

Factores de riesgo psicosocial y personalidad premórbida en enfermos con demencia: un estudio de casos y controles

J.L. Conde

Departamento de Psicología Evolutiva. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

RESUMEN

OBJETIVOS: Explorar los factores de riesgo no biológicos para las demencias, plantear probables perfiles de riesgo para la enfermedad de Alzheimer y sugerir elementos para un posible desarrollo de intervenciones preventivas.

METODOLOGÍA: Se administró un cuestionario sobre acontecimientos vitales y factores de personalidad, elaborado específicamente, a un grupo de enfermos (108 personas con demencia) y un grupo control (49 personas mayores sin demencia), identificando las diferencias significativas con un nivel alfa de 0,05 para todas las pruebas estadísticas.

RESULTADOS: Como probables factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer cabe señalar los siguientes: *a)* aspectos psíquicos (mayor número de trastornos psíquicos familiares graves y mayor respuesta psicosomática personal); *b)* aspectos familiares (mayor número de muertes precoces del padre); *c)* educación y trabajo (menor nivel educativo y menor cualificación en el trabajo); *d)* acontecimientos vitales (mayor problemática familiar), y *e)* factores de personalidad según el criterio de los cinco factores: energía (imitación, evitación, dependencia general y de relación), afabilidad (introversión), tesón, estabilidad emocional (afectación y pesimismo), apertura mental (indiferencia y rigidez).

CONCLUSIONES: Destacar la relevancia del porcentaje de muertes precoces del padre y el déficit de personalidad en el factor I (energía): imitación, evitación y dependencia. Como posibles medidas de prevención se sugieren intervenciones que potencien la autonomía personal, la capacidad de afrontamiento y la relación social.

Palabras clave

Alzheimer. Demencia. Factores de riesgo. Personalidad premórbida. Psicosocial.

Psychosocial risk factors and premorbid personality in patients with dementia: a case-control study

ABSTRACT

OBJECTIVES: To explore non-biological risk factors for dementias, suggest probable risk profiles for Alzheimer's disease and to propose elements for the possible development of preventive interventions.

METHODOLOGY: A dementia group (108 patients) and a control group (49 elderly individuals without dementia) were empirically compared. A specifically-designed questionnaire on life events and personality factors was administered. Significant differences were identified. An alpha value of 0.05 was used for all statistical tests.

RESULTS: The following elements were identified as probable risk factors for Alzheimer's disease: *a)* psychiatric aspects: serious psychiatric disorders in family members and strong psychosomatic response; *b)* family aspects: early death of father; *c)* education and work: low level of schooling and low-skilled work; *d)* life events: family problems; *e)* personality factors according to the Big Five Questionnaire: energy (imitation, avoidance, general dependence and relation dependence), agreeableness (introversion), tenacity, emotional stability (affect and pessimism), and openness (nonchalance and inflexibility).

CONCLUSIONS: The most relevant finding was the high incidence of early paternal death and personality deficits in factor I (energy): imitation, avoidance, dependence. As possible preventive measures, we suggest interventions to promote personal autonomy, the ability to cope, and relations with others.

Key words

Alzheimer's disease. Dementia. Risk factors. Premorbid personality. Psychosocial

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y objetivos generales

La investigación presentada¹ tiene como objeto de estudio los factores psicosociales y de personalidad que presentan un alto grado de correlación con las demencias.

Correspondencia: J.L. Conde Sala. Departamento de Psicología Evolutiva. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. P.º Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España. Correo electrónico: lconde@psi.ub.es

Recibido el 31-5-02; aceptado el 31-1-03.

La motivación del estudio se produjo en el contexto de las entrevistas realizadas a familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, con los cuales el autor desarrollaba una tarea de apoyo educativo y emocional². Algunos familiares insistían en que algo de lo que les sucedía a los pacientes en la actualidad había estado presente en ellos mucho antes de que desarrollasen la enfermedad. Se referían a un modo de comportarse, consustancial a ellos mismos y que parecía haber estado latente en etapas anteriores; a veces se referían también a un determinado acontecimiento vital como factor desencadenante.

El propósito inicial era, por tanto, conocer si podía justificarse la existencia de factores de riesgo no biológicos, tal como señalaban algunos familiares. La revisión de los estudios previos sobre el tema confirmó al autor en la tarea de analizar otros factores englobados en el término genérico de factores medioambientales^{3,4}. El propósito último tendría relación con el posible desarrollo de técnicas de intervención y políticas de salud pública con la población de riesgo, cuyo objetivo sería la prevención de las demencias para los colectivos específicos.

Investigaciones previas sobre los factores de riesgo en las demencias

Los estudios sobre los factores de riesgo en demencia se han concentrado de forma mayoritaria en el ámbito biológico. Aquellos que merecen un mayor consenso son: la edad creciente, la historia familiar de demencia, la presencia del síndrome de Down en los antecedentes familiares y, más recientemente, el genotipo Apo-E4⁵.

Por otra parte, se han ido incrementando también los estudios sobre los factores psicosociales y de personalidad, aunque sin llegar a conclusiones aceptadas globalmente. En la revisión de los estudios realizados⁶, algunos autores señalaban determinados factores de riesgo psicosociales para la enfermedad de Alzheimer: bajo nivel socioeconómico⁷, menor nivel educativo^{8,9}, menor grado de actividad y relación social¹⁰⁻¹⁴ y presencia de acontecimientos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad^{15,16}.

Otros señalaban específicamente rasgos de personalidad premórbidos. En la Universidad de Lund¹⁷ se constataba que respecto a los conceptos de validez (autoconfianza-inseguridad) y solidez (firmeza-sugestibilidad), aquellas personas que se desviaban de la media tenían más riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer. En la Universidad de Friburgo¹⁸ se encontraron rasgos del tipo tendencia a la evitación-sumisión, a depender y pedir permiso a otros en decisiones importantes y unas relaciones sociales restringidas. En la Clínica Mayo¹⁹ se evidenció la presencia de rasgos de introversión y pesimismo en la personalidad premórbida. Desde la Universidad de Viena²⁰ se señalaba que no tener un estilo de trabajo activo y la vida con un cónyuge dominante serían factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Recientemente, el estudio de las «Monjas»²¹ llegaba a la conclu-

sión de que las emociones positivas y el optimismo ante la vida eran factores que protegían del Alzheimer.

Planteamiento, hipótesis y objetivos específicos

El estudio contemplaba la investigación sobre la presencia de los factores de riesgo en un grupo de enfermos con demencia y el contraste con un grupo control formado por personas sin demencia. Debemos señalar que un primer problema era la imposibilidad de obtener información de forma directa de los enfermos, por lo cual tuvo que recurrirse a los familiares más próximos. Los estudios sobre la fiabilidad de la información de los familiares consideraban que ésta era fiable y básicamente concordante con la ofrecida por otras personas, con un cierto sesgo para la temática de la depresión²²⁻²⁵.

