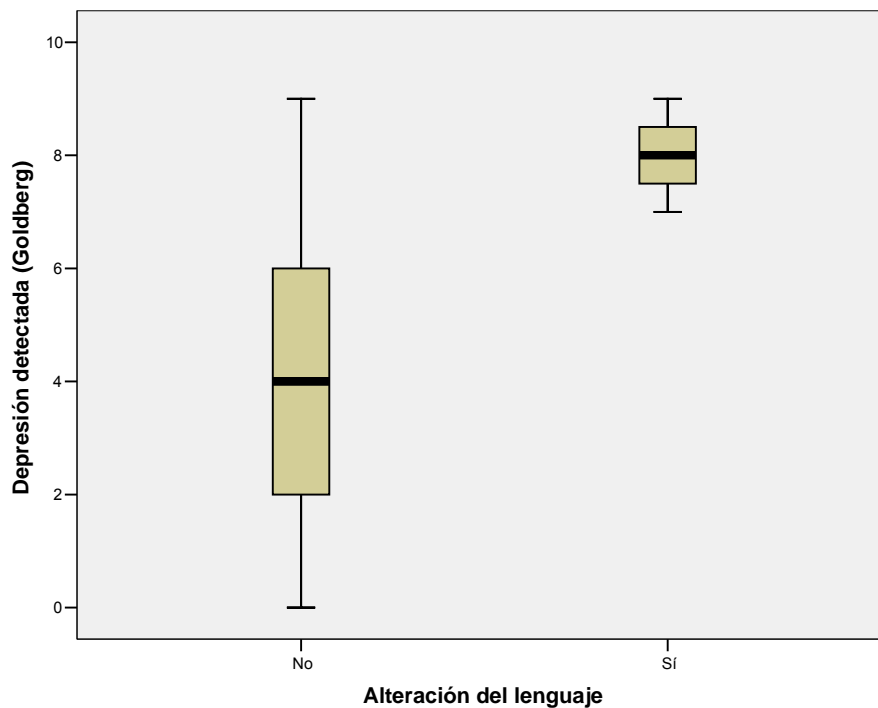


Gráfico 6-51. Depresión detectada-Alteración del lenguaje.



### 6.3.26 Depresión percibida-Ansiedad percibida-Ser o no ser cuidador EA

La probabilidad de que el cuidador declare sentirse ansioso, aumenta en los cuidadores EA (OR = 3,03;  $p=0,0068$ ) y además, también aumenta en los que se declaran deprimidos (OR = 1,31;  $p=0,0009$ ).

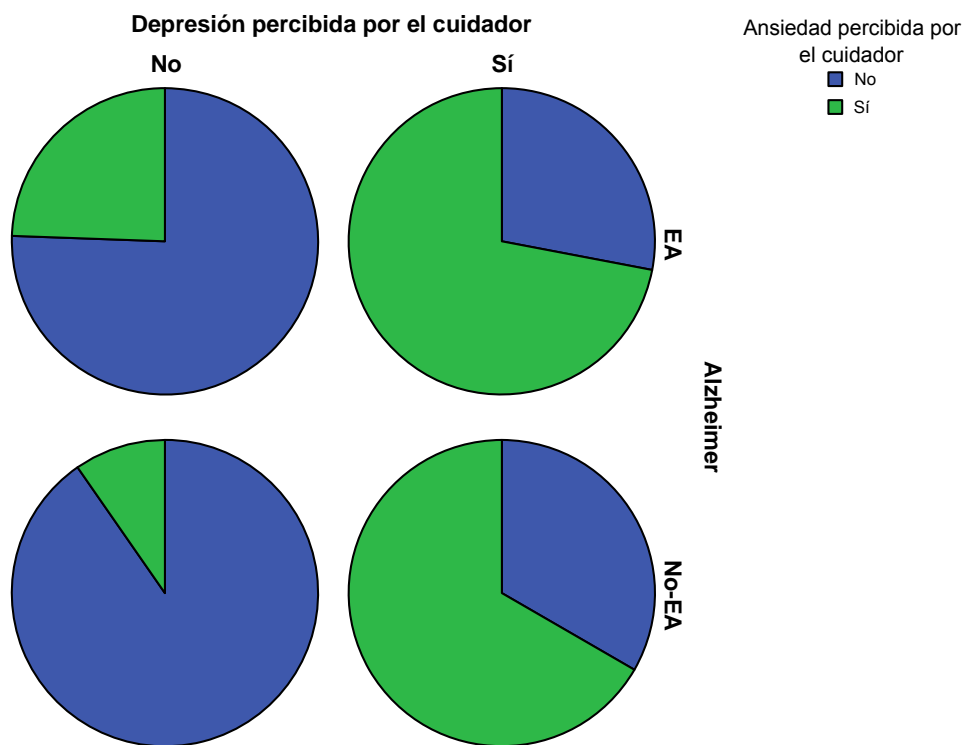


Gráfico 6-52. Análisis de las variables Ansiedad y Depresión percibidas-Ser o no ser cuidador EA.

### 6.3.27 Cefalea-Ansiedad percibida-Ser o no ser cuidador EA

La cefaleas se asocia tanto a la ansiedad (OR=1,31; p=0,0028) como a ser cuidador EA (OR=3,67; p=0,0046)

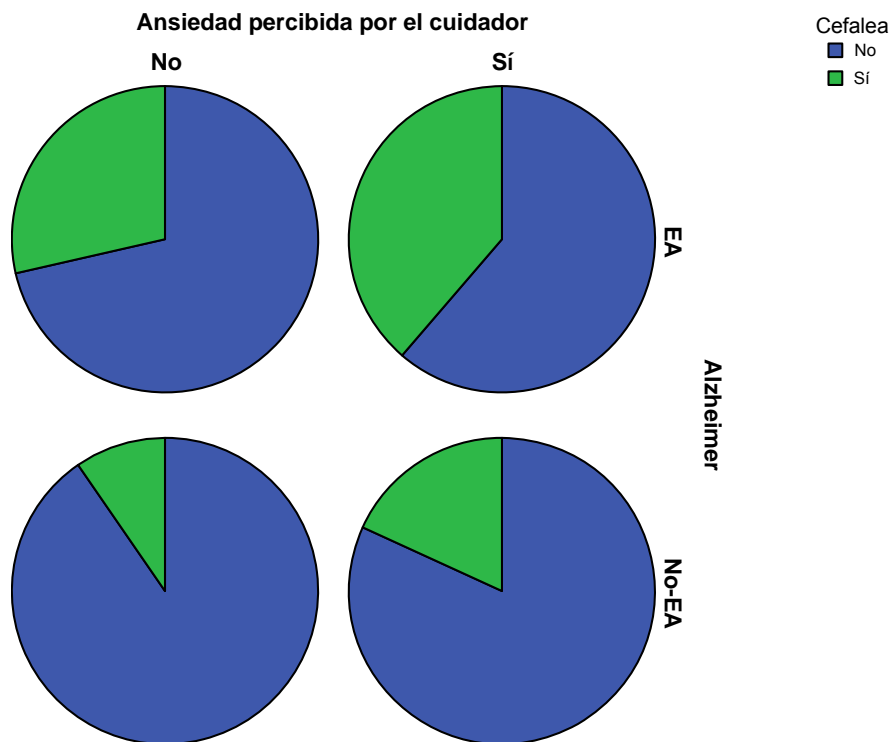


Gráfico 6-53. Análisis de las variables Cefalea-Ansiedad percibida-Ser o no cuidador EA.

### 6.3.28 Ansiedad percibida-Taquicardia-Ser o no ser cuidador EA

La taquicardia se asocia tanto a la ansiedad (OR=1,39; p=0,004) como a ser cuidador EA (OR=3,03; p=0,0068)

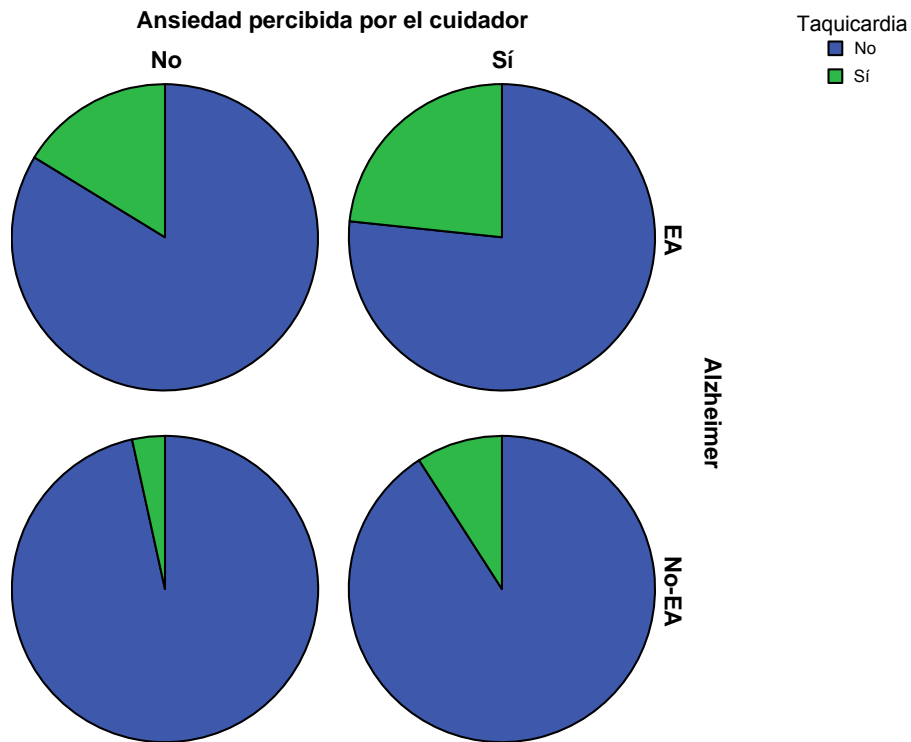


Gráfico 6-54. Análisis de las variables Ansiedad percibida-Taquicardia-Ser o no cuidador EA.

### 6.3.29 Taquicardia-Sexo-Ser o no ser EA

La taquicardia se presenta con mayor frecuencia en mujeres (OR=13,05; p=0,014) y a cuidadores EA (OR=5,91; p=0,002)

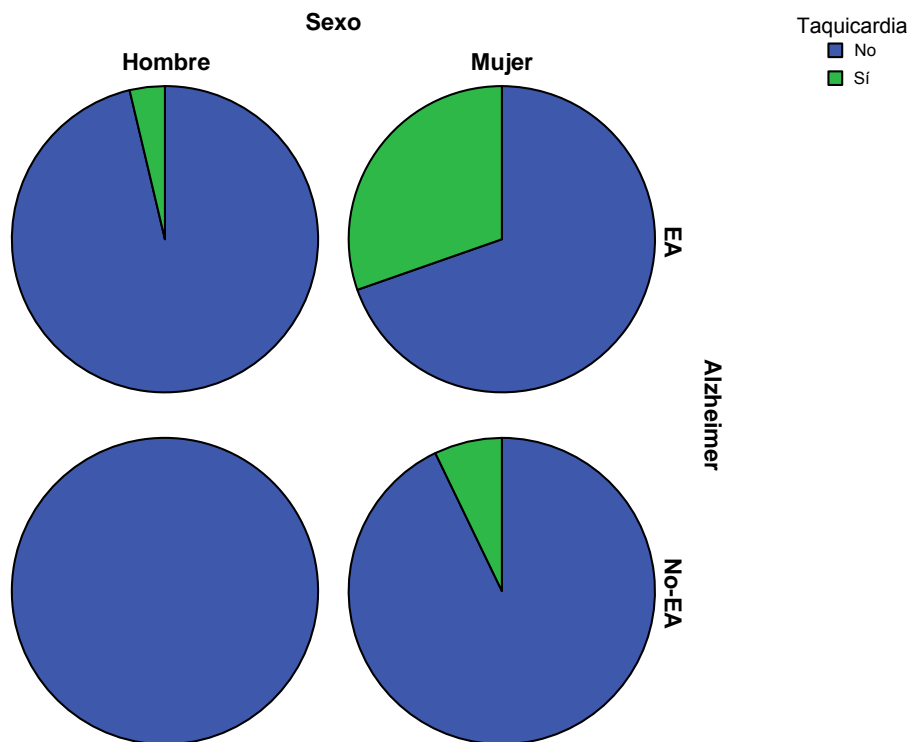


Gráfico 6-55. Análisis de las variables Taquicardia-Sexo-Ser o no cuidador EA.

#### **6.4 Análisis comparativo del impacto del momento de comienzo del rol de cuidador en los padecimientos psicosomáticos de los cuidadores de ambas muestras**

El análisis comparativo del impacto del momento de comienzo del rol de cuidador en la aparición de las enfermedades psicosomáticas más relevantes detectadas en las muestras, según la técnica de supervivencia de Kaplan-Meier, y el análisis pormenorizado, caso a caso, de los datos, ofreció los resultados que a continuación se exponen.

##### **6.4.1 Sistema Cardiovascular**

###### **6.4.1.1 Hipertensión arterial**

La aparición de HTA en los cuidadores ha seguido un patrón progresivo, al parecer, y de acuerdo con otros autores (Roman O, Cuevas G, Badilla M *et al.* ,2002; Kapuku GK, Treiber FA, Hartley B, Ludwig DA, 2004), más en consonancia con el la edad de los individuos, puesto que se ha ido presentando escalonadamente en el tiempo.

De los 17 casos de HTA surgidos en los cuidadores durante el periodo de cuidados, de los que 12 eran cuidadores EA y 5 eran cuidadores No-EA, no se aprecia que en el momento de inicio de las tareas de cuidados se produjeran más que 2 casos de HTA (*Gráfico 6-56*), ambos pertenecientes a la muestra de cuidadores EA.

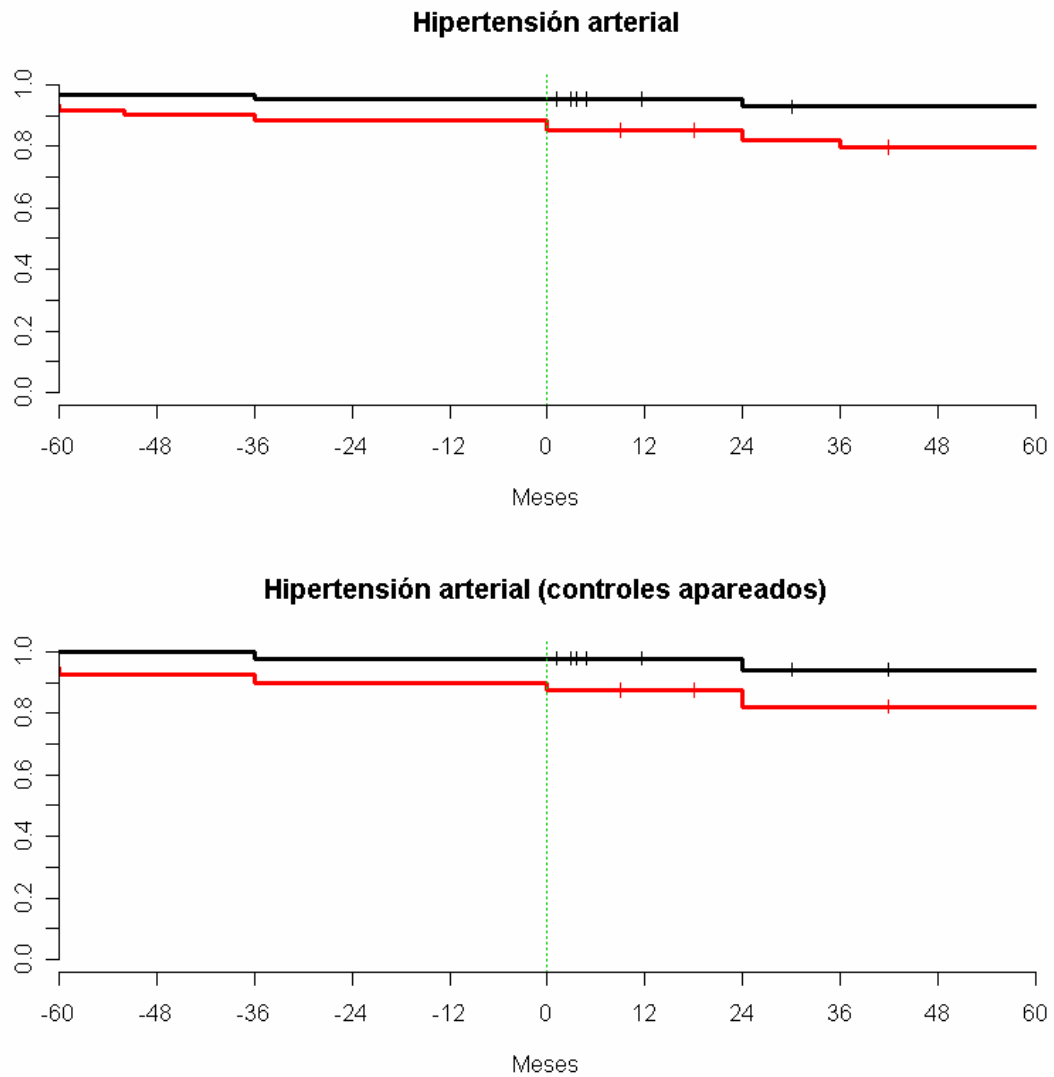


Gráfico 6-56. Hipertensión arterial surgida en el momento de inicio de los cuidados.

Se encuentra un cierto grado de asociación entre ser cuidador EA y padecer HTA (McNemar p-valor = 0.0771).

#### **6.4.1.2 Arritmia**

Según se muestra en el Gráfico 6-57. la arritmia fue detectada en 7 cuidadores, 6 de ellos cuidadores EA y uno No-EA, observándose un incremento del número de casos coincidentes con el momento de comienzo del rol de cuidador entre los individuos que conforman la muestra de cuidadores EA. Este incremento ascendió a 4 individuos, circunstancia que se mantiene aún cuando se procede a eliminar el efecto de otras variables confusoras por medio del emparejamiento de ambas muestras, como se ve en el gráfico.