El planteamiento del problema partía de una hipótesis previa sobre la posibilidad de que ciertos aspectos psicosociales y de personalidad actuasen como factores de riesgo y fueran detectables antes del inicio de la enfermedad. La concepción de estos factores no sería de tipo etiológico, sino de predisposición a la enfermedad. De una forma más específica, la hipótesis contemplaba la posibilidad de encontrar ciertas deficiencias en el ámbito familiar y personal.

Los objetivos específicos fueron:

1. Contrastar los resultados de una muestra de personas con demencia con los obtenidos en otras investigaciones sobre diversos factores de riesgo: acontecimientos vitales negativos, bajo nivel educativo, ocupación laboral poco cualificada, escaso grado de relación social o factores de personalidad, como introversión, evitación, sumisión y pesimismo.

2. Detectar nuevos factores, especialmente en el ámbito de la historia familiar y personal: presencia de trastornos psíquicos y/o psicósomáticos familiares y personales, ambiente familiar problemático, rasgos dominantes en el carácter de los padres, muerte precoz de los padres y ampliación de los factores de personalidad premórbida de las personas con demencia (dependencia, falta de criterio propio, rigidez, poco interés hacia los temas externos a la familia, afectación, irritabilidad, etc.).

3. Contribuir a la definición de los perfiles de riesgo psicosocial para las demencias, especialmente para la enfermedad de Alzheimer.

4. Identificar elementos sobre los cuales pudieran desarrollarse posibles intervenciones de prevención.

METODOLOGÍA

El estudio puede concebirse como una investigación empírica, en parte de carácter clínico y en parte epide-

TABLA 1. Distribución de los participantes: número, tipologías y procedencia

<i>Grupos de enfermos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Grupos control</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Participantes</i>					
Diagnóstico de demencia ^a	108	100,0	Sin demencia	49	100,0
<i>Tipologías</i>					
Total demencia	108	100,0	Total control	49	100,0
Total Alzheimer	85	78,7	Familiares enfermos	25	51,0
Demencia mixta-vascular	17	15,7	Sin familiares enfermos	24	49,0
Otras demencias	6	5,6			
<i>Procedencia^b</i>					
BCN: Alzh. Cat./Fundación ACE	32	29,6	BCN: Alzh. Cat. / F. ACE	11	22,4
Baix Llobregat: AFA	76	70,4	BCN: Memoria C. Elizalde	24	49,9
			Baix Llobregat: AFA	14	28,6

^a Instituciones sanitarias de diagnóstico: Hospital de Bellvitge (28,7%), Fundación ACE (25,9%), CAP II de Cornellá (7,4%), Hospital Clínic (4,6%), otros (33,4%).

^b BCN: Barcelona ciudad; Alzh. Cat. (Alzheimer Catalunya): asociación de familiares y profesionales; AFA Baix Llobregat: asociación de familiares, comarca del Baix Llobregat; C. Elizalde: Centro Cívico, Ayuntamiento de Barcelona.

miológico, basada en el contraste entre un grupo de enfermos y otro de control, a los cuales se les administró un mismo cuestionario sobre aspectos psicosociales y de personalidad, analizando estadísticamente las diferencias de los resultados.

Participantes

El grupo de enfermos estaba formado por 108 personas diagnosticadas de demencia por los servicios sanitarios especializados. El grupo control estaba formado por 49 personas mayores sin demencia, valorados respecto a la ausencia de déficit cognitivos relevantes según el criterio del investigador. La procedencia y la tipología de los participantes figuran en la tabla 1.

En relación con la disimetría del tamaño del grupo de enfermos y el grupo control, cabe subrayar la dificultad para la captación aleatoria de los sujetos control; por tanto, debido a razones clínicas, su acceso a ellos fue muy difícil y costoso. No obstante, hay que señalar que el tamaño del grupo control era superior a 30, lo cual fue considerado como una aproximación bastante buena a la distribución normal²⁶⁻²⁸. Por otra parte, debemos constatar que en uno de los parámetros contrastados con el total de la población, la proporción de muertes precoces del padre antes de los 20 años de edad del sujeto, la tasa del grupo control fue del 16,3% y se comportó de forma parecida a la tasa estimada para la población normal española²⁹ del 15,3%, con una diferencia no significativa ($z = 0,18$; $p < 0,05$).

La inclusión de familiares cuidadores en el grupo control (25 participantes; 51% de los controles), a pesar de los posibles sesgos subjetivos respecto de los cuales se arbitró un procedimiento para controlarlos, tenía la ventaja de proporcionar una mayor homogeneidad entre los enfermos y los controles. Esta inclusión hacía posible también la constitución de éstos como un subgrupo de matrimonios, que permitiría contrastar los resultados de los estudios que señalaban una personalidad del cónyuge sano más dominante respecto al cónyuge enfermo.

Se ejerció para los dos grupos un control sobre algunas variables (diagnóstico, edad y sexo), cuyos datos figuran en la tabla 2.

Respecto al diagnóstico, en el grupo de enfermos se obtuvo de todos ellos una certificación médica de los servicios sanitarios, donde constaba el tipo de demencia y otros datos diagnósticos como la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg³⁰; en los controles, una entrevista clínica y un conocimiento a lo largo de un mínimo de 3 meses por parte del investigador verificó la situación de personas neurológicamente sanas, sin déficit cognitivos importantes.

En relación con la edad, había una diferencia significativa (-1,90) en el momento del examen respecto al inicio de la demencia en los enfermos. Es decir, los sujetos del grupo control eran de mayor edad (más de 2,66 años de media).

En cuanto al sexo, los grupos no diferían significativamente ($\pm 0,22$).

TABLA 2. Control de variables: GDS, edad y sexo

	<i>Grupos de enfermos</i>		<i>Grupos control</i>		<i>Diferencia significativa</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>GDS Reisberg</i>					
1 Ausencia déficit cognitivo	-	-	23	46,9	-
2 Déficit cognitivo muy leve	-	-	22	44,9	-
3 Déficit cognitivo leve	-	-	4	8,2	-
4 Déficit cognitivo moderado	-	-	-	-	-
5 Demencia inicial	62	57,4	-	-	-
6 Demencia moderada	21	19,4	-	-	-
7 Demencia severa	13	12,0	-	-	-
Fallecido	12	11,1	-	-	-
<i>Edad</i>					
Media inicio demencia	67,8 años (DE, ± 8,58)		70,5 años* (DE, ± 6,92)		-1,90
Media situación examen	73,3 años (DE, ± 8,28)		70,5 años (DE, ± 6,92)		+2,10
Tramos de edad (años)	Inicio demencia		Situación examen		
41-50	3	2,8	1	2,0	+0,31
51-60	19	17,6	4	8,2	+1,75
61-70	43	39,8	13	26,5	+1,69
71-80	38	35,2	29	59,2	-2,80
81-90	5	4,6	2	4,1	+0,14
<i>Sexo</i>					
Mujeres	66	61,1	29	59,2	+0,22
Varones	42	38,9	20	40,8	-0,22

*Media de edad en la situación de examen. DE: desviación estándar.

GDS: escala de deterioro global.

Además del contraste general que se realizó entre el grupo de enfermos y el grupo control para todos los factores, para algunos de éstos (muerte del padre y factores de personalidad) se realizaron también contrastes en ámbitos más específicos: matrimonios, edad de inicio (< 70 años, ≥ 70 años), nivel educativo (analfabetos, estudios primarios, secundarios/universitarios) y área territorial (Barcelona, Baix Llobregat). En cada ámbito específico se realizaron también los contrastes según las tipologías señaladas en el ámbito 1 (general). Los datos numéricos de los diferentes grupos y ámbitos se recogen en la tabla 3.

Material

El material básico en la investigación fue el cuestionario confeccionado de forma expresa para la recogida de datos. Las entrevistas previas desarrolladas durante los años 1992-1996, con los familiares de los enfermos de Alzheimer, permitieron plasmar aquellos conceptos que aparecían más relevantes en la vida de los enfermos antes de contraer la enfermedad, añadiéndose también aquellos factores de riesgo reseñados en las investigaciones publicadas. La elaboración de un cuestionario permitía unificar en un solo documento todas las observaciones que se quería realizar. Previamente, se realizaron 10 ensayos para comprobar su operatividad y validez, al contrastar la información obtenida con dos familiares y su

fiabilidad; se realizaron los mismos exámenes con dos entrevistadores, siendo los resultados satisfactorios.

Se procuró que el cuestionario fuese una entrevista lo más estructurada posible con el objetivo de recoger todos los datos y, al mismo tiempo, minimizar la posibilidad de los sesgos subjetivos. En todos los ítems, las posibles respuestas estaban predeterminadas mediante casillas, aunque también se incluía la posibilidad de recoger otras, o bien observaciones que permitan su clarificación. En otros ítems la respuesta era abierta, cuando había que determinar las edades, la clase de acontecimientos vitales, la clase de trabajo, el tipo de estudios, etc., ya que la variabilidad era demasiado grande como para permitir una codificación previa. Finalmente, en otros ítems (p. ej., en los factores de personalidad), el entrevistador debía codificar la respuesta en función de lo expresado por el entrevistado.

El tiempo dedicado a la realización de cada entrevista fue de 60-70 min. Los ítems del cuestionario incluidos en la tabla 4 permiten discernir, al mismo tiempo, el conjunto de las variables y los factores que se manejan.

Respecto a los perfiles de personalidad y de relación, en cada uno de los 23 elementos dicotómicos, seleccionados según el criterio del autor en función de lo detecta-

TABLA 3. Contrastes: ámbitos general y específicos

<i>Grupos de enfermos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Grupos control</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Ámbito general</i>					
Todos los casos					
Total demencia	108	100,0	Total control	49	100,0
Total Alzheimer	85	78,7	Total control	49	100,0
Mujeres Alzheimer	55	50,9	Mujeres control	29	59,2
Varones Alzheimer	30	27,7	Varones control	20	40,8
Demencia mixta-vascular	17	15,7	Total control	49	100,0
<i>Ámbitos específicos</i>					
Matrimonios					
Enfermo	24	22,2	Cónyuge no enfermo	24	48,9
Inicios temprano y tardío*					
< 70 años	57	52,7	< 70 años	17	34,6
≥ 70 años	51	47,2	≥ 70 años	32	65,3
Nivel educativo					
Analfabetos	28	25,9	Analfabetos	5	10,2
Estudios primarios	54	50,0	Primarios	17	34,6
Estudios secundarios y universitarios	23	21,2	Secundarios y universitarios	27	55,1
Área territorial					
Barcelona ciudad	32	29,6	Barcelona ciudad	35	71,4
Baix Llobregat	76	70,3	Baix Llobregat	14	28,5

*En los grupos control, la edad es la de la situación de examen.

do en las entrevistas previas, se trataba de situar las características de los participantes en una escala bipolar con siete grados, previa explicación de cada concepto y situando la descripción de los participantes en un tiempo de 15 años anterior a la enfermedad. A modo de ejemplo, para el primer elemento bipolar extroversión/introversión, se preguntaba: ¿en qué medida la persona era proclive a explicar sus sentimientos y vivencias personales a los demás, o no? En función de la respuesta, el entrevistador debía codificarla en alguno de los siete grados posibles: mucho (1), bastante (2) y un poco (3), para el polo extroversión; indefinición (4), un poco (5), bastante (6) y mucho (7), para el polo introversión.

Se consideró interesante para el posterior análisis agrupar los elementos siguiendo los criterios teóricos de los cinco grandes factores de personalidad, explicitados en el Cuestionario Big Five³¹ (en el NEO-PI³² son sensiblemente diferentes), sin aplicar no obstante su planteamiento metodológico para el examen:

1. Energía: capacidad para enfrentarse a las dificultades y resolverlas autónomamente.
2. Afabilidad: capacidad de apertura, entendimiento y cooperación con los demás.

3. Tesón: capacidad de organización y responsabilidad.
4. Estabilidad emocional: capacidad de control y elaboración ante situaciones amenazantes.
5. Apertura mental: capacidad de interesarse por temas no familiares y tener nuevas experiencias.

Procedimiento

Las entrevistas se desarrollaron durante el período 1997-1999. Con las personas del grupo de pacientes se realizaron a través del familiar cuidador con el que el enfermo había tenido el vínculo más intenso; en cambio, con los participantes de los grupos control, las entrevistas se realizaron directamente, ya que se consideró que ellos mismos tenían la mayor información sobre sus propias vidas. No obstante, la información recogida fue contrastada con la recibida de otros familiares, constituyéndose un grupo 2 de enfermos con 6 familiares y un grupo 2 de control con 4 familiares, con el objetivo de controlar la fiabilidad de la información de los grupos 1. El resultado de este contraste fue la no detección de contradicciones importantes, aunque sí se constataron lagunas de información en los grupos 2, respecto a acontecimientos vitales, fundamentalmente durante la infancia.