Analizados pormenorizadamente los casos aparecidos con anterioridad al momento de asunción del rol de cuidador, se intuye que pueden estar relacionados con la especial connotación de estos “cuidadores progresivos”, es decir, la asunción “oficial” de su papel como cuidador ha sido precedida de paulatinos cambios en el ambiente familiar que ha podido ser la causa desencadenante del proceso.

En este sentido, distintos trabajos han descrito que las alteraciones de determinadas funciones fisiológicas y algunos parámetros metabólicos secundarias al extraordinario trabajo del cuidado, determinan la hiperactividad del sistema adenosimpático y de la corteza suprarrenal en una medida mucho más acentuada que cuando el trabajo se realiza en condiciones de normalidad, registrándose aumento de los niveles de adrenalina, noradrenalina y hormonas glicocorticoides, junto a un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; apareciendo, también, arritmias y modificaciones electrocardiográficas (Timio M, Gentile S, 1976), hechos particularmente constatados en relación con el trabajo de enfermeros profesionales (Cruz V, Vargas J, 2006).

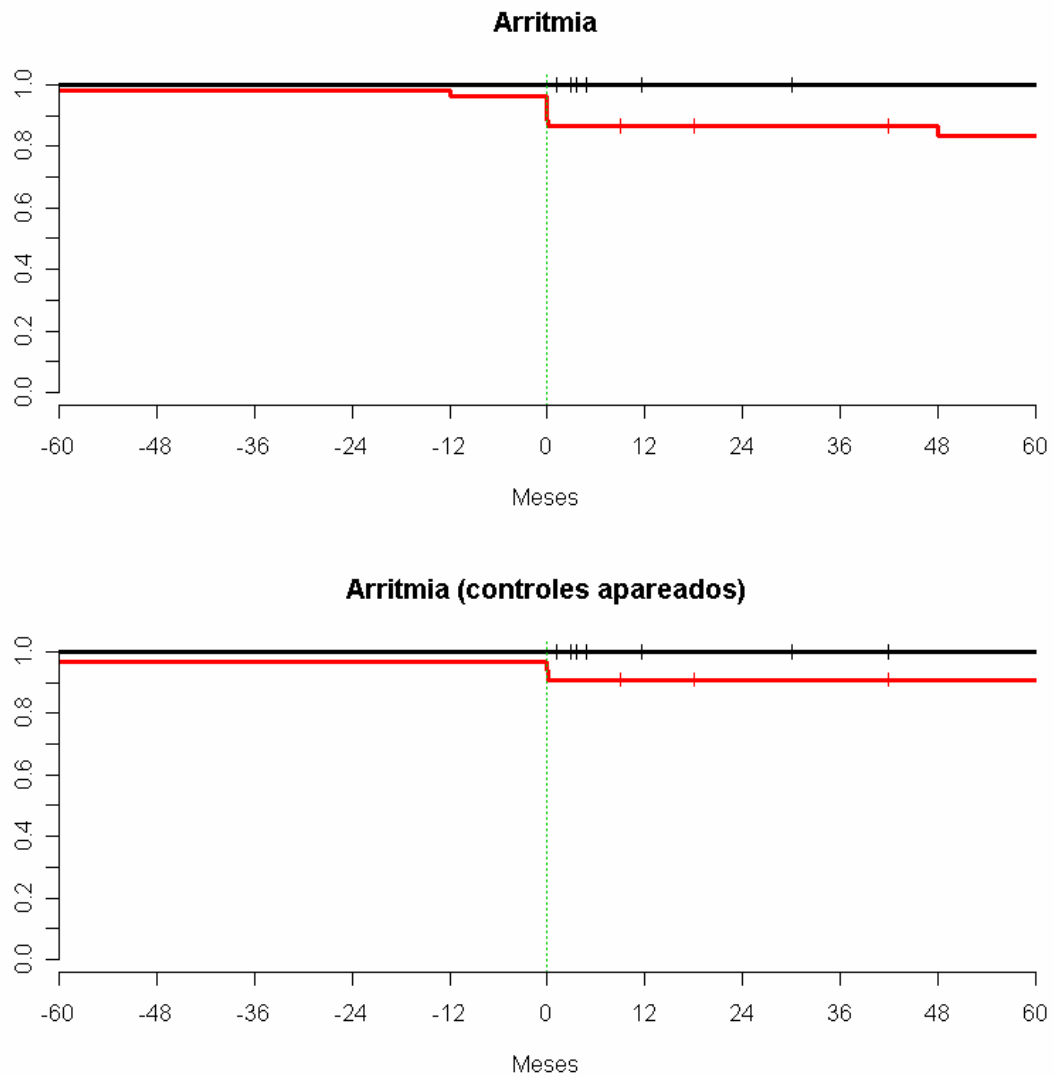


Gráfico 6-57. Arritmia surgida en el momento de comienzo de los cuidados.

### 6.4.1.3 Taquicardia

Como se aprecia en el Gráfico 6-58, en el momento de inicio de los cuidados se aprecia un aumento en la aparición de taquicardia, que



corresponde a 8 cuidadores EA del total de los 22 que se presentaron y que fueron 18 cuidadores EA y 4 cuidadores No-EA. La coincidencia de taquicardia con el momento de comienzo como cuidador sólo se produce en la muestra de cuidadores EA, situación que se mantiene cuando se procede al emparejamiento de ambas muestras, según se observa en el gráfico.

El análisis exhaustivo de los casos de aparición previa, nos indica que, al igual que sucedía en el análisis de las arritmias, la especial connotación de “cuidadores progresivos” de la muestra EA, constata lo referido por los autores citados en aquel apartado sobre la aparición de esta otra enfermedad psicosomática en relación con el trabajo estresante que supone el cuidar a pacientes.

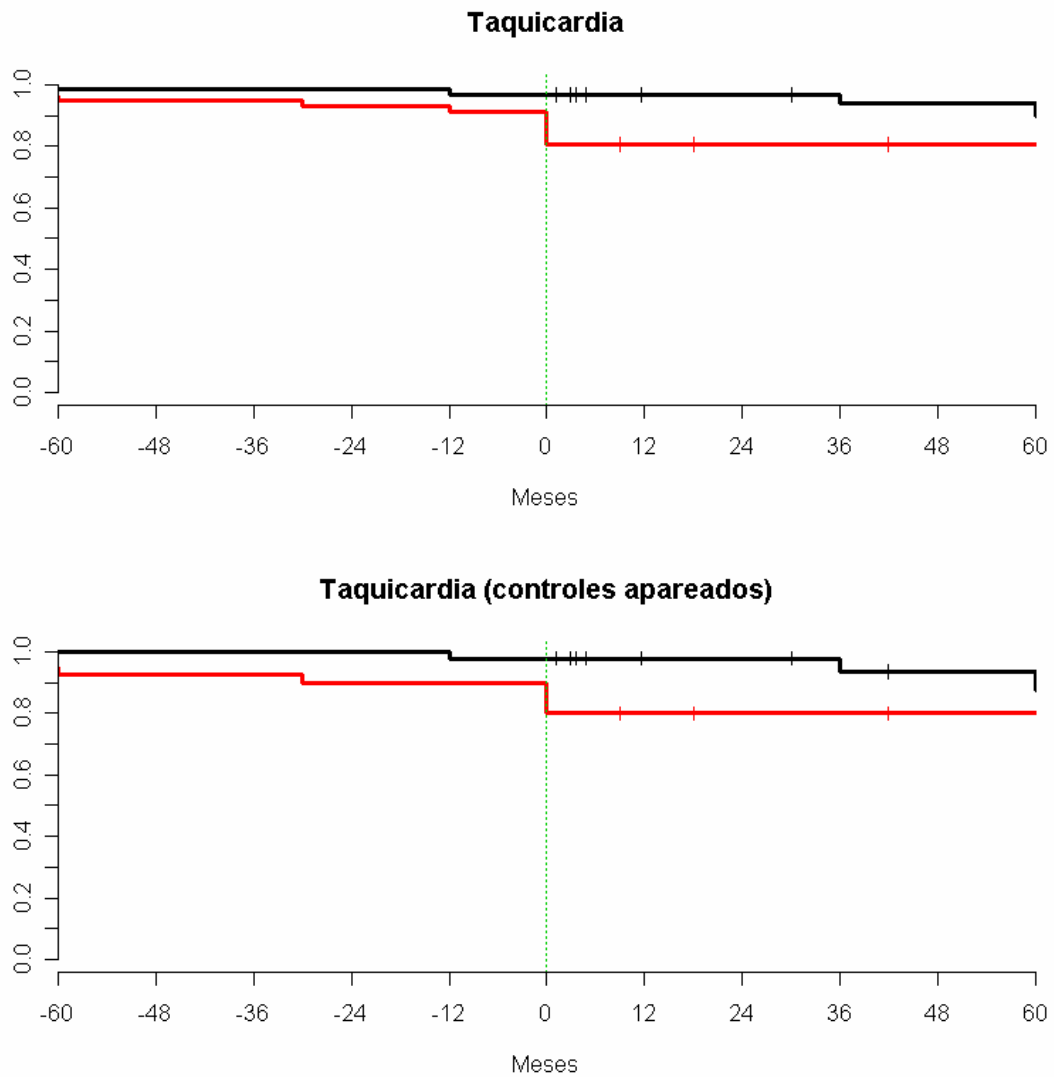


Gráfico 6-58. Taquicardia surgida en el momento de inicio de los cuidados.

La prueba de McNemar encuentra asociación estadísticamente significativa entre taquicardia y ser cuidador EA (McNemar p-valor = 0.02445).

## **6.4.2 Sistema Respiratorio**

### **6.4.2.1 Síndrome de hiperventilación**

Los cuidadores que padecían síndrome de hiperventilación tras asumir el rol de cuidados fueron 8, de ellos 6 cuidaban enfermos de Alzheimer y 2 eran cuidadores No-EA, observándose que en el momento de asumir el rol de cuidador surgieron 3 casos, siendo todos ellos de la muestra de cuidadores EA.

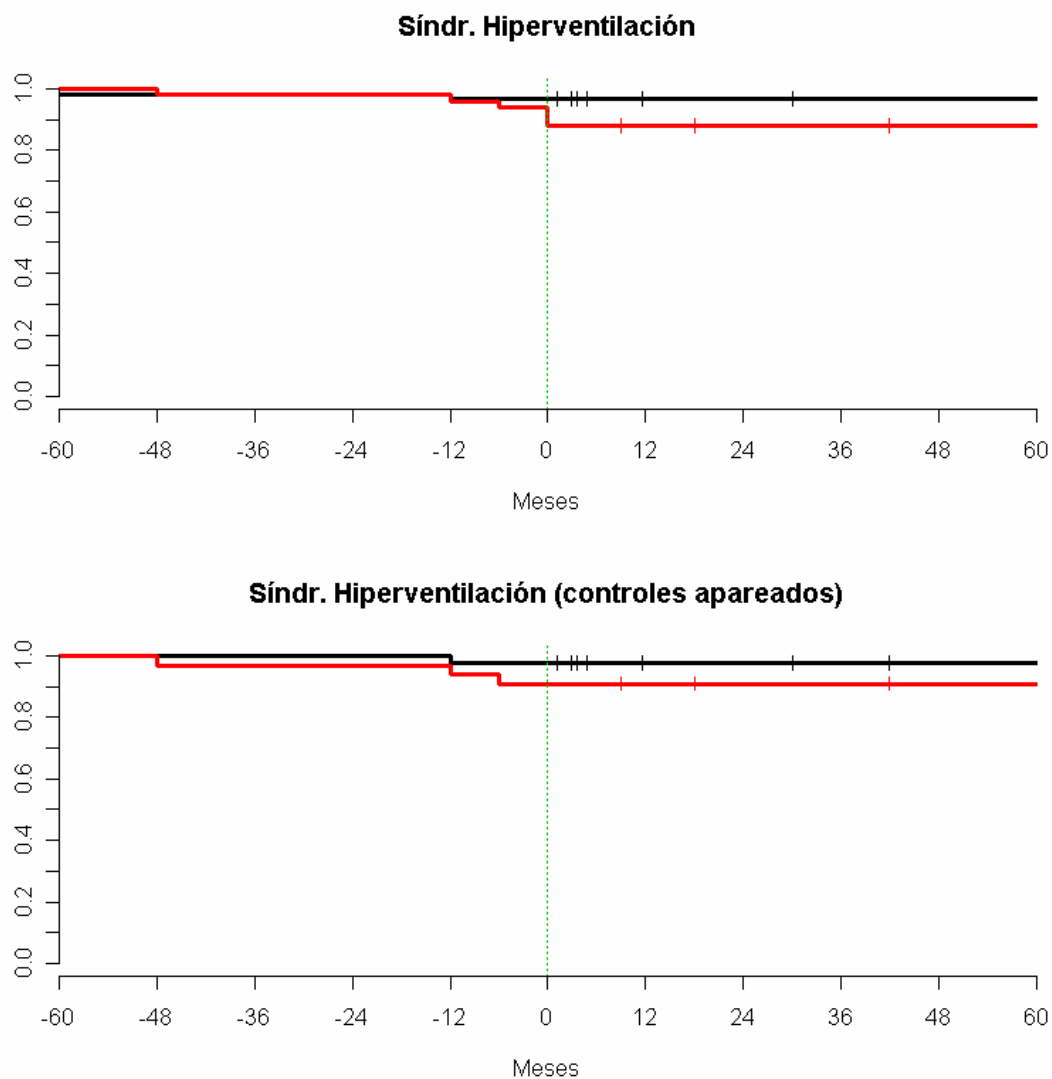
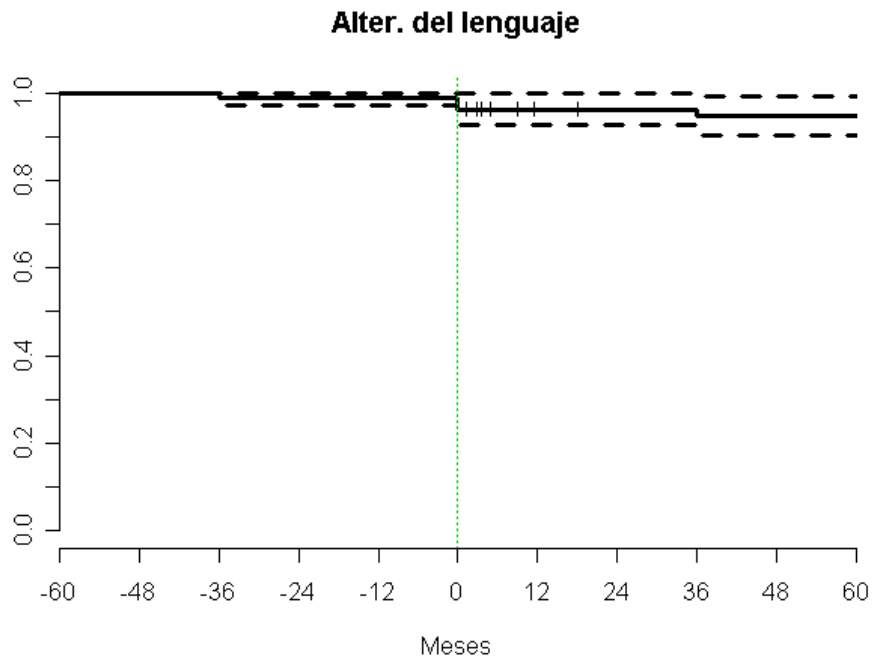


Gráfico 6-59. Síndrome de hiperventilación surgido en el momento de inicio de los cuidados.

### 6.4.2.2 Alteración del lenguaje

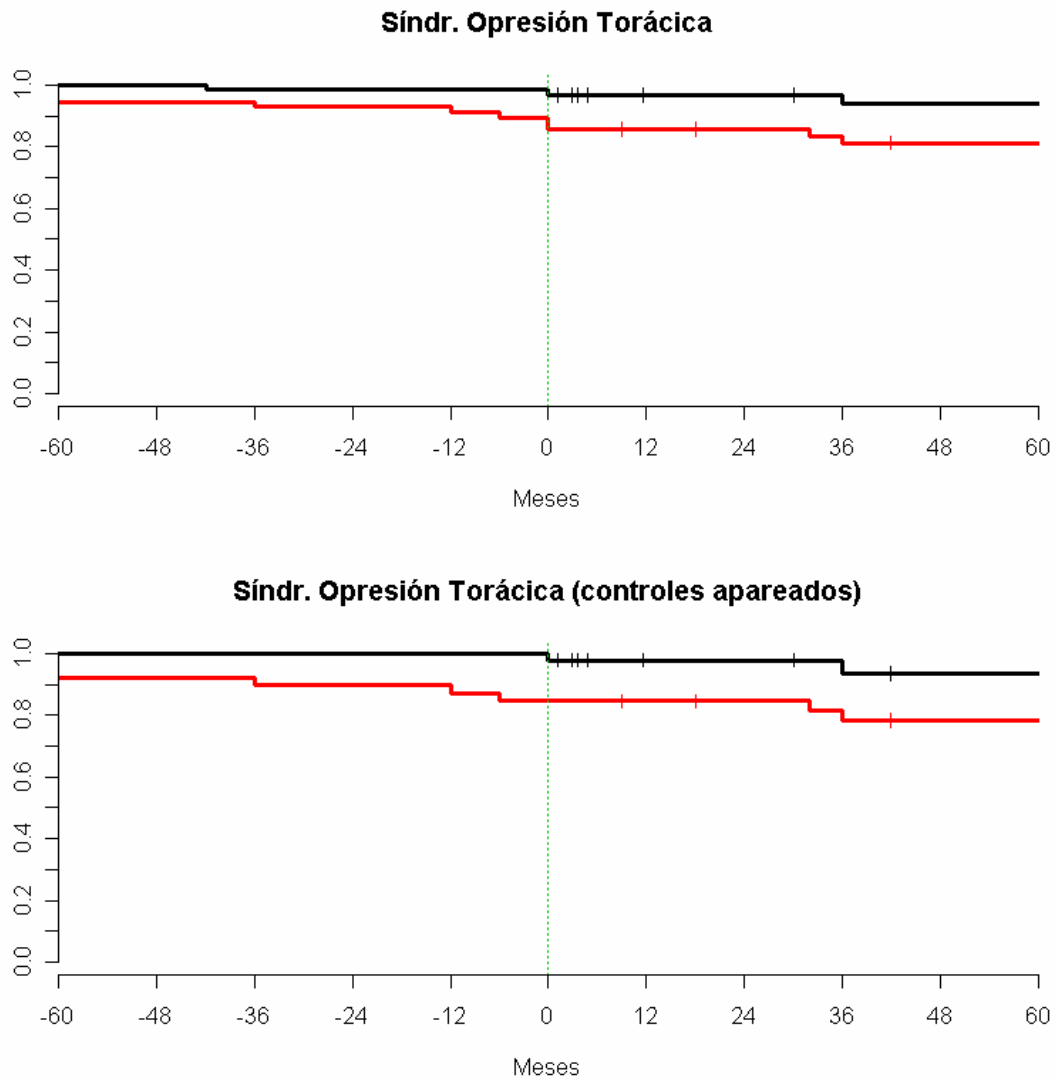
Sólo 4 cuidadores refirieron haber desarrollado alteración del lenguaje, 3 de ellos cuidadores EA y 1 cuidador No-EA, observándose que concurrieron con el momento de inicio de los cuidados 2 cuidadores EA y 1 No-EA.