TABLA 4. Ítems del cuestionario

1.a. <i>Datos generales (grupo enfermos)</i>		
- Edad, sexo, parentesco del cuidador, diagnóstico, institución, profesional, año primer diagnóstico, años de evolución, GDS		
- Autonomía actual: comer, vestirse, higiene, lenguaje, reconocimiento, movilidad		
1.b. <i>Datos generales (grupo control)</i>		
- Persona mayor: edad, sexo, taller de memoria		
- Cuidador principal: edad, sexo, parentesco enfermo, grupo de apoyo		
- Estado de salud actual: grado de calificación, tipo de enfermedad y grado de afección		
2. <i>Antecedentes de enfermedades físicas importantes (personales y familiares)</i>		
- Tipo de enfermedad, parentesco familiar, edad de la persona que la padece		
- Familiares con demencia: tipo de demencia y clase de familiar		
- Golpe en la cabeza: circunstancias, edad en la que ocurre el golpe		
3. <i>Antecedentes de trastornos psíquicos (personales y familiares)</i>		
- Tipo: neurosis (obsesión, fobia, histeria), depresión (distimia, depresión mayor), psicosis (esquizofrenia, paranoia)		
- Edad en la que aparece el trastorno		
- Tratamientos: farmacológico, psicológico		
4. <i>Gráfico familiar de primer grado (hermanos, padres, tíos y abuelos)</i>		
- Edades actuales o de muerte y enfermedades importantes		
5. <i>Estilo y ambiente familiar paterno</i>		
- Estilo educativo general: autoritario, democrático, permisivo y de rechazo		
- Rasgos de personalidad del padre y de la madre: autoritario, afectuoso y ausente		
- Edad del enfermo cuando murieron el padre y la madre		
6. <i>Acontecimientos vitales en infancia y adolescencia, juventud y mediana edad, vejez (personales y familiares)</i>		
- Tipo: clase de acontecimiento		
- Reacción frente al acontecimiento: ansiedad, depresión, reacción psicósomática		
- Grado afectación: mucho, bastante, poco		
- Edad en el que ocurrió el acontecimiento		
7. <i>Nivel educativo</i>		
- Nivel: analfabeto, estudios primarios, secundarios, universitarios		
- Tipo de estudios		
- Edad final de escolarización		
8. <i>Ocupación laboral</i>		
- Clase: nombre del trabajo		
- Tipo: ama de casa, manual, campo, administrativo, servicios		
- Contratación: autónomo, asalariado, funcionario		
- Nivel: trabajador, especialista, directivo medio, alto directivo		
9. <i>Actividades y relaciones sociales en la vida adulta y la vejez</i>		
- Tipo de actividad: entidades, vecinos, compañeros de trabajo, amistades, sólo familia		
- Grado de relación: mucho, bastante, poco, nada		
10. <i>Relaciones de pareja o de vínculos afectivos principales (15 años antes de la enfermedad)</i>		
- Calificativos relación de pareja: muy buena (1), buena (2), normal (3), mala (4), muy mala (5)		
11. <i>Perfiles de personalidad y relación (15 años antes de la enfermedad). Escala bipolar</i>		
Grado: mucho (1), bastante (2), poco (3), indefinición (4), poco (5), bastante (6), mucho (7)		
<i>*Factor I: energía</i>	<i>*Factor II: afabilidad</i>	<i>*Factor IV: estabilidad emocional</i>
Autónomo/dependiente	Generoso/egoísta	Optimista/pesimista
Dominante/sumiso	Altruista/egocéntrico	Entero/afectado
Criterio propio/imitador	Extrovertido/introvertido	Sereno/ansioso
Seguro/inseguro	Sociable/retraído	Impulsivo/contenido
Afrontador/evitador	<i>*Factor III: tesón</i>	Pacífico/irritable
Asertivo/inhibido	Responsable/irresponsable	<i>*Factor V: apertura mental</i>
<i>Relación de pareja</i>	Organizado/caótico	Interesado/indiferente
Autónomo/dependiente	Realista/utópico	Flexible/rígido
Dominante/sumiso	Convencional/anárquico	

GDS: escala de deterioro global.

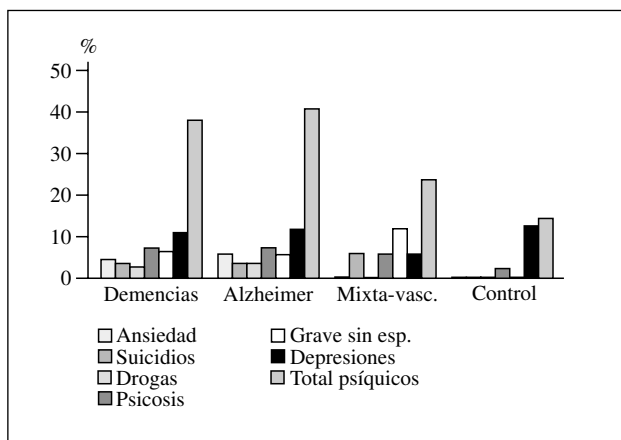


Figura 1. Antecedentes familiares de trastornos psíquicos. Comparación de los grupos de enfermos: total demencia, total Alzheimer, demencia mixta-vascular, con el grupo total control.

En la realización de las entrevistas participaron alumnos de cuarto curso de psicología de la Universidad de Barcelona. Recibieron entrenamiento previo e instrucciones escritas para la realización de la entrevista durante 3 sesiones de 90 min, con un seguimiento posterior, y los resultados fueron satisfactorios. Cada entrevista realizada por los alumnos fue supervisada personalmente, comentando y resolviendo con el entrevistador las dudas o dificultades que se suscitaron. Hay que hacer constar que un alto porcentaje de las entrevistas (60%) habían sido realizadas anteriormente por el autor de la investigación, con un intervalo de tiempo de 6-12 meses, contrastando la información obtenida en las dos situaciones y verificando su fiabilidad.

Se calcularon las diferencias significativas entre los valores del grupo de enfermos y el grupo control: puntuaciones z para las proporciones y puntuaciones t para las medias. La comparación de proporciones se realizó aplicando la prueba z^{26} , mientras que en la comparación de medias se utilizó la prueba de la t para muestras independientes del programa SPSS. Se determinó un nivel alfa de 0,05 para todas las pruebas estadísticas ($p < 0,05$). Los contrastes estadísticos realizados pueden ser considerados como unilaterales o direccionales²⁶⁻²⁸, con puntuaciones significativas superiores a 1,65 para $p < 0,05$ y puntuaciones superiores a 2,33 para $p < 0,01$.

RESULTADOS

Debido a la extensión del estudio, los resultados son una selección de los más significativos; la globalidad de los datos puede consultarse en el estudio completo¹. En las figuras y tablas se establece la comparación entre los grupos globales –total demencia (TD), total Alzheimer (TA), demencia mixta-vascular (DMV)– y los grupos control –total control (TC) y total población (TP)–. Se hacen constar también los contrastes entre grupos internos

cuando sean significativos: mujeres Alzheimer (MA), varones Alzheimer (VA) y mujeres control (MC), varones control (VC).

En los contrastes de los grupos globales (TD, TA) se ha utilizado un criterio restrictivo: además de tener una diferencia significativa, las diferencias de sus grupos internos (MA, VA y DMV) han de ser del mismo signo y al menos superiores a 1,00. Las diferencias significativas del texto en letra normal son $> 1,65$ ($\alpha = 0,05$) y en negritas son $> 2,33$ ($\alpha = 0,01$).

Aunque el título del artículo se refiere a los enfermos con demencia, los resultados tienen una mayor validez estadística para los grupos Alzheimer, ya que en éstos los tamaños de las muestras son ≥ 30 : TA ($n = 85$), MA ($n = 55$), VA ($n = 30$); mientras que en el de DMV es < 30 ($n = 17$).

En el texto, los datos irán precedidos de la diferencia significativa y entre paréntesis los grupos contrastados con sus proporciones; por ejemplo, +2,26 (TD 34,3%/TC 18,1%). En el contraste de medias se citarán éstas y las desviaciones estándar (DE) de cada grupo; por ejemplo, -3,18 (DMV 2,12 \pm 1,31/TC 3,31 \pm 1,32). El número de participantes de cada grupo figura en la tabla 3.

Manifestaciones psíquicas y/o psicósomáticas familiares y personales

Antecedentes familiares de trastornos psíquicos (fig. 1)

En el conjunto de los enfermos de demencia, aparecen los trastornos graves sin especificar (se incluyen los que los familiares relataban como graves, con ingresos psiquiátricos, aunque sin precisar el diagnóstico): +2,71 (TD 6,4%/TC 0,0%), los suicidios: +2,03 (TD 3,7%/TC 0,0%) y las psicosis: +1,67 (TD 7,4%/TC 2,0%), en este caso con diagnósticos explícitos por parte de los familiares de esquizofrenia o paranoia. A pesar de que estos porcentajes son pequeños, superan ampliamente los índices normativos para el conjunto de la población. En el grupo TA destaca la mayor presencia de total de trastornos psíquicos familiares (+3,61 [TA 40,6%/TC 14,2%]), la mayor ansiedad (+2,30 [TA 5,9%/TC 0,0%]) y las drogas (+1,76 [TA 3,6%/TC 0,0%]). El grupo DMV es el de menor enfermedad psíquica familiar, sin que aparezca ningún trastorno significativo.

Cabe subrayar que los trastornos depresivos (TD 11,1%/TC 12,2%) y el retraso mental (TD 1,9%/TC 0,0%) en los familiares no presentan diferencias significativas.

Antecedentes personales de trastornos psíquicos

Los datos más relevantes son la menor presencia de trastornos depresivos (-2,54 [TD 29,6%/TC 50,9%]) en el grupo de enfermos de demencia, así como un menor número de tratamientos y fármacos en MA (-2,34 [MA 29,1%/MC 55,1%]). En VA sí aparecen los trastornos de-

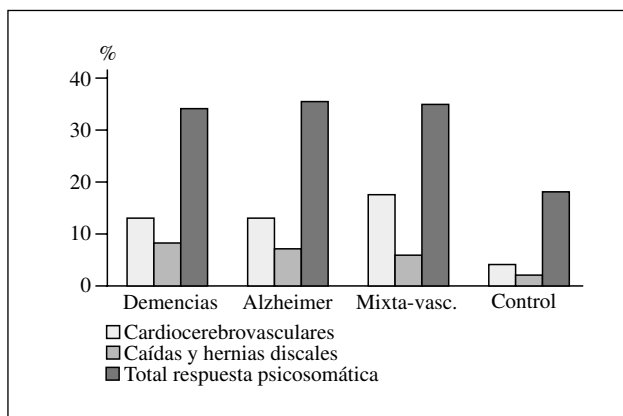


Figura 2. Respuestas psicósomáticas a acontecimientos vitales. Comparación de los grupos de enfermos: total demencia, total Alzheimer, demencia mixta-vascular, con el grupo total control.

rivados del abuso del alcohol: +1,82 (VA 10,0%/VC 0,0%).

Repuestas psicósomáticas a acontecimientos vitales (fig. 2)

Existe una mayor respuesta psicósomática generalizada para los enfermos de demencia (+2,26 [TD 34,3%/TC 18,1%]), con una mayor presencia de caídas y hernias discales para el grupo MA (+2,59 [MA 10,9%/MC 0,0%]) y con una mayor respuesta cardiocerebrovascular para los grupos VA (+2,13 [VA 13,2%/VC 0,0%]) y DMV (+1,90 [DMV 17,6%/TC 4,0%]).

Familia y estilo educativo

Edad de los participantes (0-20 años) en la muerte de los padres

En los primeros 20 años de vida, en el grupo de enfermos de demencia, se produce un mayor número de pérdidas del padre, +2,83 (TD 36,2%/TC 16,3%), mayor en el grupo MA, +3,04 (MA 41,8%/MC 13,7%), así como un

menor número de pérdidas de la madre, especialmente en el grupo VA, -1,72 (VA 6,7%/HC 25,0%). La muerte del padre y de la madre, conjuntamente en el mismo período, aparece asimismo como significativa en el grupo TA, +1,73 (TA 8,3%/TC 2,0%).

Comparación con el total de la población de las muertes de los padres (0-20 años de edad de los participantes) (fig. 3)

Los datos de la población general²⁹ refuerzan las observaciones realizadas en el grupo control. En los menores de 70 años se producen más pérdidas del padre antes de los 20 años en todos los grupos de enfermos: +3,46 (TD 35,1%/TP 13,2%/TC 17,7%). En los mayores de 70 años, la muerte del padre sólo es significativa para el grupo TA: +2,87 (TA 42,1%/TP 19,1%/TC 15,7%). De forma global, la pérdida del padre es significativa para todos los grupos: +4,50 (TD 36,1%/TP 15,3%/TC 16,3%); la muerte de la madre y padre conjuntamente sólo lo es para MA, +1,67 (MA 9,1%/TP 2,6%/TC 2,0%). El grupo con más pérdidas, tanto en el contraste con la población como con los controles, es MA.

La muerte precoz de los padres en los cinco ámbitos

En la tabla 5 se observa que en el grupo MA se concentra el mayor número de pérdidas del padre en la mayoría de los ámbitos analizados, de manera significativa: general (MA 41,8%/MC 13,7%), matrimonios (MA 44,4%/MC 0,0%), menores de 70 años (MA 44,8%/10,0%), mayores de 70 años (MA 38,5%/MC 15,8%), analfabetos (MA 27,8%/MC 0,0%), estudios primarios (MA 50,0%/MC 18,2%), Barcelona (MA 71,4%/MC 13,0%); sólo no son significativos los estudios secundarios-universitarios, +0,24 (MA 16,7%/MC 12,5%) y Baix Llobregat, +0,60 (MA 31,7%/MC 20,0%).

Se constata también la correlación entre bajo nivel educativo y muerte del padre en todos los grupos, no presentándose ésta en el nivel educativo superior, estu-

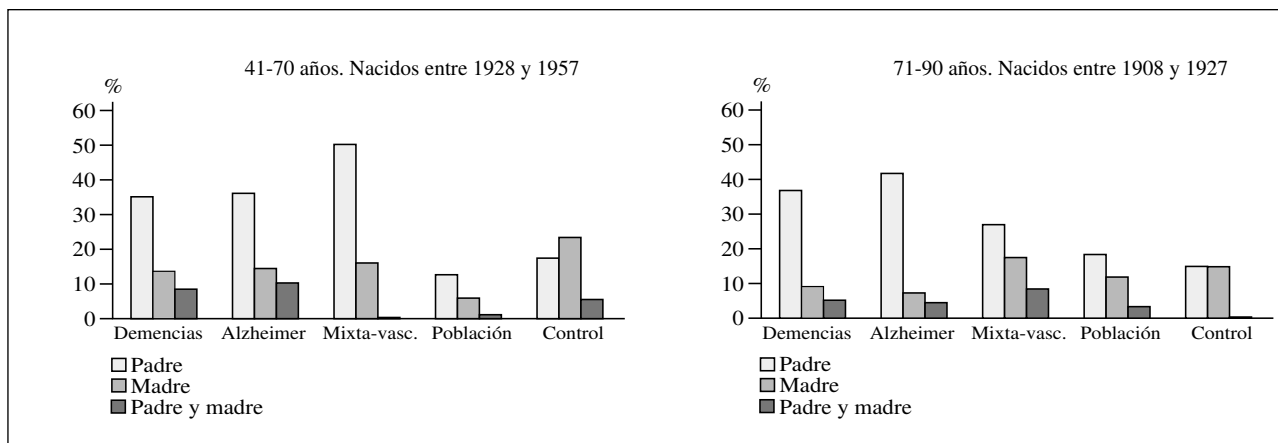


Figura 3. Muertes precoces de los padres (0-20 años de edad de los participantes), según períodos de nacimiento: 1908-1927 y 1928-1957. Comparación de los grupos de enfermos: total demencia, total Alzheimer, demencia mixta-vascular con el total de la población y el grupo total control.