*Gráfico 6-60. Alteración del lenguaje surgida en el momento de inicio de los cuidados.*

#### **6.4.2.3 Síndrome de opresión torácica**

De los 12 cuidadores que refirieron padecer opresión torácica, 9 eran cuidadores EA y 3 cuidadores No-EA, detectándose que coincidiendo con el momento de comienzo de los cuidados surgió esta patología en 3 cuidadores de la muestra EA y 1 en la de No-EA. (Ver Gráfico 6-61).



*Gráfico 6-61. Síndromes de opresión torácica aparecidos tras la asunción de los cuidados y tras el apareamiento.*

La diferencia no fue estadísticamente significativa (McNemar p-valor = 0.1306).

### **VI.5.c. Sistema digestivo**

#### **VI.5.c.1. Dispepsia gástrica**

Fueron 7 los cuidadores EA y 5 los cuidadores No-EA que presentaron dispepsia gástrica, encontrándose que sólo coincidió la presentación de este problema con el inicio de los cuidados en 2 cuidadores EA y 1 No-EA.

La diferencia no fue estadísticamente significativa (McNemar p-valor = 0.7237).



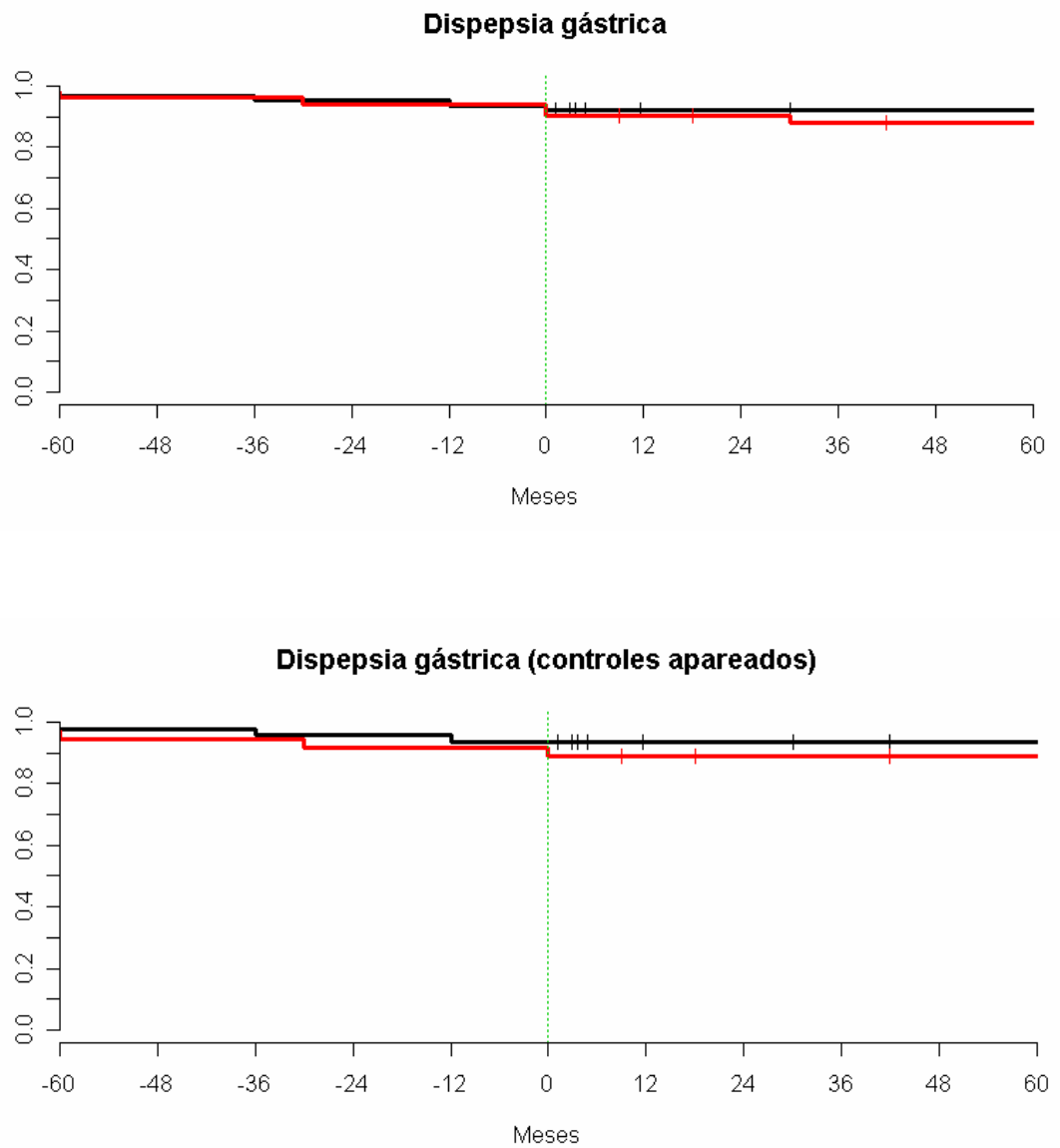


Gráfico 6-62. Dispepsias gástricas surgidas en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

#### **6.4.2.4 Estreñimiento**

De los 11 cuidadores que padecía estreñimiento, 8 eran cuidadores EA y 3 cuidadores No-EA. La concurrencia de este problema con el momento de comienzo de los cuidados se produjo en 3 cuidadores EA y 1 No-EA.

La diferencia no resultó ser significativa (McNemar p-valor = 0,1)

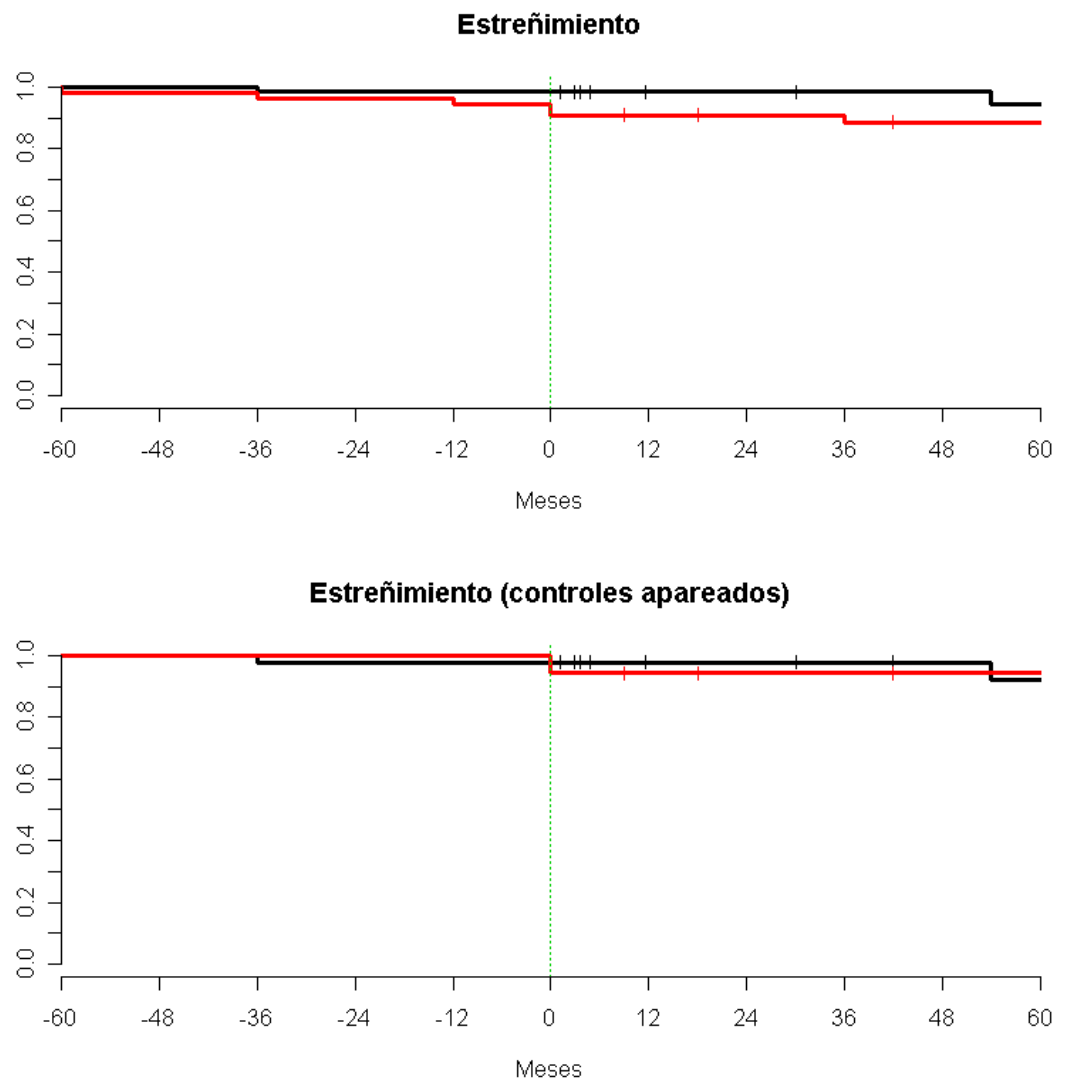
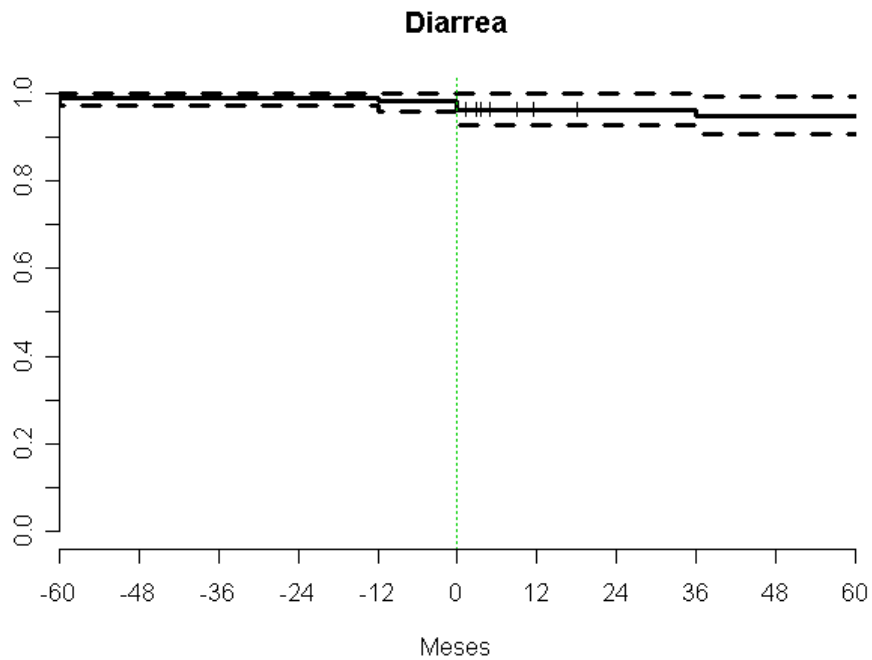


Gráfico 6-63. Estreñimiento surgido en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

#### 6.4.2.5 Diarrea

Esta patología se presentó en 6 individuos, 5 cuidadores EA y 1 No-EA, observándose que en tan sólo 2 casos, correspondientes a la muestra de cuidadores EA, coincidió con en momento de inicio del rol de cuidador.



*Gráfico 6-64. Diarrea aparecida en el momento de inicio de los cuidados.*

#### 6.4.2.6 Hemorroides

De los 13 individuos que refirieron padecer hemorroides, 8 eran cuidadores EA y 5 No-EA, observándose la coincidencia de 2 casos de

aparición de este problema en el momento de inicio de los cuidados, casos que pertenecían a la muestra de cuidadores EA.

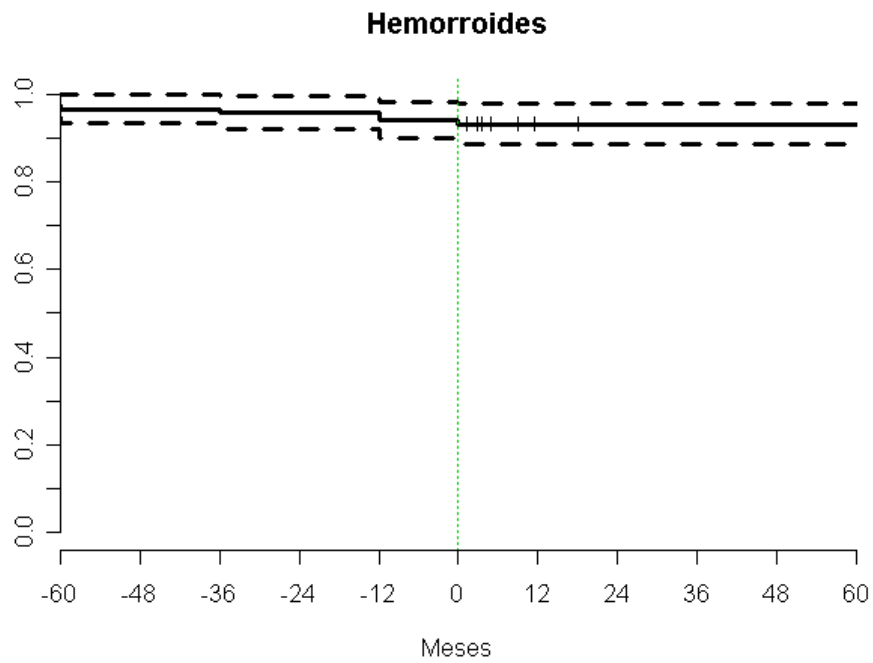
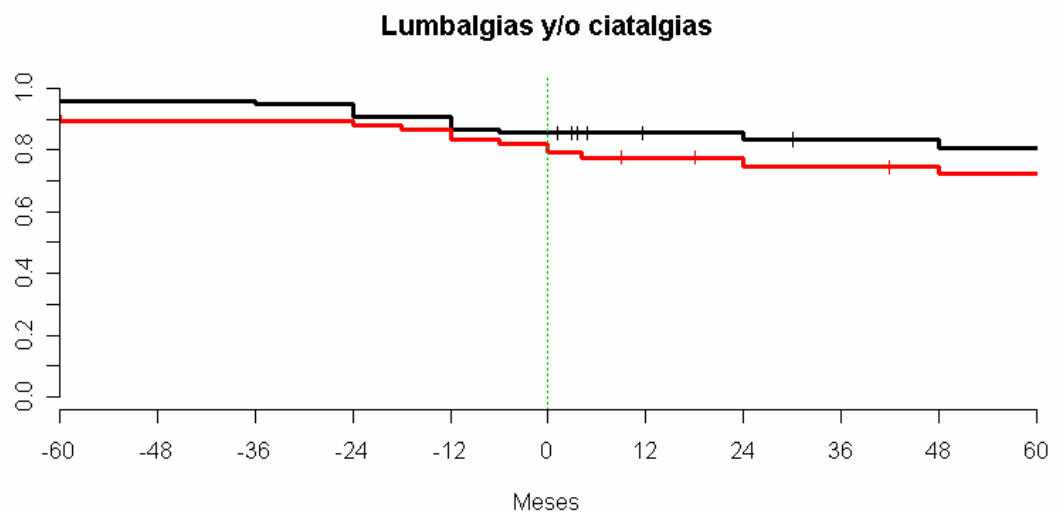


Gráfico 6-65. Hemorroides surgidas en el momento de inicio de los cuidados.

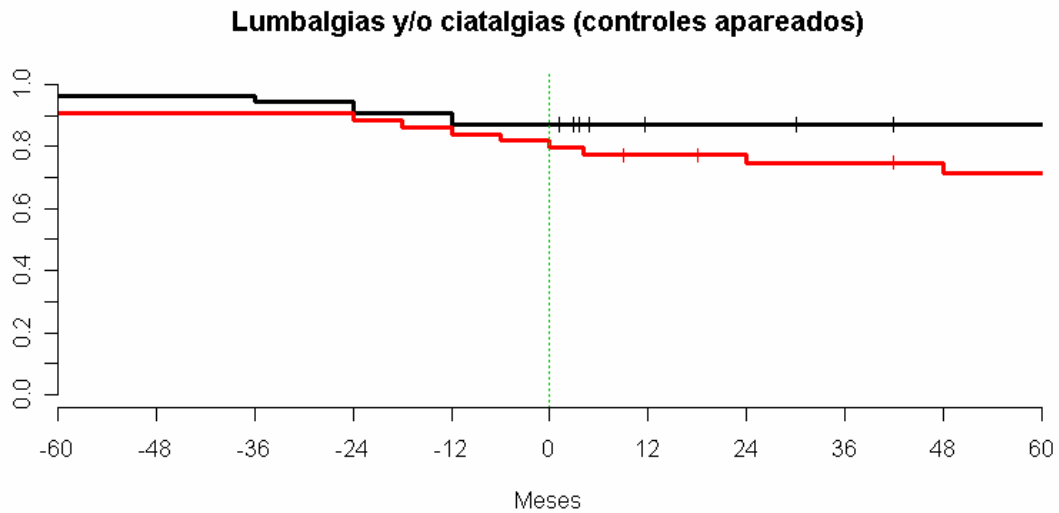
### 6.4.3 Sistema locomotor

#### 6.4.3.1 Lumbalgias y/o ciatalgias

La presentación de lumbalgias y/o ciatalgias se identificó en 53 individuos de ambas muestras, 30 cuidadores EA y 23 No-EA. En 7 cuidadores EA y 2 No-EA la aparición de estas patologías coincidió con el momento de comenzar a ser cuidador.