TABLA 5. Diferencias significativas en la muerte de los padres, antes de los 20 años de edad de los participantes

Ámbitos	Muerte padres	1) Todos los casos		2) Matr. Enf.-Con.		3) Edad inicio < 70 años ≥ 70 años			4) Nivel educativo Analf. Prim. Sec.-Un.			5) Área territorial BCN Baix Ll.	
Total demencia	Padre	+2,82**	+1,12	+1,43	+2,32*	+3,64**	+2,80**	-0,11	+2,45**	+1,04			
	Madre	-0,99	-1,12	-0,84	-0,75	-0,49	-1,55	+0,20	+0,14	-1,44			
	Total	+1,62	0,00	+0,49	+1,47	+1,13	+0,77	+0,03	+2,34**	-0,36			
Total Alzheimer	Padre	+3,01**	+1,40	+1,47	+2,58**	+3,61**	+2,94**	+0,25	+2,75**	+1,12			
	Madre	-0,99	-1,03	-0,74	-1,00	-0,84	-1,34	+0,20	+0,31	-1,50			
	Total	+1,84*	+0,39	+0,62	+1,63	+0,81	+1,04	+0,37	+2,89**	-0,32			
Mujeres Alzheimer	Padre	+3,04**	+2,68**	+2,63**	+1,78*	+2,64**	+2,12*	+0,24	+4,20**	+0,60			
	Madre	+0,10	+0,11	+0,88	-0,82	0,00	-0,02	+1,03	+1,16	-0,55			
	Total	+2,71**	+2,30*	+2,95**	+1,01	+2,64**	+1,85*	+1,12	+8,60**	+0,06			
Varones Alzheimer	Padre	+1,08	-0,41	-0,32	+1,97*	+2,00*	+2,67**	-0,30	-0,45	+1,18			
	Madre	-1,72*	-2,36**	-1,91**	-0,55	0,00	-1,93*	-1,06	-1,56	-1,40			
	Total	-0,35	-0,81	-2,17**	+1,43	+1,63	-0,62	-0,74	-1,41	-0,15			
Demencia mixta-vasc.	Padre	+1,49	+0,12	+1,38	+0,79	+1,82**	+4,08**	-0,74	+0,62	+1,16			
	Madre	-0,05	-0,67	-0,37	+0,19	+0,70	-2,66**	+0,10	-0,13	-0,34			
	Total	+1,31	-0,45	+0,99	+0,83	+2,37**	+0,75	-0,51	+0,45	+0,80			

Matr.: matrimonios; Enf.: enfermo; Con.: cónyuge; Analf.: analfabetos; Prim.: estudios primarios; Sec.-Un.: estudios secundarios y universitarios; BCN: Barcelona ciudad; Baix Ll.: comarca del Baix Llobregat.

*p < 0,05; **p < 0,01.

Negrita: grupos internos (MA, VA o DMV) no significativos, aunque del mismo signo y superiores a 1,00, en grupos globales (TD o TA) con diferencias significativas.

dios secundarios-universitarios: -0,11 (TD 21,7%/TC 23,1%).

En el área territorial Baix Llobregat, +1,04 (TD 34,2%/TC 21,4%), ningún grupo tiene diferencias significativas, ya que los porcentajes de muerte de los padres están más igualados, contrastando con las grandes diferencias de Barcelona (TD 40,6%/TC 14,7%).

Finalmente, la muerte de la madre es menor en VA (VA 5,9%/VC 50,0%) y en DMV (DMV 0,0%/TC 29,4%).

Educación, trabajo y relaciones sociales

Nivel educativo (fig. 4)

Un menor nivel educativo, con una importante tasa de analfabetismo, aparece como lo más destacado, especialmente para el grupo MA, **+4,33** (MA 25,5%/MC 0,0%), y el DMV, **+2,44** (DMV 29,4%/TC 2,0%). Asimismo, en el grupo TA se da una menor tasa de estudios universitarios: **-3,03** (TA 1,2%/TC 18,4%).

Ocupación laboral

En cuanto al tipo de trabajo (fig. 4), se constata una mayor dedicación de MA a labores de la casa, +2,15 (MA

58,2%/MC 34,4%), y menor presencia de trabajos cualificados para MA, **-2,54** (administrativos y profesiones liberales, MA 7,2%/MC 30,7%), y para DMV, **-3,69** (administrativos, DMV 0,0%/TC 20,3%).

Referente a la contratación, lo más destacable es una menor cualificación: menos autónomos para todos los grupos, **-2,39** (TD 13,0%/TC 30,6%), menos funcionarios para TA, **-2,37** (TA 0,0%/TC 10,2%) y más en ninguna contratación, igualmente en MA, **+4,31** (MA 34,6%/MC 3,4%), y DMV, **+2,83** (DMV 35,2%/TC 2,0%). Tanto en los temas educativos como en los laborales, el grupo VA tiene un menor déficit.

Relaciones sociales

Aunque el grado de relación social es menor en todos los enfermos de demencia, excepto en el de VA, las diferencias no son significativas. Es en el grupo DMV donde la menor sociabilidad aparece con mayor rotundidad, **-3,18** (DMV 2,12 ± 1,31/TC 3,31 ± 1,32); en este grupo se dan también las mayores cotas de retraimiento en la temática de personalidad.

En cuanto al tipo de relaciones, están más centrados en la familia el grupo MA, **+3,21** (MA 32,1%/MC 6,9%) y el grupo DMV, **+2,69** (DMV 47,0%/TC 12,2%). Estos dos

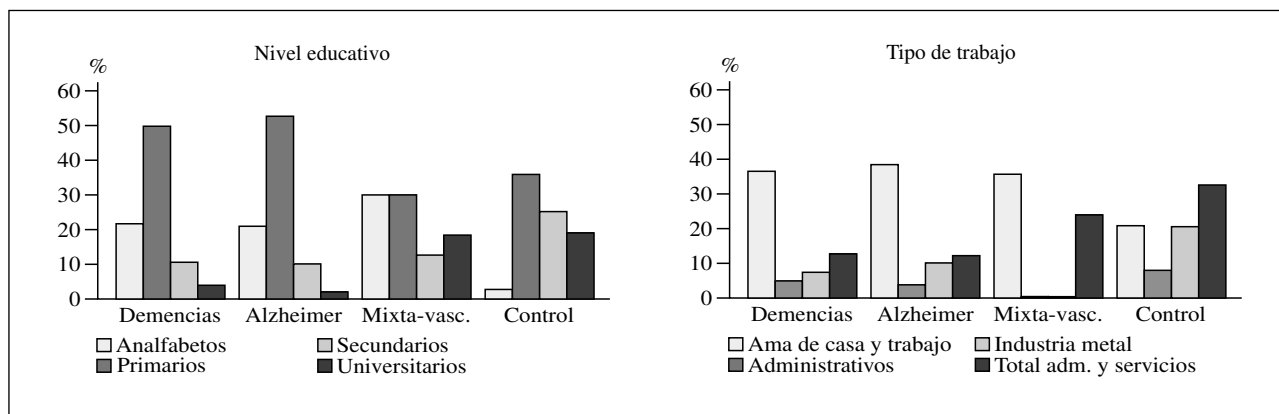


Figura 4. Nivel educativo y tipo de trabajo. Comparación de los grupos de enfermos: total demencia, total Alzheimer, demencia mixta-vascular con el grupo total control.