*Gráfico 6-66. Lumbalgias/ciatalgias surgidas en el momento de inicio de los cuidados.*



*Gráfico 6-67. Lumbalgias /ciatalgias tras el apareamiento.*

La diferencia no resultó ser estadísticamente significativa (McNemar p-valor = 0.8137).

#### **6.4.3.2 Contracturas musculares**

Como se observa en el Gráfico 6-68, se aprecia un aumento de los casos de contracturas musculares coincidente con el inicio de los cuidados. De los 52 individuos que refirieron padecer contracturas musculares, 32 cuidadores EA y 20 No-EA, 12 de los de la muestra EA y 4 de la No-EA iniciaron su padecimiento en el momento de comenzar a ser cuidador.

Esta situación, que, como se muestra en el Gráfico 6-69, se mantiene tras el emparejamiento de ambas muestras, indica que no se trata de un hecho casual el que al inicio de los cuidados se presenten contracturas musculares, siendo más probable entre los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

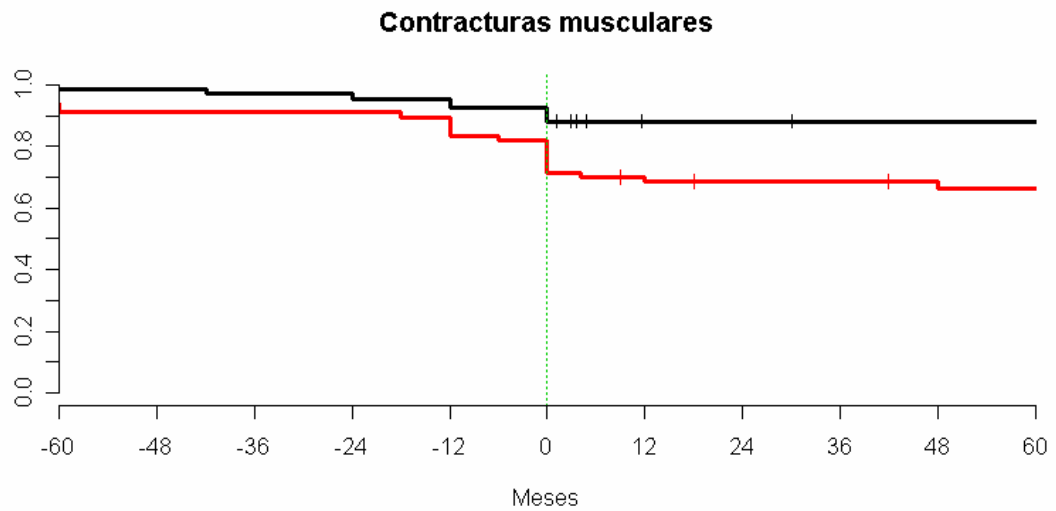


Gráfico 6-68. Contracturas musculares surgidas en el momento de inicio de los cuidados.

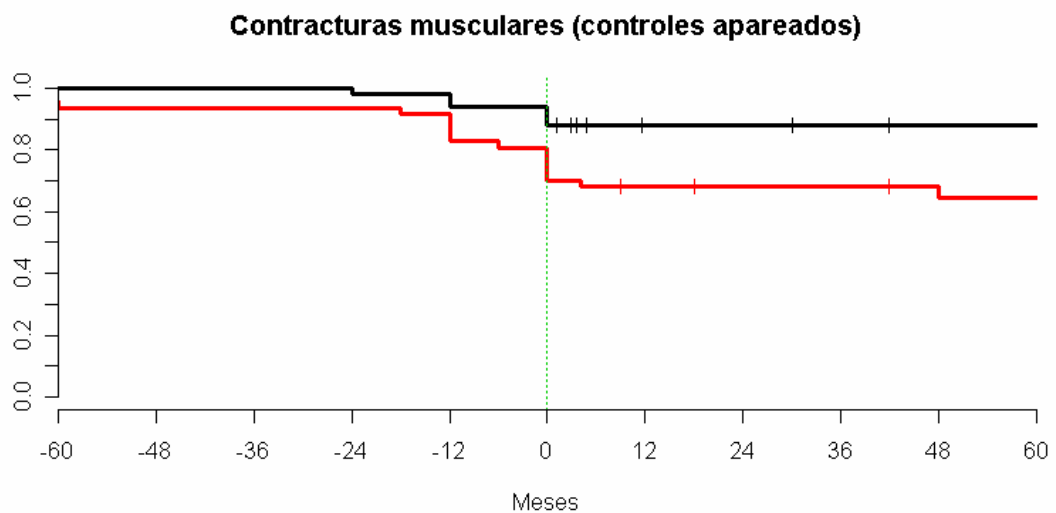


Gráfico 6-69. Contracturas musculares tras el apareamiento.

McNemar p-valor = 0.08086



### **6.4.3.3 Calambres**

Fueron 14 cuidadores EA y 8 NO-EA los que aquejaron calambres musculares, de ellos, sólo 2 de los de la muestra de cuidadores EA y 1 de la No-EA refirieron haber comenzado con este padecimiento en el momento de comienzo de los cuidados.

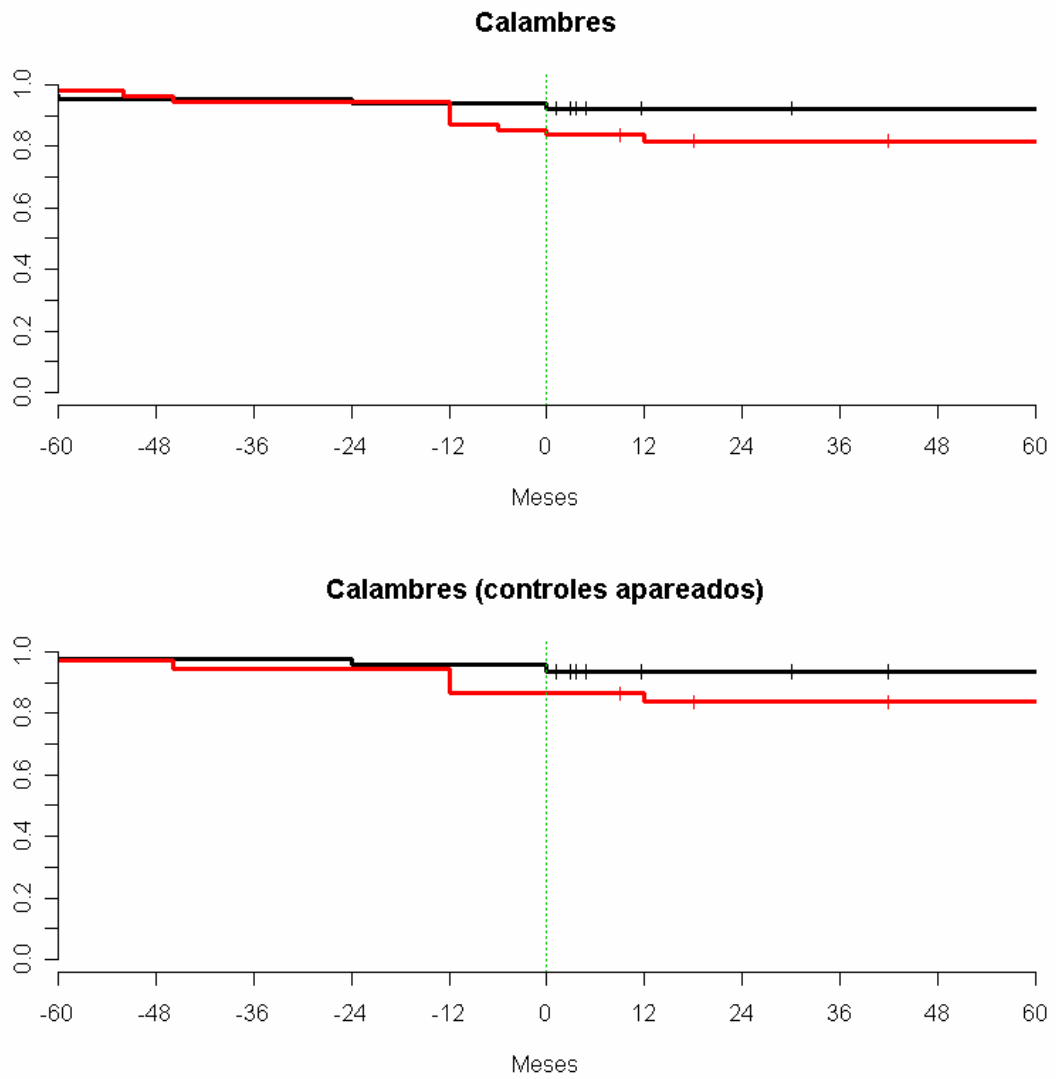


Gráfico 6-70. Calambres surgidos en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

McNemar p-valor = 0.6056.

#### **6.4.4 Sistema endocrino**

No se encontraron diferencias estadísticas entre los individuos de ambas muestras en relación con el momento de inicio de los cuidados y la aparición de pscosomatopatías endocrinas.

#### **6.4.5 Sistema nervioso**

##### **6.4.5.1 Cefalea**

De los 34 individuos que padecían cefaleas, 26 eran cuidadores EA y 8 No-EA.

En el Gráfico 6-71, se observa que existió un incremento en la aparición de casos de cefaleas en la muestra de cuidadores EA en coincidencia con el momento de inicio de los cuidados, que se contabilizaron en 11 casos y tan solo 1 de la muestra No-EA. El mantenimiento de este hecho tras el emparejamiento de ambas muestras, como se ve en el Gráfico 6-72, indica una cierta asociación entre la presentación de cefaleas en los individuos al iniciar su rol de cuidador cuando el receptor de los cuidados es un paciente de Alzheimer, lo que no sucede entre los cuidadores de otros tipos de pacientes crónicos.

La diferencia resultó significativa (McNemar p-valor = 0.03389).

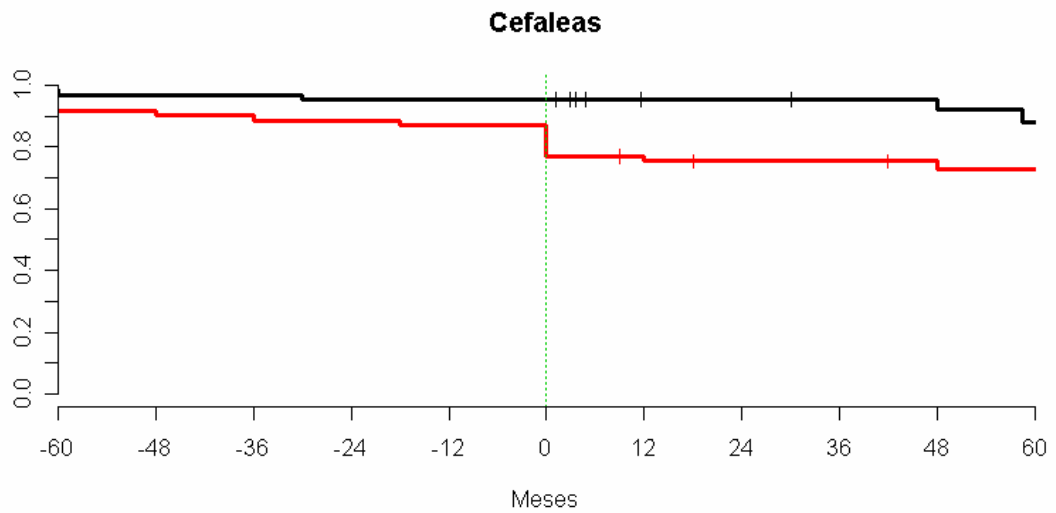


Gráfico 6-71. Cefaleas aparecidas en el momento de inicio de los cuidados.

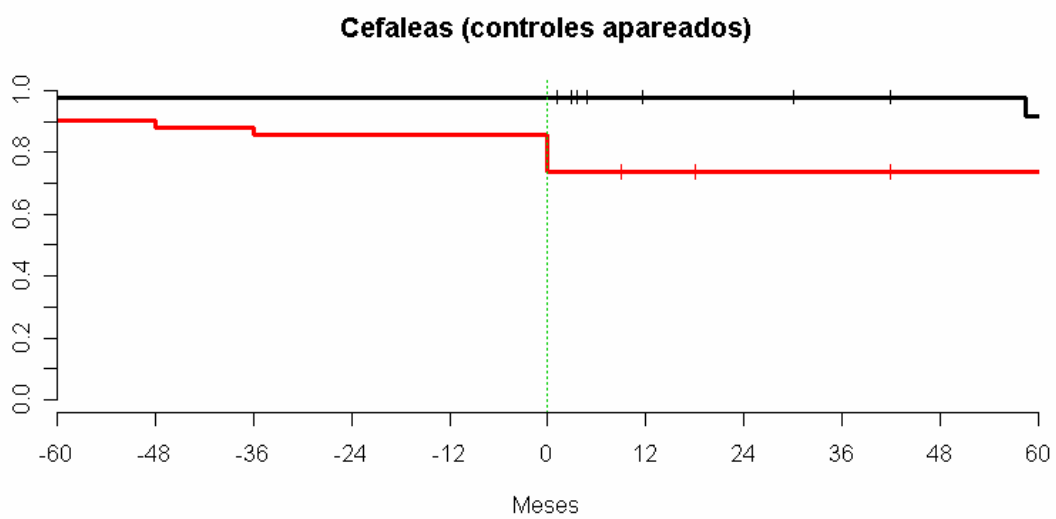


Gráfico 6-72. Cefaleas tras el apareamiento de las muestras.

#### **6.4.5.2 Depresión**

Como se observa en el Gráfico 6-73, los casos de depresión percibida por los cuidadores, 25 de los EA y 11 de los No-EA, experimentaron un incremento al inicio de los cuidados entre los individuos de la muestra EA, ascendiendo a 16 casos, mientras que en la muestra de cuidadores No-EA sólo aparecieron 2 casos.

Según se aprecia en el gráfico, al mantenerse este hecho tras proceder al emparejamiento de las 2 muestras, se constata que no se trata de un hecho casual la percepción de depresión por parte del cuidador en el momento de inicio de sus tareas de cuidados cuando el receptor de éstos es un enfermo de Alzheimer.

La diferencia resultó ser significativa (McNemar p-valor = 0.009823).

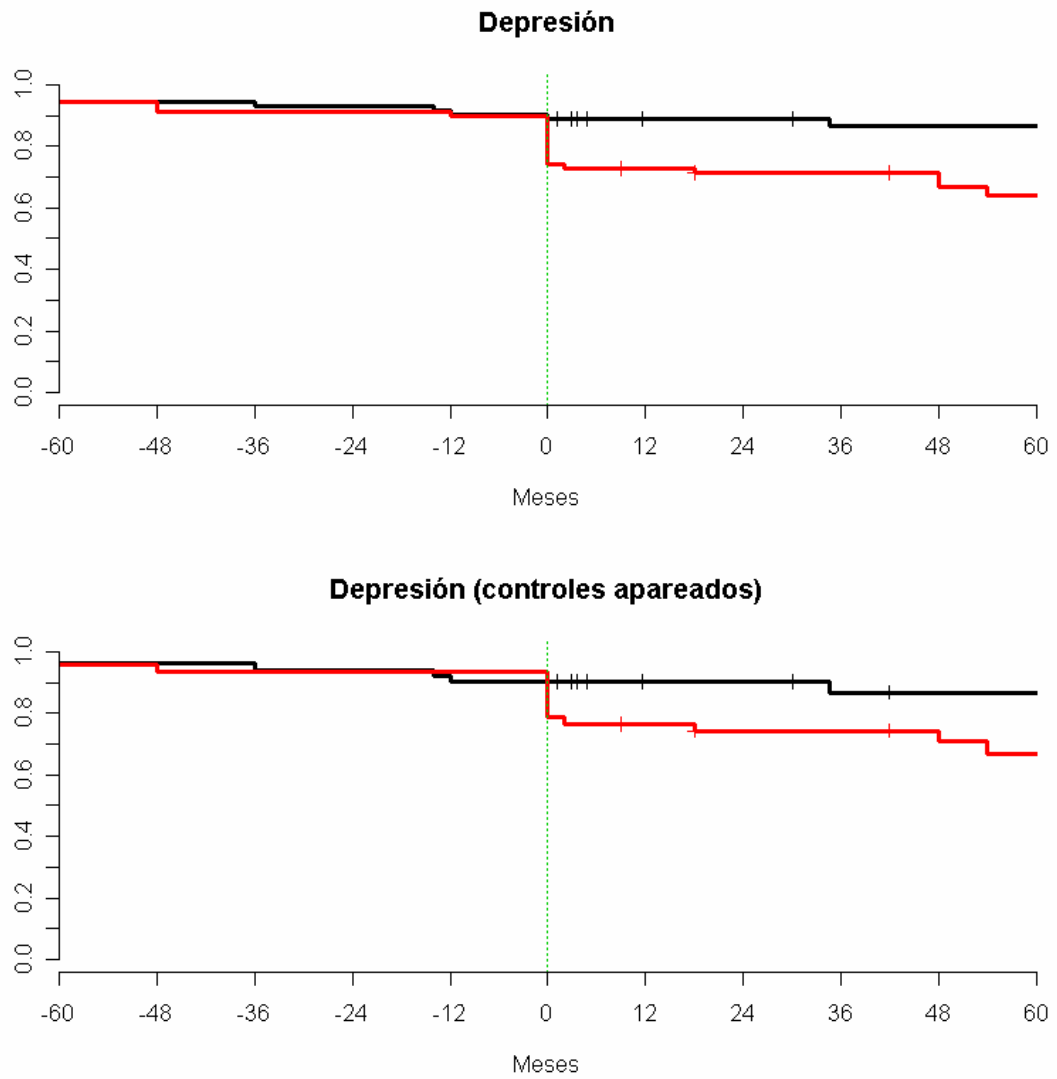


Gráfico 6-73. Depresión surgida en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento de casos.

### 6.4.5.3 Ansiedad

De la muestra de cuidadores EA, 32 refirieron sentir ansiedad, frente a 12 cuidadores No-EA, estableciéndose un incremento de este problema en el momento de inicio de los cuidados, visible en el Gráfico 6-74, que correspondió a 18 casos en la muestra de cuidadores EA y 3 en la de No-EA.

En el gráfico se puede observar que la coincidencia del Gráfico 6-74 referido aumento del número de casos con el momento de comienzo de los cuidados, se mantiene aún después de proceder al emparejamiento de ambas muestras, por lo que se puede afirmar que la concurrencia del aumento de números de casos de cuidadores que comenzaron a percibir ansiedad en el momento de inicio de los cuidados no es casual, destacándose como mayor probabilidad de confluencia de ambos eventos cuando el cuidador atiende a un enfermo de Alzheimer.

La referida diferencia entre las muestras resultó ser estadísticamente significativa (McNemar p-valor = 0.009823).

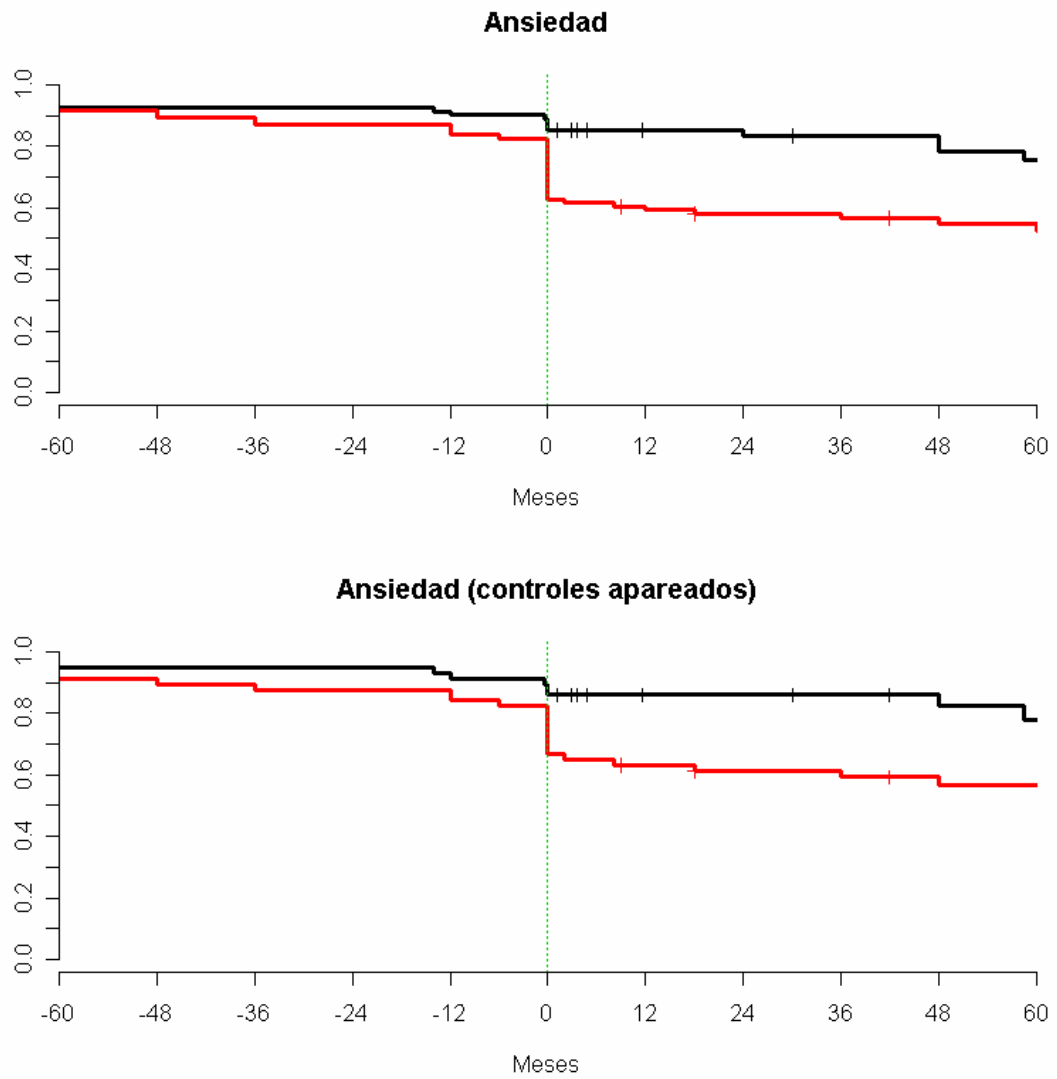


Gráfico 6-74. Ansiedad surgida en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento de casos.



#### 6.4.6 Sistema dermatocutáneo

La siguiente tabla ofrece los resultados de los casos de enfermedades cutáneas detectadas en ambas muestras, sin que se encontrara una manifiesta concurrencia de la aparición de alguna de ellas con el momento de comienzo del rol de cuidador, salvo 1 caso de eccema en la muestra de cuidadores EA, 2 de alopecia en la misma muestra, 2 de hiperhidrosis, uno de cada muestra, y 1 caso de alergia cutánea entre los cuidadores de EA.

Tabla 27. Enfermedades dermatocutáneas aparecidas tras la asunción de los cuidados.

<b>Sistema Dermatocutáneo</b>			
<b>Enfermedades</b>	<b>Número de casos</b>		
	<b>Cuidadores EA</b>	<b>Cuidadores No-EA</b>	<b>Total</b>
<b>Eccema</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Psoriasis</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Acné</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Alopecia</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
<b>Prurito</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Hiperhidrosis</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Alergia</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Otras dermatopatías</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

## **6.4.7 Trastornos ginecológicos y sexuales**

### **6.4.7.1 Vaginismo**

De los 15 casos de vaginismo detectados entre mujeres cuidadoras, 11 correspondieron a cuidadoras EA y 4 a cuidadoras No-EA. La coincidencia de aparición de esta enfermedad con el inicio de los cuidados se constató en 7 cuidadoras EA y ninguna No-EA.

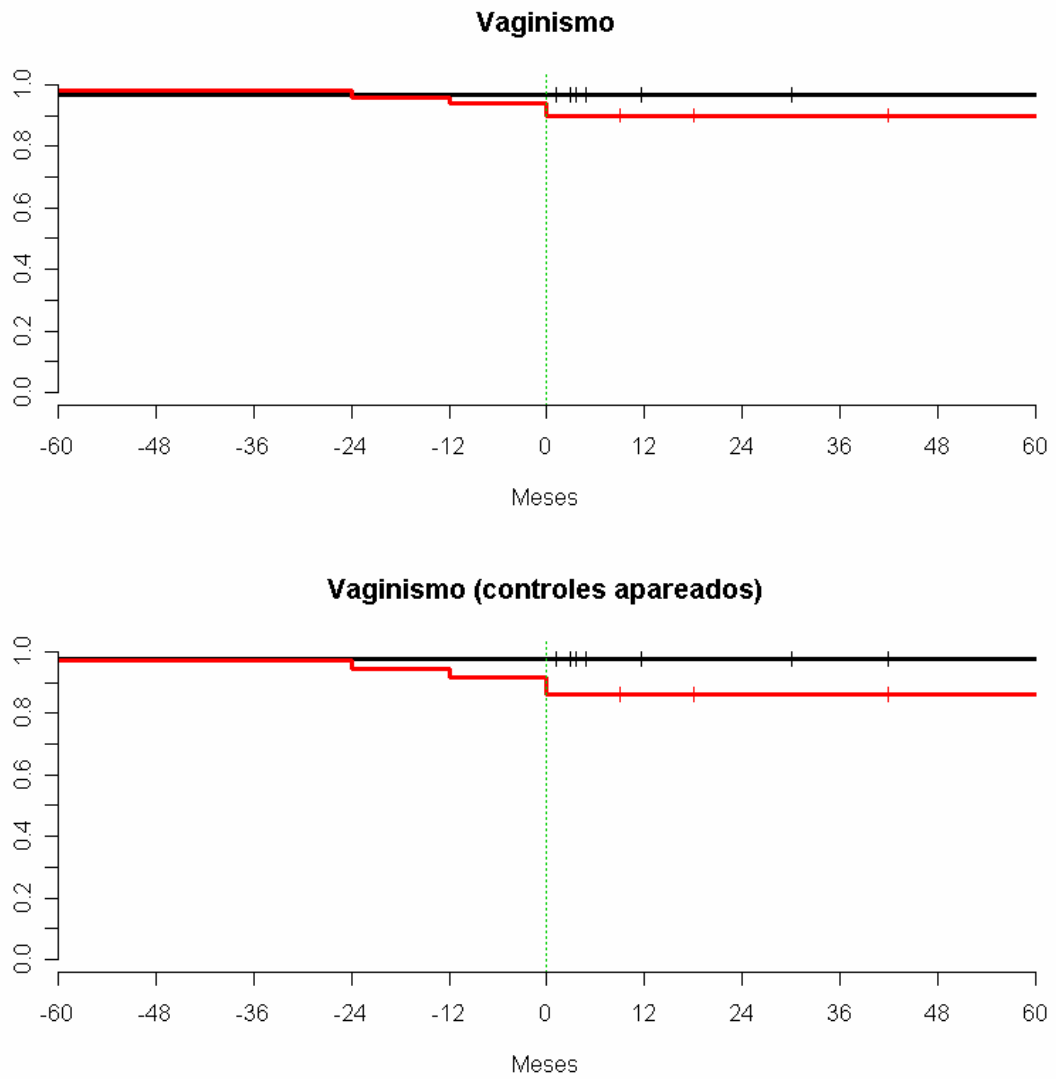


Gráfico 6-75. Vaginismo surgido en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

### 6.4.7.2 Trastornos menstruales

De las 8 mujeres que refirieron padecer trastornos menstruales, 3 eran cuidadoras EA y 5 No-EA, de las que tan solo en 1 caso coincidió la aparición de este problema con el comienzo de sus tareas como cuidadora.

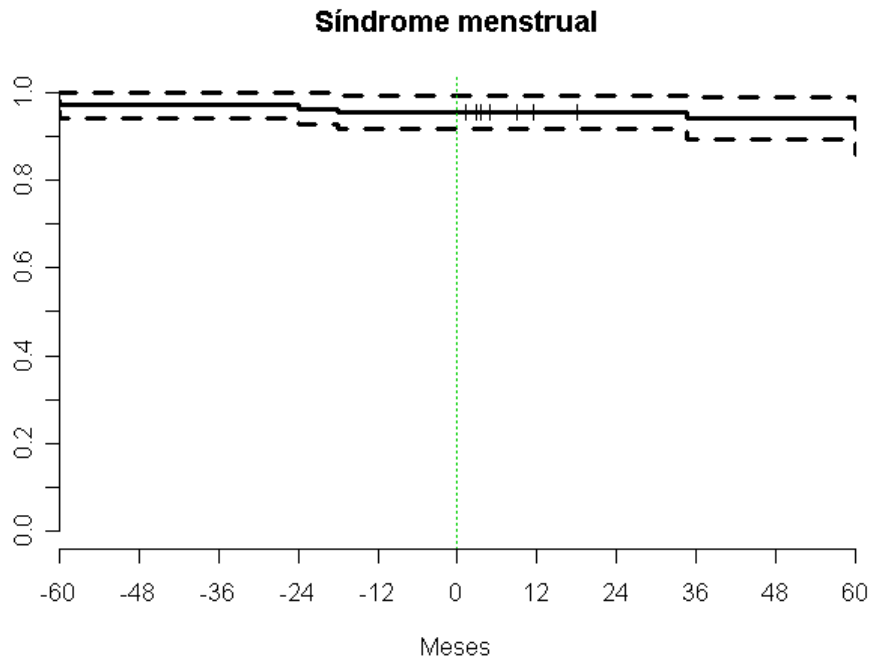


Gráfico 6-76. Síndrome menstrual surgido en el inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

### 6.4.7.3 Otras alteraciones sexuales

Fueron 3 los cuidadores EA y 4 las cuidadoras No-EA las que refirieron padecer otras alteraciones sexuales, como inapetencia y/o relaciones sexuales no gratificantes, de ellas, en el momento de inicio de los cuidados surgieron 2

casos en cada muestra. Los pertenecientes a cuidadores EA eran 1 hombre y una mujer.

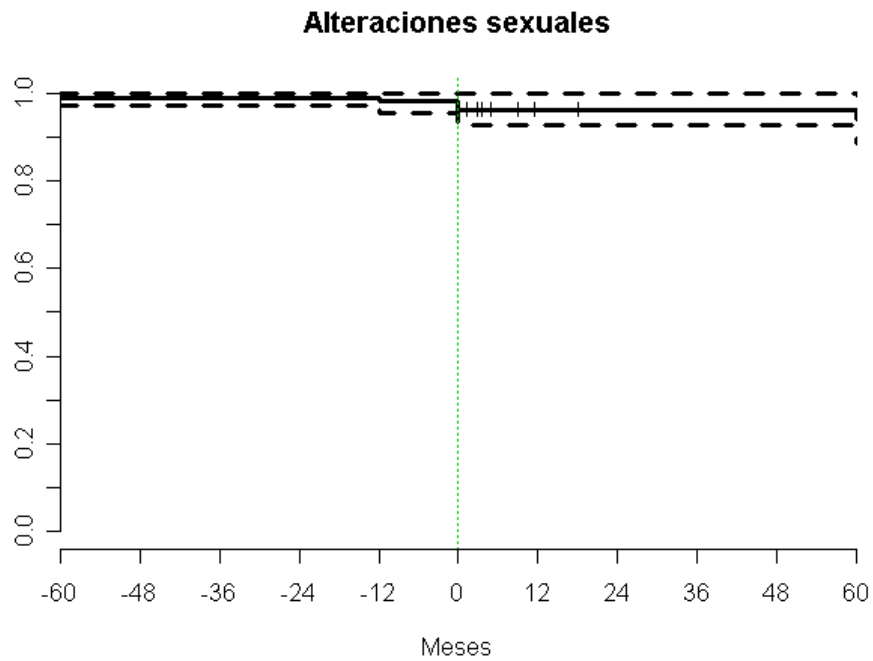


Gráfico 6-77. Otras alteraciones sexuales surgidas en el momento de inicio de los cuidados y tras el apareamiento.

## **7 CONCLUSIONES**

1. El hecho de ser cuidador está asociado a la aparición de algunas alteraciones biopsicosociales en los cuidadores.
2. Ser cuidador está asociado al padecimiento de enfermedades psicosomáticas.
3. La Enfermedad de Alzheimer es factor de riesgo especial para la presentación de las siguientes patologías en el cuidador:
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Taquicardia, con una incidencia mayor en las mujeres.
  - Contracturas y calambres musculares
  - Cefaleas
  - Arritmias
  - Jaquecas.
4. La evidencia recogida en este estudio apoya la hipótesis planteada, pudiéndose afirmar que la enfermedad de Alzheimer del receptor de los cuidados supone un factor de riesgo psicosomático añadido para el cuidador familiar de las personas afectas de patologías crónicas discapacitantes.





## **8 PROSPECTIVAS**

En los últimos años, la sociedad, consciente de los beneficios sociales que produce la ingente población de cuidadores de personas dependientes, va desarrollando diversos mecanismos que apoyen a este importante sector social.

En este sentido, es de resaltar la sensibilidad política de la Junta de Andalucía, demostrada con la promulgación del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas de la Junta de Andalucía, en cuyo desarrollo, el II Plan de Calidad en Salud contempla un apoyo especial a las familias con enfermos de Alzheimer, en el que, entre otras muchas actuaciones, potencia la asistencia fisioterapéutica domiciliaria.

Asimismo, la reciente Ley 39/ 2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, trata de paliar algunos aspectos biopsicosociales del importante sector social de los cuidadores. Esta ley, inmersa en el concepto biopsicosocial de la Salud, reconoce en su artículo 2º que la asunción de las tareas de cuidados convierte al cuidador en persona dependiente.

La amplia experiencia vivida por el doctorando como enfermero de Atención Primaria, Fisioterapeuta y familiar cuidador de personas dependientes, han motivado su preocupación por analizar el contexto biopsicosocial de los cuidadores, alejando este estudio de toda evocación a la subjetividad y con el objetivo de tratar de encontrar respuestas al sinfín de problemas biopsicosociales que afectan al cuidador.

La Fisioterapia, como Ciencia de la Salud que contempla al ser humano en toda su dimensión biopsicosocial, no puede quedar al margen de la

problemática de los cuidadores. Se impone, por tanto, el estudio de la efectividad de diversas actuaciones desde la Fisioterapia en orden a prevenir, mejorar y/o curar o paliar las afectaciones biopsicosociales de este trascendental colectivo, procurándoles con ello las mejores condiciones de vida.

Consciente de que las respuestas a este reto no podrán obtenerse de un simple análisis, sino que requieren articular una línea de investigación duradera en el tiempo, se pretende, a partir de este trabajo, continuar investigando los efectos de distintas técnicas fisioterapéuticas en la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las patologías psicosomáticas que afectan a los cuidadores.

Como continuidad a este trabajo, se pretende investigar los efectos de la electroestimulación transcutánea en el tratamiento de la depresión del cuidador.