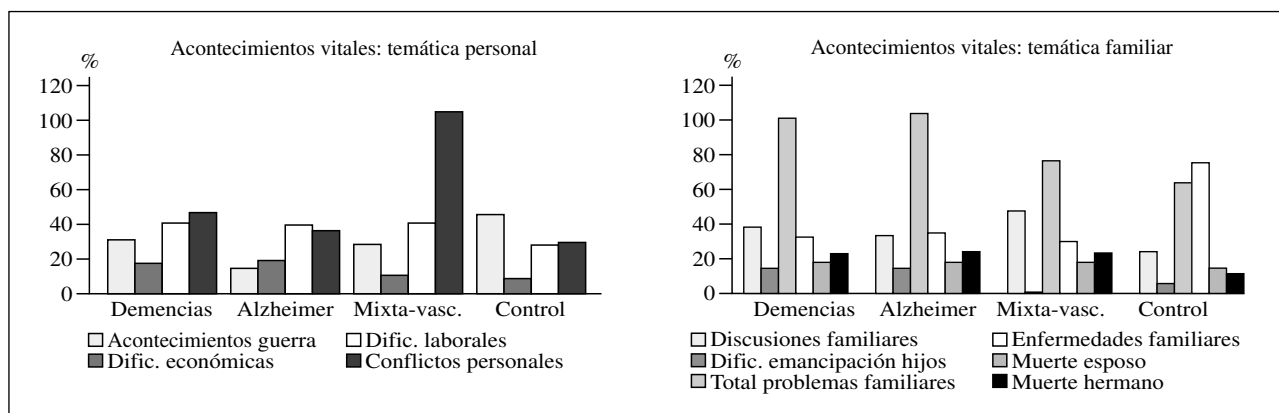


Figura 5. Acontecimientos vitales: temática global personal y familiar. Comparación de los grupos de enfermos: total demencia, total Alzheimer, demencia mixta-vascular con el grupo total control.

grupos tienen también una menor participación en entidades: MA, $-3,15$ (MA 67,8%/MC 92,7%), y DMV, $-3,12$ (DMV 46,9%/TC 87,5%).

Acontecimientos vitales

Temática personal en el conjunto del ciclo vital (fig. 5)

Considerando el conjunto de acontecimientos vitales en todas las etapas, la temática dominante, en el área personal, es la de menor guerra (acontecimientos vitales relacionados con la guerra civil española, 1936-1939) para todos los grupos de enfermos de demencia: $-1,88$ (TD 30,8%/TC 46,6%). En el grupo MA están presentes las dificultades económicas, $+2,04$ (MA 27,1%/MC 10,1%), así como un menor cómputo de acontecimientos personales, $-2,33$ (MA 108,2%/MC 143,9%); en el grupo VA destacan los acontecimientos laborales: $+3,69$ (VA 86,5%/VC 40,0%). El grupo DMV es el que tiene más acontecimientos personales estresantes, destacando la enfermedad propia, $+2,86$ (DMV 46,9%/TC 10,1%), y el total de conflictos personales, $+8,58$ (DMV 105,4%/TC 30,3%).

Temática familiar en el conjunto del ciclo vital (fig. 5)

En los temas familiares se constata un menor índice de enfermedades de familiares (debido a que el 51% de los controles son cuidadores de enfermos) en todos los grupos de enfermos de demencia: $-5,62$ (TD 32,4%/TC 75,3%).

Por otra parte, en todos los grupos de enfermos se da globalmente un mayor número de problemas familiares (discusiones familiares, dificultades emancipación hijos, separaciones familiares), $+5,45$ (TD 100,4%/TC 62,6%); en VA la muerte del hermano, $+2,29$ (VA 26,6%/VC 5,0%), y en MA la muerte del esposo, $+1,75$ (MA 29,1%/MC 13,6%).

Acontecimientos vitales vinculados al inicio de la demencia (5 últimos años)

En el área personal sólo son significativos el mayor número de enfermedades propias para el grupo DMV: $+2,42$ (DMV 64,7%/TC 32,3%). En el área familiar, excluyendo las enfermedades familiares, cabe resaltar para MA la

TABLA 6. Perfiles de personalidad y relación

<i>Diferencias significativas de medias aritméticas superiores a 3,00</i>					
<i>Factores</i>	<i>I: energía</i>	<i>II: afabilidad</i>	<i>III: tesón</i>	<i>IV: est. emocional</i>	<i>V: apert. mental</i>
Total	Imitac. +2,81**	..... / .....	..... / .....	Pesim. +2,10* /
Demencia	Depen. +2,09*	... / / / /
Total	Imitac. +2,97**	..... / .....	..... / .....	**Pesim. +1,53 /
Alzheimer	Evitac. +2,11* / / / /
	Depen. +1,96* / / / /
	Dep.(r) +1,89* / / / /
Mujeres	-1,87* Dom.(r)	... / .....	..... / .....	Afect. +1,80*	Indif. +5,10**
Alzheimer	Evitac. +1,54	..... / .....	..... / .....	Pesim. +0,95	Rigid. +2,21*
	Imitac. +1,49 / / / /
	Dep.(r) +1,36 / / / /
	Depen. +1,03 / / / /
Varones	Imitac. +3,23**	Introv. +3,26**	Utóp. +1,70*	Pesim. +1,18 /
Alzheimer	Depen. +1,98*	Egoís. +2,27* / / /
	Evitac. +1,66* / / / /
	Dep.(r) +1,39 / / / /
Demencia mixta-vasc.	Depen. +1,08	Retr. +2,86**	..... / .....	Pesim. +2,18*	Rigid. +2,69**
	Imitac. +0,93	Egoís. +2,42**	..... / .....	-1,75* Ent.	Indif. +2,03*
	..... / .....	Introv. +1,88* / / /
	..... / .....	Egoc. +1,65* / / /

Las abreviaturas se corresponden con los elementos enunciados en el punto 11 de la tabla 4.