## **9 BIBLIOGRAFÍA**

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Abboussafy D, Campbell TS, Lavoie K, Aboud FE, Ditto B. (2005). Airflow and Autonomic Responses to Stress and Relaxation in Asthma: The impact of Stressor Type. *Int. J. Psychophysiol*; 57 (3): 195-1.
2. Abrass CK, O'Connor S W, Scarpace PJ, Abrass IB. (1985). Characterization of the beta-adrenergic receptor of the rat peritoneal macrophage. *J. Immunol*; 135: 1338-1.
3. Ackernelcht EH. (1971). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal Universitaria.
4. Adam S, Forrest S. (1999). ABC of intensive care: Other supportive care. *British Medical J*; 319:175-8.
5. Adsett CA. (1968). Psychological health of medical students in relation to medical educational process. *J. Med. Educ*; 43: 728-4.
6. Alexander F, Flagg GW, Foster S, Clemens T, Blahd W. (1961). Experimental studies of emotional stress: I. Hyperthyroidism. *Psychosom Med*; 23:104.
7. Alexander F, French T, Pollock D. (eds.) (1968). *Psychosomatic Specificity*, Chicago, University of Chicago Press.
8. Alexander F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York, W.W. Norton & Co.

9. Alfaro A *et al.* (2004). Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria*; 33 (4): 193.
10. Amarista FJ, Mata-Vallenilla J. (1999). *Psiquiatría clínica*. Caracas: Editorial Ateproca.
11. Andersson G. (1999), Epidemiologic features of chronic low back pain. *Lancet*; 581-5.
12. Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
13. Anvar M, Meshkibaf MH, Kokabi R. (2006). Study of psychiatric disturbance in infertile women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*; 4(2):73-5.
14. Arnold M, Rodríguez D. (1990) Crisis y Cambios en la Ciencia Social Contemporánea. *Revista de Estudios Sociales (CPU)*. Santiago. Chile. N° 65.
15. Arraztoa A (Coord.). (2004) *Escala de Valoración Social de la Dependencia*. Memoria. Comunidad Foral de Navarra. Dirección General de Bienestar Social. Versión html del archivo <http://www.cfnavarra.es/DGBS/planificacion/Dependencia.doc>.
16. Artaso B, Biurrun A, Goñi A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*; 38 (4): 212-8.
17. Asociación Monterrey. Boletín informativo.

18. Aznar Cabrerizo MI, Fleming V, Watson H, Narvaiza Solís MJ. (2004). Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Enfermería Clínica*; 14 (5): 286-3.
19. Bachman DL, Wolf PA, Linn R, Knoefel JE, Cobb J. (1992). Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham Study. *Neurology*; 42:115-9.
20. Bandura A, Perloff B. (1967). Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 111-6.
21. Baskin SM, Gay L. Lipchik GL, Smitherman TA. (2006). Mood and Anxiety Disorders in Chronic Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*; 46 (3):76–7.
22. Bergman von G. (1970). Concepto e importancia de la biología, patología y terapéutica funcionales. *Folia Clínica Internacional*; (20) 3.
23. Bernheim KF, Lehman AF. (1985). Biases, Loyalties, and Conflicts, Working with Families of the Mentally Ill. New York: W.W. Norton & Company; 188 -99.
24. Bertalanffy L von. (1976). Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
25. Bérubé L. (1991). Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. Les Éditions de la Chenelière Inc. Montréal. 176; 130.

26. Besedovsky H, Rey AD, Sorkin E, Prada MD, Burri R, Honegger C.(1983). The immune response evokes changes in brain noradrenergic neurons. *Science*; 221:564
27. Besedovsky H, Sorkin E, Keller M, Müller J (1975). Changes in blood hormone levels during the immune responses. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med*; 150:466.
28. Besedovsky H, Sorkin E. (1977). Network of immune-neuroendocrine interactions. *Clin. Exp. Immunol.*; 27:1
29. Biain de Touzet B. (2002). *Tartamudez; una disfluencia con cuerpo y alma*. Paidós (1. ed.). Buenos Aires.
30. Biegel D, Sales E, Schulz R. (1991). *Family Caregiving in Chronic Illness: Heart Disease, Cancer, Stroke, Alzheimer's Disease, and Chronic Mental Illness*. Newbury Park, CA, Sage Publications.
31. Binet A, Courtier J. (1896). Influence de la vie émotionnelle sur le coeur, la respiration et la circulation capillaire. *L'Année Psychologique*; 3:65–26.
32. Biondi M, Portuesi G. (1994). Tension-type headache: psychosomatic clinical assessment and treatment. *Psychotherapy and psychosomatics*; 61 (1-2): 41-64.
33. Bjordal JM. (2003). Validation of electrophysical agents in pain management by identification of their dose-response patterns. Tesis Doctoral. University of Bergen. Norway.
34. Björntorp P. (2001). Do Stress Reactions Cause Abdominal Obesity and



- Comorbidities?. *Obesity Reviews*, 2:73-86.
35. Blanchard EB, Andrasik F, Appelbaum KA, Evans DD, Myers P, Barron KD. (1986). Three studies of the psychologic changes in chronic headache patients associated with biofeedback and relaxation therapies. *Psychosomatic Medicine*; 48 (1): 73-83.
  36. Blanchard EB, *et al.* (2002). Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. *J Consult Clin Psychol*; 70 (3): 725-38.
  37. Bordas JM. (1996). Abordaje del síndrome fibromiálgico. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 3: 604-7. [Medline]
  38. Bover A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. Memoria de solicitud del proyecto de investigación. Expediente N° PI020925
  39. Bram I. (1927). Psychic trauma in pathogenesis of exophthalmic goiter. *Endocrinology* 11:106.
  40. Brown WT, Gildea EF. (1937). Hyperthyroidism and personality. *Amer Psychiat*; 94:59.
  41. Buckman R. (2001). Aptitudes de comunicación en los Cuidados Paliativos. *Clin Neurol Nort Am*; 987-01.

- 
42. Bunde J, Suls J. (2005). Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*; 131(2):260-300.
  43. Cannon, WB. (1928) The Mechanism of Emotional Disturbance on Bodily Functions. *New Engl J of Med*; 198:877–84.
  44. Cardillo C, Kilcoyne CM, Cannon RO, Panza JA. (1998). Impairment of the nitric oxide-mediated vasodilator response to mental stress in hypertensive but not in hypercholesterolemic patients. *J. Am. Coll. Cardiol.*; 32(5):1207-13.
  45. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*; 60: 1040-5.
  46. Carnahan RM, Perry PJ. (2004). Depression in Aging Men: The Role of Testosterone. *Drugs & Aging*. 21(6):361-76.
  47. Carrillo JM, Collado S. (2003). Burnout. Síndrome del profesional quemado. *Jano*;15(1498): 58-9.
  48. Castellano E. (1997). El hombre de hoy entre cultura y psicosomática. En: Herrera E, Serrano V coordinadores. *Aportaciones a la Medicina Psicosomática*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Málaga: 49-65.

- 
49. Chappell NL, Reid RC. (2002). Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772-80.
  50. Cohen AN, Hammen C, Henry RM, Daley SE. (2004). Effect of Stress and Social Support in Bipolar Disorder. *J. Affect. Disord*; 82(1):143-7.
  51. Cohen S, Hamrick N, Rodríguez MS, Feldman PJ, Rabin BS, Manuck SB. (2002). Reactivity and Vulnerability to Stress-Associated Risk for Upper Respiratory Illness. *Psychosomatic Medicine* 64:302-0.
  52. Collière M. (1989). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rev. Rol de Enfermería*; 179-180: 17-5.
  53. Comelles JM. (1993). Utopía de la Atención Integral en Salud. *Revisiones en Salud Pública*; 3:169-92.
  54. Cottraux, J. (1981). *Psychosomatique et médecine comportementale*. Masson; 1: 7-25.
  55. Cruz V, Vargas J. (2006). Manifestaciones físicas y riesgo psicosocial que presentan las enfermeras del hospital San José de Sogamoso y su relación con el estrés intralaboral. *Biblioteca Lascasas 2006*; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0090hp> (Con acceso el 12.04.2007).
  56. Curl A. (1992). When family caregivers grieve for Alzheimer's patient. *Geriatric nursing*; Nov./Dec.: 305-7.

- 
57. Davies AO, Lefkowitz RJ. (1980). Corticosteroid-induced differential regulation of beta adrenergic receptors circulating human polymorphonuclear leukocytes and mononuclear leukocytes. *Endocrinology*; 51: 599-6.
  58. Diago JL, Guallar C, Andrés J. (1996). Factores de riesgo cardiovascular. Prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. En: Palmero F, Codina V (Eds.). *Trastornos cardiovasculares: influencia de los procesos emocionales*. Valencia. Promolibro: 65-86.
  59. Díaz J. (2000). Fenotipo conductual y neuropsicológico de los trastornos del lenguaje en la infancia. *Interpsiquis* (1).
  60. Díaz M *et al.* (1994). En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. *Composiciones Rali*; 73-5.
  61. Díez J *et al.* . (1995). Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *MEDIFAM*; 5:124-30.
  62. Díez J. (2002). Implications of population decline for the European Union (2000-2050). En Marquina A (Ed). *Environment Challenges in the Mediterranean (2000-2050)*. Kluwer Academic Press. London.
  63. Dongier M, Wittkower ED, Stephens-Newsham L, Hoffman MM. (1956). Psychophysiological studies in thyroid function. *Psychosom Med* 18:310.
  64. Durán MA. (2004) Las demandas sanitarias de las familias. *Gac. Sanitaria*; 18 (1): 195-00.

- 
65. Egeren van LF, Sparrow AW. (1989). Laboratory stress testing to assess real-life cardiovascular reactivity. *Psych Med*; 51:1-9.
  66. El-Serag HB, Talley NJ. (2004). Systematic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*; 19:643–54.
  67. Engel GL. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatr*; 137: 535-44.
  68. Engel GL. (1995). Is grief a disease?. A challenge for medical research. En: Maxwell Edward A, Dimsdale JE, Engel BT, Lipsitt DR, Oken D, Sapira JD, Shapiro D y Weiner H (Eds). *Toward and integrated medicine. Classics from psychosomatic medicine, 1959-1978*. American Psychiatric Press. Washington, DC; 1-8. En Sánchez Guerrero E *et al.* (2006). Relevancia del abordaje biopsicosocial en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes psicosomáticos. *Psiquis*; 22 (3): 137-42.
  69. Equipo de Investigación Sociológica. (1999). *Necesidades y demandas de las familias con menores de 6 años con alguna discapacidad*. Edis. Madrid; oct.
  70. Esler M, Parati G. (2004). Is essential hypertension sometimes a psychosomatic disorder?. *J of Hypertension*. 22(5):873-6.
  71. Esquirol JED. (1838). *Des maladies mentales*. París.
  72. EURODEM (European Dementia Consortium): ADI, Factsheet 1. April, 1999.

- 
73. Ewalt JR. (1944). Psychosomatic problems. JAMA; 126(3):150.
74. Eysenck HJ. (1991). Smoking, personality and stress: Psychosocial factors in the prediction of cancer and coronary heart disease. New York: Springer Verlag.
75. Farcnik K, Persyko M.S. (2002). Assessment, Measures and Approaches to Easing Caregiver Burden in Alzheimer's Disease. Drugs Aging; 19(3), 203-15.
76. Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. <http://www.alzheimerdeandalucia.com>.
77. Felten DL, Felten SY, Carlson SL, Olschowka JA, Livnat S. (1985). Noradrenergic and peptidergic innervation of lymphoid tissue. J. Immunol; 135: 755-65.
78. Ferguson-Raypoht SM. (1956). The relation of emotional factors to recurrence of thyrotoxicosis. Canad Med Ass; 75:993.
79. Fernández B, Menezes VA, Ramos F. (2001). El síndrome de burnout en cuidadores formales de ancianos. Psicología.com; (2) Feb.; 1-5.
80. Fernández-Abascal, E. (1994). Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
81. Ferrando R, Lago G, Vignale R, Fabius B, Lyford A. (2007). El SPECT Cerebral en los Trastornos Psiquiátricos de la Dermatitis Atópica Severa. Alasbimn Journal 9(35): [http://www2.alasbimnjournal.cl/alasbimn/CDA/sec\\_b/0,1206,SCID%253D](http://www2.alasbimnjournal.cl/alasbimn/CDA/sec_b/0,1206,SCID%253D)
-

---

19265,00.html (Con acceso el 27.03.2007).

82. Fink P, Rosendal M, Olesen F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry*. Sep; 39(9):772-81.
83. Fish S. (1990). *Enfermos de Alzheimer, cómo cuidarlos - cómo cuidarse*. Ediciones Mensajero; 151-4.
84. Fishter MM, Quadflieg N, Gutman A. (1998). Binge eating disorder: treatment outcome over a six year course. *J Psychosom Res.*; 44:385-05.
85. Flórez JA, Adeva J, García MC, Gómez MP. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano*; 1218: 53-64.
86. Flórez JA. (1996). *Enfermedad de Alzheimer. Aspectos psicosociales*. Ed. Edika Med; 157.
87. Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafstrom M. (1991). Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: relationship with age, sex, and education. *Neurology*; 41:1886-92.
88. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, et al. (2000). Incidence of dementia and maior subtypes in Europe. A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*; 54 (Suppl.1): 10-15.
89. Friedman JH, Kastlin GJ, Kooperstein SI. (1946). *The Psychosomatic Factors in Pulmonary Consecutive Army Cases Tuberculosis: A Study of*

---

One Hundred. Chest. 12; 539-49

90. Friedman MJ. (1991). Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. J of Traumatic Stress, 4: 67-91.
91. Furtmayr-Schuh A. (1995). La enfermedad de Alzheimer. Ed. Herder; 137-8.
92. Gabry KE, et al. (2002). Marked supresion of gastric ulcerogenesis and intestinal responses to stress by a novel class of drugs. Mol Psychiatry; 7 (5): 474-83.
93. Gallo LC, Matthews KA. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role?. Psychological Bulletin, 129(1), 10-51.
94. Gálvez J, Ras E. (2003). Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. Atención Primaria; 31:338-48.
95. Gándara de la J. (1997). Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria; 20 (7): 389-94.
96. García MM, Mateo I, Gutiérrez P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
97. García MM. (1998). Abordaje integral de la Parálisis Cerebral Infantil. En Primer Congreso Nacional de Neuro-Ortopedia Infantil. Granada, octubre.



- 
98. García-Vadillo JA, Castañeda S, Carrasco AL, Jimeno A. (2001). Costes económicos de la artritis reumatoide de corta evolución. *Rev Esp Reumatol*; 28: 4-11.
  99. García-Vera MP, Sanz J, Labrador FJ. (2000). El problema de la Hipertensión Clínica Aislada o la hipertensión de Bata Blanca en los ensayos clínicos de los tratamientos antihipertensivos. *Ansiedad y Estrés* 2000,1:71-92.
  100. Gay L, Lipchik GL, Smitherman TA, Penzien DB, Holroyd KA. (2006). Basic Principles and Techniques of Cognitive-Behavioral Therapies for Comorbid Psychiatric Symptoms Among Headache Patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*; 46 (3):119–32.
  101. Gellhorn E, Cortell R, Feldman J. (1941). The Effect of Emotion, Sham Rage and Hypothalamic Stimulation on the Vago-Insulin System. *Am. J of Physiology*; 133:532–41.
  102. Gerin W, Chaplin W, Schwartz JE, *et al.* (2005). Sustained Blood Pressure Increase After an Acute Stressor; the Effects of the 11 September 2001 Attack on the New York City World Trade Center. *J. of Hipertensión*; 23:279-84.
  103. Gibson JG. (1962). Emotions and the thyroid gland: A critical appraisal. *Psychosom Res*; 6:93.
  104. Gloger S, Puente J, Arias P, *et al.* (1997). Immune Response Reduced by Intense Intellectual Stress: Changes in Lymphocyte Proliferation in Medical Students. *Rev. Med. Chil.*, 125 (6):665-70.

- 
105. Gniew R, Blin O, Pouget J, Serratrice G. (1992). Nociceptive threshold and physical activity. *Can J Neurol Sci*; 19:69-7
  106. Goldberg D, Bridges K, Duncan P, Grayson D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*; 897-99.
  107. Goldberg D, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psicol Med*; 9: 139-45.
  108. Gomborone JE, Dewsnap PA, Libby GW, Farthing MJC. (1995). Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosomat Res*; 39: 227-34.
  109. González Romero L. (1999). Psicosis orgánicas. En: Amarista FJ, Mata Vallenilla J, editores. *Psiquiatría clínica*. Caracas: Editorial Ateproca; 128-46.
  110. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. (1979). Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil*; 60: 14-17.
  111. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses Profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil*; 60: 145-54.
  112. Grassi L, Mangelli L, Fava GA, *et al.* (2006). Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: Some suggestions for DSM-V. *J Affect Disord*. *J Affect Disord*. Dec 27. [PMID: 17196662] (Con acceso el 3 de abril de 2007).

- 
113. Grau M, Moyá F. (1998). Clínica de la lumbalgia. En: Cáceres E, Sanmartí R. Monografías Médico Quirúrgicas del aparato locomotor. Masson. Barcelona (1):23-37.
  114. Graves RJ. (1835). Newly observed affection of the thyroid gland in females. London Med Surg; 7:516.
  115. Gresham GE, Philips TF, Labi MLC. (1980). ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. Arch Phys Med Rehab; 61: 355-8.
  116. Griffith JL, Razavi M. (2006). Pharmacological Management of Mood and Anxiety Disorders in Headache Patients. Headache: The Journal of Head and Face Pain; 46(3):133-41.
  117. Grosse A. (1995). Estrés e Hipertensión Arterial. En Estrés, Vida y Padecimiento Humano. Grosse A, Díaz C, Iguzquiza O. (Eds). Ediciones El Graduado. Tucumán. 127-47.
  118. Grosse A. (1995). Estrés y Cardiopatía Coronaria. En Estrés, Vida y Padecimiento Humano. A. Grosse, C. Díaz Puertas, O. Iguzquiza Eds. Ediciones El Graduado. Tucumán. 115-26.
  119. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la lumbalgia inespecífica. URL. [www. REIDE.org](http://www.REIDE.org). (Con acceso el 20 de enero de 2007)
  120. Guía de bolsillo de la CIE-10. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- 
121. Guillemin F. (2000). Functional disability and quality-of-life assessment in clinical practice. *Rheumatology*; 39 (1): 17-23.
  122. Guir J. (1983). *Psicosomática y cáncer*. Edic Paradiso.
  123. Gutiérrez-Robledo L. (2000). *La enfermedad de Alzheimer*. Caracas: Laboratorio Wyeth SA.
  124. Haley WE, Roth DL, Coleton MI *et al* (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Consult Clin Psychol*; 64:121–29.
  125. Halliday J. (1972). Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 16:411.
  126. Han JN *et al.* (2004). Medically unexplained dyspnea: psychophysiological characteristics and role of breathing therapy. *Chin Med J (Engl)*. Jan; 117(1):6-13.
  127. Han JN, Schepers R, Stegen K, Bergh van den O, Woestijne van de KP. (2000). Psychosomatic symptoms and breathing pattern. *J Psychosom Res*. Nov;49(5):319-33.
  128. Handa M *et al.* (1999). Antidepressant treatment of patients with diffuse esophageal spasm: A psychosomatic approach. *J. Clin. Gastroenterol*; 28 (3): 228-32.

- 
129. Hanly JG. (2004). ACR classification criteria for systemic lupus erythematosus: limitations and revisions to neuropsychiatric variables *Lupus*; 13(11):861-4.
  130. Head H, Holmes G. (1911–12). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain* 34:102–245.
  131. Hese G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A. (2001). Chronic complex tinnitus: therapeutic results of inpatient treatment in a tinnitus clinic. *Laryngorhinootologie*, 80(9):503-8.
  132. Holland JC: (1978). Psychologic aspects of cancer. En: Holland JF, Frie E, Eds.: *Cancer Medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger, 2nd ed.; 1175-203.
  133. Hollander E, Simeon D. (2004). *Trastornos de ansiedad*. Elsevier España, S. A, Madrid.
  134. Holmes TH, Rahe RH. (1972). The social readjustment rating. *Psychosom Res*; 11:213.
  135. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=4769>.
  136. <http://neurología.rediris.es/neurologia/boletin1.html>
  137. Hueso R. (1997). Escuela de espalda. *Mapfre Medicina*; 8 (4): 263-8.

- 
138. Humbría A, Carmona L, Peña Sagredo JL, Ortiz AM. (2002). Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*; 29: 471-8.
139. Humbría A. (1996). Lumbalgia mecánica inespecífica: un reto sin resolver. *Rev Esp Reumatol*; 23: 229-301. [Medline]
140. Husserl E. (1982). *Die Crisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*. Hamburg. Felix Meiner: 3003.
141. Instituto Gubel de Investigación y Docencia en Hipnosis Psicoterapias Breves y Medicina Psicosomática. Buenos Aires. Argentina. [http://www.hipnosisnet.com.ar/Enfermedades\\_Psicosomaticas\\_7.htm](http://www.hipnosisnet.com.ar/Enfermedades_Psicosomaticas_7.htm) (Consultado el 27 de marzo de 2006 a las 17:55 h)
142. Instituto Gubel. [http://www.hipnosisnet.com.ar/Enfermedades\\_Psicosomaticas\\_7.htm](http://www.hipnosisnet.com.ar/Enfermedades_Psicosomaticas_7.htm) (Con acceso el 05.02.2007)
143. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es> (Consultado el 20 de junio de 2006).
144. Izal M, Montorio I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En del Ser T. y J. Peña J. (eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona. JR Proas. 179-99.
145. Jacelon CS. (1986). The Barthel Index and other indices functional ability. *Rehabil Nursing*; (2) 1: 9-1.

- 
146. Jacobs MA, Spilken AZ, Norman MM, Anderson LS. (1970). Life stress and respiratory illness. *Psychosom Med.* May-Jun; 32 (3):233-42.
  147. Jofré V, Mendoza S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*; 11(1): 37-49.
  148. Jorgensen R, Ewart CK. (2004). Agonistic Interpersonal Striving: Social-Cognitive Mechanism of Cardiovascular Risk in Youth?. *Health Psychology.* 23(1):75-85.
  149. Kaada B, Torsteinbo O. (1989). Increase of plasma beta-endorphins in connective tissue massage. *Gen Pharmacol*; 20(4):487-9.
  150. Kandel ER. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*; 155: 457-69.
  151. Kaplan JR, Manuck SB, Adams MR, Weingand KW, Clarkson TB. (1987). Inhibition of coronary atherosclerosis by propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet. *Circulation*; 76:1364-72.
  152. Kaplan JR, Manuck SB, Clarkson TB, Lusso FM, Taub DM, Miller EW. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. *Science*; 220:733-5.
  153. Kapuku GK, Treiber FA, Hartley B, Ludwig DA. (2004). Gender Influences Endothelial-Dependent Arterial Dilatation via Arterial Size in Youth. *Am J Med Sc*; 327(6):305-9.

- 
154. Kaya B, Unal S, Ozenli Y, Gursoy N, Tekiner S, Kafkasli A. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual & Relationship Therapy*; 21 (2):187-196.
  155. Knight BG, Fox LS, Chou C. (2000). Factor Structure of the Burden Interview. *Journal of Clinical Geropsychology*; 6, 249-8.
  156. Krantz DS, McCeney MK. (2002). Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*; 53:341-69.
  157. Kreisler L, Fain M, Soulé M. (1990). El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 386.
  158. Kubler-Ross. (1971) On death and dying. New Cork. Macmillian.
  159. LACAN J. (2003). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud en Escritos 1, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
  160. Lago S, Deben M. Cuidados del cuidador del paciente con demencia. <http://www.fisterra.com/guias2/index.htm>. (Consultada el 17 de Noviembre de 2001).
  161. Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. (2005). Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical Context, Clinical Implications, and Research Relevance. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*; 45 (5):493-06.



- 
162. Landén M, Eriksson E. (2003). How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders?. *Depression and Anxiety* 17:122-9.
  163. Leo RJ y Konakanchi R, (1999). Psychogenic Respiratory Distress: A Case of Paradoxical Vocal Cord Dysfunction and Literature Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999 Apr; 1(2):39-46.
  164. Lesley M *et al.* (2006). Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:1219-5.
  165. Levi L. (1987). Psychosomatic disease as consequence of occupational stress En: Kalimo RM, El Batawi A, Cooper CL, eds. *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Geneva: OMS; 78-91.
  166. Levy-Bruhl L. (1986). *El alma primitiva*. Barcelona: Planeta Agostini.
  167. Lewis NDC. (1923). A psychoanalytic study of hyperthyroidism. *Psychoanal Rev* 10:140.
  168. Lewis, NDC. (1925). Psychological factors in hyperthyroidism. *Med J Rec* 122: 121.
  169. Lidz T. (1919). Emotional factors in etiology of hyperthyroidism: The report of a preliminary survey. *Psychosom Med* 11:2.
  170. Lidz, T. (1955). Emotional factors in the etiology of hyperthyroidism occurring in relation to pregnancy: Summary of eleven cases. *Psychosom Med* 27:420, 1955.

- 
171. Ligjt KC, Turner JR. (1992). Stress-induced Changes in the Rate of Sodium Excretion in Healthy Black and White Men. *J. Psychosom. Res.* 36:497-08.
  172. Livnat S, Madden KS, Felten DL, Felten SY. (1987). Regulation of the immune system by sympathetic neural mechanisms. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*; 11: 143-52.
  173. López JM. (1989). Del síntoma hipocondríaco al síntoma psicosomático. En López Sánchez JM (Ed). Granada. Círculo de Estudios Psicopatológicos. *Resúmenes de Patología Psicosomática*; (2) 331-43.
  174. Lydiard RB, Laraia MT, Howell EF, Ballenger JC (1986). Can panic disorder present as irritable bowel syndrome? *J. Clin. Psychiatry*; 47: 470-3.
  175. Lydiard RB. (2001). Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? *J Clin Psychiatr*; 62 (8): 38-5.
  176. Mace NL, Rabins PV. (1991). 36 horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer. Ed. Ancora, SA; 153.
  177. Magnusson S. (1996). Treatment of rheumatoid arthritis. Does it affect society's cost for the disease? *Br J Rheumatol*; 35: 791-5.
  178. Mahoney FI, Barthel DW. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*; 14: 61-5.
  179. Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB. (2006). A Review of Screening Tools for Psychiatric Comorbidity in Headache Patients. *Headache: The*

---

Journal of Head and Face Pain 46(3):98–09.

180. Manchón A, Urbano E. Enfermedades psicosomáticas en niños. En Psicoárea de Elisa Urbano. [http://www.psicoarea.org/psicosomatica\\_en\\_ninos.htm](http://www.psicoarea.org/psicosomatica_en_ninos.htm) (Consultada el 20.06.06).
181. Mandelbrote BM, Wittkower ED. (1955). Emotional factors in Graves's disease. *Psychosom Med*;17:109.
182. Manning DC, Rowlingson JC. (1998). Back pain and the role of neural blockade. En Cousins MJ, Bridenbaugh PO (ed). *Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain*, 3ª ed. Lippincott - Raven Publishers. Philadelphia; 879-83.
183. Mañós M. (1998). Repercusiones familiares de la enfermedad de Alzheimer y su abordaje. *FMC en Atención Primaria*; 5 (8):519.
184. Manuck SB, Kaplan JR, Matthews KA. (1986). Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Atherosclerosis*; 6:2-14.
185. Manuck SB, Kasprovicz AL, Muldoon MF. (1990). Behaviorally-evoked cardiovascular reactivity and hypertension. Conceptual issues and potential associations. *Annals of Behavioral Medicine*; 12: 17-29.
186. Manuck SB, Olsson G, Hjemdahl P, Rehnqvist N. (1992). Does cardiovascular reactivity to mental stress have prognostic value in postinfarction patients? A pilot study. *Psychosomatic Medicine*; 54:102-8.

- 
187. Martín M, Salvadó I, Nadal S, *et al.* (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*; 6: 338-6.
  188. Martínez C, Bosch E, Soler E, Romero A, Martín M, Gracia M. (2000). Repercusión en el estado de ánimo del cuidador principal de los pacientes que precisan cuidadores (PAID). *Medicina Paliativa*; 7(1):20.
  189. Mayer EA, *et al.* (2001). Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry*; 62 (8): 28-36.
  190. Mayer EA. (2000). The Neurobiology of Stress and Gastrointestinal Disease. *Gut*, 47:861-7.
  191. Mc Gue M, Bouchard TJ. (1998). Genetic and environmental influences on human behavioral differences. *Annu Rev Neurosc*; 21: 1-24.
  192. McCain GA. (1996). A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*; 22: 323-49. [Medline]
  193. McDougall J. (1996). Un cuerpo para dos. En: *Lecturas de lo Psicosomático*. M. Bekei. Lugar Editorial.
  194. McIntosh E. (1996). The cost of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*; 35: 781-90.

- 
195. McKendrick AM, Badcock DR, Badcock JC, Gurgone M. (2006). Motion perception in migraineurs: abnormalities are not related to attention. *Cephalalgia* 26 (9): 1131–6.
  196. Menéndez E. (1997). Antropología Médica: Espacios propios, tierra de nadie. *Nueva Antropología*; 51:83-104.
  197. Miller AH, Spencer RL. (1997). Inmunidad y sistema nervioso central. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de Psiquiatría*. 6ª ed. Volumen 1. Buenos Aires: Intermédica: 103-16.
  198. Ministerio de Asuntos Sociales. (2006). *Psicología del Envejecimiento. Aspectos Básicos sobre el envejecimiento*.
  199. Mittelman B. (1933) Psychogenic factors and psychotherapy in hyperthyreosis and rapid heart imbalance. *New Merit Dis*; 77:465.
  200. Moldofsky H. (2002). Management of sleep disorders in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am*; 28:353-65.
  201. Molerio O, Pérez A. (2003). Importancia del diagnóstico certero de la hipertensión esencial: la hipertensión de bata blanca. *Rev cubana med*. [online]. Vol.42, no.5 [citado 25 Enero 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232003000500008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000500008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-7523.)

- 
202. Montón C, Pérez M, Campos R *et al.* (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*; 12 (6): 345-9.
  203. Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*; 14(2), 229-48.
  204. Moral MS, Juan J. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*; Junio 30; 32(2):77-83.
  205. Morales JA, Muñoz T. (2000) Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Centro de Salud*; 8:714-8.
  206. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Rev Psico Psicol Clín*; 4 (3): 163-80.
  207. Morris RG, Morris LW, Britton PG. (1988). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br J Psychiatry*; 153: 147-56.
  208. Muñoz-Cruzado M, Cabello Jaime R, Iranzo Arce MC. (2001). Colchones anti-escaras. ¿Se usan cuando se debe?. Premio Aberroes a la Mejor Comunicación al XXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. Granada. Sep.

- 
209. Muñoz-Cruzado y Barba M. (1993). Necesidades y riesgos de los cuidadores de enfermos dementes. *Geriátrika*; (9) 57-0.
210. Muñoz-Cruzado y Barba M. (1993). Una Enfermedad Familiar. Vídeo SúperVHS. Vélez Torre Visión Axarquía (VTV).
211. Muñoz-Cruzado y Barba M. (1998). Manual de Cuidados Básicos de una Enfermedad Familiar (Enfermedad de Alzheimer). Madrid. Drug Farma.
212. Muramatsu Y. (1994) Psychosomatic aspects of chronic respiratory failure managed with home oxygen therapy. *Nippon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi*; 32(4):293-1.
213. Murray JM, Manela MV, Shuttleworth A, Livingston GA. (1997). Caring for an older spouse with a psychiatric illness. *Aging & Mental Health*; 1(3): 256-1.
214. Nadales A. (1998). La ansiedad y los trastornos digestivos. En *Ansiedad: Un puente entre dos Siglos*. Lab. Gador, S.A.; (2): <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/nadal.htm> (Con acceso el 13.03.2007)
215. Nagata S, Irie M, Mishima N. (1999). Stress and asthma. *Allergology Internacional*; 48 (4): 231-8.
216. Nahmod VE, Finkielman S, Fernández-Castelo S *et al.* (1989). El Sistema Nervioso Central y el Sistema Neuroendocrino en la Regulación de la Respuesta Inmune. *Medicina (Buenos Aires)*, 49:166-0.

- 
217. Namkee A, Mira P. (2001). Job bust, baby bust: evidence from Spain, *J of Population Economics*; 14(3): 505-21.
218. Nevada M. El cuidador Principal. *Psicología.com*. 2002. [http://www.psicologia.com/seccion\\_apartado\\_1\\_contenido.php?idCategoria=3&idSeccion=53&idGrupo=147&idArticulo=168](http://www.psicologia.com/seccion_apartado_1_contenido.php?idCategoria=3&idSeccion=53&idGrupo=147&idArticulo=168)
219. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. (2006) Acne vulgaris - Psychosomatic aspects -. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*; 4(12): 1027-36.
220. Nuechterlein K, Dawson N, Green MF. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Act Psych Scand*; 90(384):71-9.
221. Obst J. (2004). *Introducción a la Terapia Cognitiva*. Catres. Buenos Aires.
222. Olmos JA, Pogorelsky V, Tobal F *et al.* (2006). Uninvestigated dyspepsia in Latin America: a population-based study. *Digestive Diseases and Sciences*; 51 (11): 1922-29.
223. Onnis L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. Barcelona. Paidós.
224. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, 36º ed.*, Ginebra: OMS.



- 
225. Ortner DJ, Putschar WGJ (1981). Identificación of pathological conditions in human skeletal remains. Smithsonian Contributions to Antropology. Smithsonian Institution Press. Washington; 28.
226. Ory MG, Hoffman RR, Yee JL et al (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*; 39:177-5.
227. Pablo de J, Picado C, Martín MJ, Subirá S. (1988). Asma bronquial y medicina conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*; 8: 35-1.
228. Paciente, CM, Carpihiello B, Rudas N, Pilodu G, del Giacco GS. (1997). Anxious symptoms influence delayed-type hypersensitivity skin test in subjects devoid of any psychiatric morbidity. *Int. J. of Neuroscience* 79, 275-3.
229. Páez-Camino M, Millán J, Serna A. (1992). Incapacidad laboral atribuida a enfermedades reumáticas. *Rev Esp Reumatol*; 19 (1): 9-11.
230. Paik MM, Chakraborty N, Samanta B. (1985). A few characteristic features of the patients with psychosomatic skin disturbances: a projective study. *Indian Journal of Dermat*; 30(3): 13-2.
231. Panconesi E, Hautmann G. (1996). Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics. *Psychodermatology. Dermatol Clin*; 14: 399-21.
232. Panconesi E. (1984). Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology. *Clin Dermatol*; 2: 1-283.

- 
233. Panconesi E. (1984). Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology. *Clin Dermatol*; 2: 1-283.
234. Parra la D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*; 15 (6): 498-5.
235. Parry's C. (1825). *Collected Works*, Vol. I. London.
236. Patterson SM, Krant DS, Gottdiener JS, Hecht G, Vargot S, Goldstein DS. (1995). Prothrombotic Effects of Environmental Stress: Changes in Platelet Function, Hematocrit, and Total Plasma Protein. *Psychosom. Med.*, 57(6):592-9.
237. Pattie FA. (1994). *Mesmer and Animal Magnetism: A Chapter in the History of Medicine*. Hamilton. New York. Edmonston Publishing, Inc; 72.
238. Picardi A et al. (2005). Psychosomatic Assessment of Skin Diseases in Clinical Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 74:315-22.
239. Pillemer SR, Bradley LA, Crofford LJ, Moldofsky H, Chrousos GP. (1997). The neuroscience and endocrinology of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*; 40: 1.928-1.939. [Medline]
240. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. (2002). Emotions and acne. *Dermatol Psychosom*; 3:20–25.
241. Prince M. (2000). Methodological issues for population based research into dementia in developing countries. A position paper from the 10/66 Dementia Research Group. *Int. J. Geriatric Psychiatry*; (15): 21-30.

- 
242. Radanovic L, Filakovic P, Barkic J, Mandil N, Karner I, Smoje J. (2003). Depresión en pacientes con alteraciones del tiroides. *Eur. J. Psychiat.*; 17 (3): 123-34.
243. Rangell, L. (1949). *Psychosomatic Medicine*. (1948). Emotional Factors and Tuberculosis. A Critical Review of the Literature. Beatrice Bishop Berle; 366–373. *Psychoanalytic Quarterly*, 18:535.
244. Rapp DA et al. (2004). Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *British Journal of Dermatology*; 151(1), 183–9.
245. Rasmussen AF Jr., Torsten J. (1965). Emotional stress and susceptibility to poliomyelitis virus infection in mice. *Archives of Virology J*; 17 (3-4): 392-7.
246. Rasmussen AF, Marsh JT, Brill NQ. (1957). Increased susceptibility to Herpes simplex, in mice subjected to avoidance-learning stress or restraint. *Proc Soc Exp Biol Med*; 96:183.
247. Rasmussen AF, Spencer ES, Marsh JT. (1959). Decrease in susceptibility of mice to massive anaphylaxis following avoidance-learning stress. *Proc Soc Exp Biol Med*; 100:878.
248. Rauchfuss M, Kentenich H, Siedentopf F, Danze G. (2005). New challenges in medical education. The psychosomatic training program for gynecologists in Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 26 (2):85-1.
249. Reed Business Information. INESE. Boletín Sanitario Semanal. N° 255. 4
-

- de julio de 2006. Actualidad Sanitaria. Política.
250. Revista Mujer de Hoy. (2001). Semana del 13 al 19 de octubre: 30.
251. Richman LS *et al.* (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*; 24(4):422-9.
252. Ridruejo P. (1996). *Psicología médica*. Barcelona. McGraw-Hill-Interamericana.
253. Rinaldi G, Lenarduzzi H. (2001). El adolescente frente a la cirugía en: *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico*, Ed Paidós: 85-98.
254. Roman O, Cuevas G, Badilla M *et al.* (2002). Morbimortalidad de la hipertensión arterial esencial tratada en un seguimiento de 26 años. *Rev. Med. Chile*; 130 (4):379-86.
255. Romera JM. (2002) El Síndrome del cuidador. <http://www.nortecastilla.es>. Marzo.
256. Rosenberg *et al.* (2005). Caregiver Assessment of Patient's Depression in Alzheimer Disease: Longitudinal analysis in a drug treatment study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. Sep; 13: 822-26.
257. Rosmond R. (2005). Role of Stress in the Pathogenesis of the Metabolic Syndrome. *Psychoneuroendocrinology*; 30:1-10.
258. Rotés-Querol J. (1962). *Estudios sobre el síndrome psicógeno del aparato locomotor*. Barcelona: Sandoz, S.A.
259. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. (1999). Impact of psychological

- factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 27, 2192-17.
260. Rubio MI, Sánchez A, Ibañez JA, Galve F, Martí N, Mariscal J. (1995). Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Atención Primaria*; 16:181-6.
261. Ruiz-Montesinos MD, Hernández-Cruz B, Ariza-Ariza R, Carmona L, Ballina J, Navarro-Sarabia F. (2005). Análisis de costes en una cohorte de enfermos con artritis reumatoide atendidos en área especializada de reumatología en España. *Reumatol Clin*; 1(4): 193-9.
262. Saavedra JM, Ando H, Armando I, Baiardi G *et al.* (2005). Anti-stress and Anxiety Effects of Centrally Acting Angiotensin II Receptor Antagonists. *Reg. Peptides*, 128:227-38.
263. Sánchez L, Estruch M. (1999). El cuidador informal: su perfil y nivel de sobrecarga. *Atención Primaria*; 24(2):403.
264. Santiago P, López O. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención Primaria*. 24: 404-10.
265. Schneider MP, Klingbeil AU, Schlaich MP, Langefeld MR, Veelken R, Schnieder RE. (2001). Impaired Sodium Excretion During Mental Stress in Mild Hypertension. *Hypertension*, 37:923-7.
266. Schneider RH, Egan BM, Johnson ED. Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychos Med* 1986; 48:242-8.
267. Schulz R (ed) (2000). *Handbook on Dementia Caregiving: Evidence-*

---

Based Interventions for Family Caregivers. New York, Springer.

268. Schulz R, Martire LM. (2004). Family Caregiving of Persons With Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*; 12: 240-9.
269. Schulz R, Newsom J, Mittelmark M, et al. (1997). Health effects of caregiving: The Caregiver Health Effects Study: an ancillary study of The Cardiovascular Health Study. *Ann Behav Med*; 19:110–16.
270. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, et al (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's disease caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*; 35:771–91.
271. Seidman SN, Araujo AB, Roose SP, McKinlay JB. (2001). Testosterone level, androgen receptor polymorphism, and depressive symptoms in middle-aged men. *Biol Psychiatry*; 50:371–6.
272. Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM. (1996). Fibromyalgia and other generalized soft tissue rheumatic disorders. En: Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM, eds. *Soft tissue rheumatic pain: recognition, management, prevention*. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 275-301.
273. Sherrington CS. (1906). *The Integrative Action of the Nervous System*. Scribner's C, Sons Eds. New York. Reed. Yale University Press. New Haven.1947; 2
274. Siegel WC, Blumenthal J, Divine GW. (1990). Physiological and behavioral factors in the white coat hypertension. *Hypertension*; 16:140-6.

- 
275. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza; 3(1):10-59.
276. Sifneos P. (1996). Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry*; 152: 137-42.
277. Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N. (1995). Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia*;15: 358-69.
278. Skinner BF. (1957). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
279. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. Ed: Merck, Sharp & Dohme, España, 2001.
280. Sokkegui R. Bosquejo de la Medicina Psicosomática. <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1948/pdf/A18-4-1948-6.pdf>. (Con acceso el 05.02.2007).
281. Solomon GF, Levine S, Kraft JK. (1968). Early Experience and Immunity. *Nature* (220): 821-2.
282. Solomon GF, Moos RH. (1964). Emotions, immunity, and disease: a speculative theoretical integration. *Archives of General Psychiatry*; 11:657-74.
283. Solomon GF, Moos RH. (1965). The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with

- rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, 27, 350-60.
284. Solomon GF. (1981). Emotional and personality factors in the onset course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. En Ader RA, Felten DL, Cohen N (Eds). *Psychoneuroimmunology* (1ª ed.). San Diego. Academic Press; 159-82.
285. Solomon GF. (1998). *Immune & Nervous System Interactions*. Malibu: Fund for Psychoneuroimmunology.
286. Staehelin M, Muller P, Potenier M, Harris AW. (1985). Beta adrenergic receptors and adenylate cyclase activity in murine lymphoid cell lines. *J. Cyclic. Prot. Phosphoryl. Res*; 10:55-8.
287. Ständer S, Weisshaar E, Steinhoff M, Luger TA, Metzger D. (2003). Pruritus – Pathophysiologie, Klinik und Therapie – eine Übersicht. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*; 1: 105-18
288. Steptoe A, Brydon L. (2007). Psychosocial factors and coronary heart disease: the role of psychoneuroimmunological processes. En Ader R. (ed.) *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Elsevier, 4th edition; 4:945-74.
289. Steptoe A, Gibson EL, Hamer M, Wardle J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*; 32: 56-4.
290. Steptoe A, Melville D, Ross A. (1982). Essential hypertension and psychological functioning: A study of factory workers. *Br J Clin Psychol*



---

21:303-11.

291. Steptoe A. (1981). Psychological factors in cardiovascular disorders. Londres. Academic Press. *J Psychosom Res*; 25:23-2,
292. Steptoe A. (1993). Stress and the cardiovascular system: A psychosocial perspective. En Stanford SC & Salmon P (Eds.), *Stress: From synapse to syndrome*. London: Academic Press; 119-41.
293. Stone SP, Ali B, Auberleek I, Thompsell A, Young A. (1994). The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people. *J Roy Col1 Phys Lond*; 28: 419-23.
294. Stoney CM. (1999). Plasma homocysteine level increase in women during psychological stress. *Life Sci*. 64 (25): 2359-65.
295. Suls J, Bunde J. (2005). Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*. 131(2):260-300.
296. Tereao A, Kitamura H, Asano A, Kobayashi M, Saito M. (1995) Roles of prostanglandins D2 and E2 in interleukin-1 induced activation of norepinefrine turnover in the brain and peripheral organs of rats. *J. Neurochem*; 65: 2742-7.
297. Terenius L, Tamsen A. (1982). Endorphins and the modulation of acute pain. *Acta Anaesthesiol Scand*; (74): 21-4.
298. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J *et al.* (1997). Behavioral treatment of

- depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 52B:159-66.
299. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB *et al.* (2007). High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. *Neurology*; 68:134-40.
300. Timio M, Gentile S. (1976). Adrenosympathetic overactivity under conditions of work stress. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 3: 262-5.
301. Tomlison BE, Blessed G, Roth M. (1970). Observations in the brains of old demented people. *J Neurol Sci*; 11:205-42.
302. Torres CJ, Muela JA, Peláez EM, Huertas J, Leal A. (2001). Parentesco, estructura familiar y carga percibida en cuidadores de Alzheimer. *Psicologia.com*. Vol. nº 2 – Feb.
303. Torres CJ, Muela JA, Peláez EM, Velasco S, Suárez R, Plaza MC. (2001). Importancia del tiempo con diagnóstico del enfermo de Alzheimer en la carga del cuidador. *Psicologia.com*. Vol. nº 2.
304. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheum Dis Clin North Am*; 28:219-33.
305. Uribe JM. (1994). Atención Primaria y Centro de Salud: la construcción social de la Salud. *Jano*; 46 (1073): 821-26.
306. Valderrama E, Molpeceres J. (1998). Seguimiento a largo plazo de los pacientes ingresados en una unida de media estancia o convalescencia.

- Rev Esp Geriatr Gerontol; 33: 67-72. Citado por Mañas MD, Marchán E, Conde C. *et al.* En: Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. An. Med. Interna. Madrid, mar. 2005 (22) 3:34-6.
307. Valdés M. (1983). La enfermedad psicosomática: modelos y teorías específicas. En Valdés M, de Flores T, Tobeña A, Masana J. (eds). Medicina Psicosomática: Bases psicológicas y fisiológicas. Trillas. México.
308. Vallejo J (Coord.). (2005). Consenso Español sobre el Tratamiento de las Depresiones. Ars Médica. Barcelona.
309. Valles MN, Gutiérrez V, Luquin AM, Martín MA, López F. (1998). Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. Atención Primaria; 22:481-5.
310. Vidal A. (1944). La Medicina y los tópicos. Revista Médica Hondureña. N° 117. Mayo-Junio.
311. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD. (1991). Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals With Alzheimer's Disease. Psychology and Aging, 6(3), 392-02.
312. Vitaliano PP, Young HM, Russo J. (1991). Burden: A Review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia. The Gerontologist, 31(1), 67-5.
313. Vlaeyen JW, Jong de J, Geilen M, Heuts PH, Breukelen van G. (2002). The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain:

- further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain*;18(4):251-61.
314. Vrijkotte TG, van Doornen LJ, de Geus EJ. (1999). Work stress and metabolic and hemostatic factors. *Psychosom. Med.*, 61(6):796-05.
315. Wade DT, Collin C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Studies*; 10: 64-7.
316. Wade DT, Hower RL. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 50: 177-82.
317. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ (1990). Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: 565-72.
318. Wallace P. (2000). El seísmo demográfico. Siglo Veintiuno de España editores. Madrid.
319. Wallerstein RS, Holzman PS, Voth HM, Uhr N. (1965). Thyroid "hot spots": A psychophysiological study. *Psychosom Med*; 27:508.
320. Walter K. (1966). Historia de la Medicina. Credsá. Barcelona.
321. Warner J, Butler R. (2002). Enfermedad de Alzheimer. *Evid Clin* 2002; 1:829-43.
322. Wasik B, Bryant DM. (1999). Home Visiting: Procedures for Helping Families. Newbury Park, USA: Sage Publications; 173.
323. Westberg GE. (1992). Good Grief. A Constructive Approach to the

---

Problem of Loss. Philadelphia. Penn. Fortress.

324. Wood P. (1941). Da Costa's Syndrome (or effort syndrome). Br. Med. J. 1: 767-72.
325. [www.Alzheimer-online.org](http://www.Alzheimer-online.org)
326. Wylie CM. (1967). Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. Public Health Rep; 82: 893-8.
327. Wyss D. (1961). Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Göttingen: Vandenkoeck y Ruprecht. (Traducción española: Las escuelas de Psicología profunda. Madrid: Gredos, 1964).
328. Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. J Am Acad Dermatol; 34(6):1008-15.
329. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of impaired Elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist; 20 (6): 649-5.
330. Zouboulis CC, Bohm M. (2004). Neuroendocrine regulation of sebocytes -a pathogenetic link between stress and acne-. Experimental Dermatology; 13(4):31-5.

## **10 ANEXOS**

## **10. ANEXO 1**

### **Consentimiento informado**

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña ....., de ..... años de edad y con DNI nº ....., o en su defecto, por incapacidad física o legal, D/Dña....., con D.N.I. nº..... en calidad de ..... manifiesto:

Que he sido informado/a de forma comprensible sobre los objetivos del estudio de investigación sobre cuidadores afectados de enfermedades psicosomáticas.

Que he tenido la oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre dichas encuestas.

Que he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica Reguladora de esta materia y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Que me ofrezco voluntariamente a ser encuestado/a para dicha investigación y acepto no recibir resultados de los exámenes que me realicen.

Que autorizo al grupo de investigación que, dirigido por los Dres. D. Eduardo Sánchez Guerrero y D. Francisco Javier Barón López, realiza el doctorando del Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia de la Universidad de Málaga, D. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba para publicar los resultados que se obtengan en el citado estudio, con la única condición de que se omita la identidad personal del autorizando o persona a la que representa.

En ..... a ..... de ..... de 200.....

Fdo.

Nota: De conformidad con el art. 10 de la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información, los riesgos relacionados con cada exploración concreta vienen determinados por:

- A) Las consecuencias relevantes que la intervención origina.
- B) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del examinado.
- C) Los riesgos probables en condiciones normales o directamente relacionados con el tipo de exploración.
- D) Las contraindicaciones.



## **10. ANEXO 2**

### **Entrevista sobre la carga del cuidador (*Caregiver Strain Index de Zarit*)**

## *Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)*

Item	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 84 puntos. No existen normas o puntos de corte establecidos.

## **10. ANEXO 3**

**Índice de Barthel**

**de**

**Actividades Básicas de la Vida Diaria**

Expediente N°.- \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo: 

H	M
---	---

 Tiempo desde el diagnóstico: \_\_\_\_\_

## Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria

*(Puntuar la información obtenida del cuidador principal)*

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente .....	<b>10</b>
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. ....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos .....	<b>10</b>
	- Necesita ayuda .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. ....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal .....	<b>10</b>
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas .....	<b>5</b>
	- Incontinencia .....	<b>0</b>
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta .....	<b>10</b>
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda .....	<b>5</b>
	- Incontinencia .....	<b>0</b>
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa, etc. ....	<b>10</b>
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama .....	<b>15</b>
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo .....	<b>10</b>
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros .....	<b>15</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros .....	<b>10</b>
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>1</b>
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras .....	<b>10</b>
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo .....	<b>5</b>
	- Dependiente .....	<b>0</b>
<b>Total:</b>		

<b>Resultado y grado de dependencia</b>	
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

## **10. ANEXO 4**

### **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**

## ESCALA E.A.D.G.

Nº de expediente:      Fecha:      /      / 2.00      Encuestador: \_\_\_\_\_  
*(Apellidos y nombre legibles)*

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

	<b>Si</b>	<b>No</b>	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Se ha sentido muy irritable? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Subtotal</b> .....			<input type="checkbox"/>

*(Si hay 2 ó más respuestas afirmativas, continuar preguntando)*

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueo, sudores, diarrea? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Total</b> .....			<input type="checkbox"/>

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanza? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Subtotal</b> .....			<input type="checkbox"/>

*(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)*

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha perdido peso? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Total</b> .....			<input type="checkbox"/>

Comentarios: \_\_\_\_\_

## **10. ANEXO 5**

### **Cuestionario**

**sobre**

### **Enfermedades psicosomáticas**

## Control de enfermedades psicosomaticas en cuidadores de enfermos No-Alzheimer

Expediente N°: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Diagnóstico del paciente: \_\_\_\_\_

Datos del cuidador: Apellidos: \_\_\_\_\_, Nombre: \_\_\_\_\_, 1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo:  V  M

3. Antigüedad como cuidador: \_\_\_\_\_ 4. Asume responsabilidad:  Sólo  Compartida  Habitual  Esporádica 5. Edad del paciente: \_\_\_\_\_

6. Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ 7. Nivel educativo:  Lee y escribe  EGB  F. profesional  Universitario

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2006. 8. Nivel de información sobre cuidados: \_\_\_\_\_

Sistema	Dolencia	Antigüedad	A qué lo atribuye	Tratamiento			Observaciones
				Médico	Otro/s	No	
Cardiovascular	HTA						
	Infarto						
	Insuficiencia coronaria						
	Arritmia						
	Taquicardia						
	Síndrome Vasomotor						
	Otras						
	Asma						
	Sdr. hiperventilac						
	Tuberculosis pulmonar						
Respiratorio y Trastornos del lenguaje	Alteración del lenguaje						
	Tartamudez						
	Síndrome opresión tórax						
	Otras						
Digestivo	Úlcera						
	Dispepsia						
	Estreñimiento						
	Diarreas						
	Hemorroides						
	Náuseas						
	Vómitos						
	Otras						



Sistema	Dolencia	Antigüedad	A qué lo atribuye	Tratamiento			Observaciones
				Médico	Otro/s	No	
Locomotor	Lumbalgias y/o ciáticas						
	Fibromialgias						
	Art. Reumatoide						
	Contracturas						
	Calambres						
	Otras						
Endocrino	Diabetes						
	Hipertiroidismo						
	Trastorno endocrino						
	Otras						
Inmunitario	Infecciones frecuentes						
	Trasplante órgano						
	Alergias						
	Otras						
Nervioso y Trastornos psicopatológicos	Cefaleas						
	Jaquecas						
	Migrañas						
	Depresión						
	Ansiedad						
	Otras						
Dermatocutáneo	Psoriasis						
	Eccema						
	Acné						
	Alopecia						
	Prurito						
	Hiperhidrosis						
	Alergias						
	Otras						
Trastornos ginecológicos y sexuales	Vaginismo						
	Trastorno menstrual						
	Disfunción sexual						
	Otras						