Sólo se consignan las diferencias significativas: *p < 0,05; **p < 0,01;

Negrita: grupos internos (MA, VA o DMV) no significativos, aunque del mismo signo y superiores a 1,00, en grupos globales (TD o TA) con diferencias significativas.

muerte del esposo, **+2,82** (MA 12,7%/MC 0,0%), y las dificultades en la emancipación de los hijos, **+2,59** (MA 10,9%/MC 0,0%); y para VA la muerte de la madre, **+2,87** (VA 33,4%/VC 5,0%), y la muerte del hermano, +1,82 (VA 10,0%/VC 0,0%).

Perfiles de personalidad y relación

Resultados globales de los perfiles de personalidad y relación

En la tabla 6 se presenta una versión simplificada; se contabilizan sólo las diferencias significativas de las medias aritméticas del grupo de enfermos superiores a 3,00, y se suprimen los aspectos con las puntuaciones más bajas. En la tabla aparecen las puntuaciones t y en el texto las medias y desviaciones estándar.

Considerando globalmente los datos, lo más notable para todos los grupos de enfermos es el mayor déficit en el factor I (energía), imitación (TD 3,07 ± 1,70/TC 2,27 ± 1,53), y dependencia (TD 3,61 ± 1,93/TC 2,90 ± 2,03), más intensos en los grupos Alzheimer, imitación (TA 3,13 ± 1,66/TC 2,27 ± 1,53), evitación (TA 3,61 ± 2,02/TC 2,86

± 1,90), dependencia (TA 3,58 ± 1,86/TC 2,90 ± 2,03) y dependencia en relación de pareja (TA 4,13 ± 1,88/TC 3,49 ± 1,88) y, especialmente, en VA: imitación (VA 3,00 ± 1,61/VC 1,75 ± 1,11), dependencia (VA 3,83 ± 1,75/HC 2,80 ± 1,82) y evitación (VA 4,27 ± 2,03/HC 3,30 ± 1,97); la nota discordante se da en MA, con una mayor dominancia (MA 3,73 ± 2,01/MC 4,48 ± 1,61), posiblemente debido a que el grupo control se puntuó como muy sumiso.

En el grupo DMV el déficit del factor II (afabilidad) es más intenso –retraimiento (DMV 3,94 ± 2,13/TC 2,31 ± 1,68), egoísmo (DMV 3,41 ± 2,23/TC 2,06 ± 0,92), introversión (DMV 4,71 ± 2,39/TC 3,55 ± 2,11) y egocentrismo (DMV 3,29 ± 2,28/TC 2,33 ± 1,31)–, aunque también aparece en VA la introversión (VA 4,83 ± 1,96/VC 3,00 ± 1,91) y el egoísmo (VA 3,17 ± 1,91/VC 2,25 ± 0,91).

En todos los grupos de enfermos se da, en el factor IV (estabilidad emocional), el pesimismo (TD 4,21 ± 1,97/TC 3,49 ± 1,99), aunque más intenso en el grupo DMV (DMV 4,71 ± 1,96/TC 3,49 ± 1,99); se constata una mayor afectación en MA (MA 5,28 ± 1,81/MC 4,41 ± 2,12), mientras que DMV aparece con mayor entereza (DMV 3,24 ± 1,98/TC 4,31 ± 2,23).

En el factor V (apertura mental) se da un importante déficit, en MA en indiferencia (MA 4,10 ± 1,87/MC 2,21 ± 1,42) y rigidez (MA 4,06 ± 1,98/MC 3,03 ± 2,04). Estos déficit también aparecen en la DMV, aunque invertidos en su intensidad: rigidez (DMV 4,71 ± 2,14/TC 3,16 ± 2,00) e indiferencia (DMV 3,82 ± 2,24/TC 2,67 ± 1,93).

El factor III (tesón) es el que aparece con menor déficit en todos los grupos, únicamente en VA un mayor utopismo (VA 3,10 ± 1,78/VC 2,20 ± 1,57).

Factores de personalidad y muerte precoz del padre

En los resultados del contraste entre el subgrupo de enfermos que tienen sólo la muerte del padre antes de los 20 años y la totalidad del grupo control, se observa paradójicamente, en todos los grupos de enfermos (n = 31) un menor déficit en el factor I (energía), imitación, +2,31 (TD 3,10 ± 1,58/TC 2,27 ± 1,53), y evitación, +1,74 (TD 3,63 ± 1,95/TC 2,86 ± 1,90).

En el factor V (apertura mental), y también para todos los grupos, se constata una generalización de la indiferencia hacia temas externos: +4,33 (TD 4,60 ± 1,90/TC 2,67 ± 1,93).

En el factor II (afabilidad) el déficit continúa centrado los mismos grupos, aunque de forma más disminuida. En VA (n = 8), egoísmo, +1,81 (VA 3,88 ± 2,47/VC 2,25 ± 0,91), e introversión, +1,79 (VA 4,50 ± 2,20/VC 3,00 ± 1,91), y en DMV (n = 5), introversión, +1,87 (DMV 5,40 ± 2,07/TC 3,55 ± 2,11).

El factor III (tesón) continúa siendo el de menor déficit; únicamente aparece en VA la irresponsabilidad: +1,95 (VA 3,00 ± 2,07/VC 1,55 ± 0,60).

En el factor IV (estabilidad emocional) se mantiene en MA (n = 18) la afectación: +2,03 (MA 5,67 ± 1,94/MC 4,41 ± 2,21). El pesimismo solamente se observa en el grupo DMV, +2,50 (DMV 5,80 ± 1,64/TC 3,49 ± 1,99) y aparece un elemento nuevo para los grupos Alzheimer (n = 26), la impulsividad: -1,75 (TA 3,12 ± 2,04/TC 4,02 ± 2,17).

Resultados de los perfiles de personalidad y relación en los ámbitos específicos para el grupo Total Alzheimer

Lo más destacable de los ámbitos específicos es, en matrimonios, la mayor homogeneidad, sin diferencias significativas en los diversos factores, excepto un elemento de dominancia en la relación de pareja: -1,66 (TA 3,25 ± 1,84/TC 4,13 ± 1,48).

En la edad de inicio, el mayor déficit en los enfermos < 70 años se da del factor I (energía), imitación, +2,29 (TA 3,21 ± 1,60/TC 2,18 ± 1,59), dependencia en la relación de pareja, +1,82 (TA 4,40 ± 1,91/TC 3,41 ± 1,93), dependencia, +1,70 (TA 3,78 ± 1,78/TC 2,88 ± 2,05) e inhibición, +1,68 (TA 3,47 ± 1,94/TC 2,59 ± 1,54); en cambio,

en los ≥ 70 años hay un menor déficit del factor I (energía) y un mayor déficit en el factor IV (estabilidad emocional), afectación, +1,85 (TA 5,11 ± 1,92/TC 4,16 ± 2,28), y pesimismo, +1,69 (TA 4,21 ± 2,04/TC 3,38 ± 2,07), así como en el factor V (apertura mental) una mayor indiferencia: +4,35 (TA 4,57 ± 1,68/TC 2,72 ± 1,80).

Finalmente, en los enfermos de mayor nivel educativo cabe resaltar un importante y paradójico déficit, sobre todo en el factor I (energía), evitación, +2,85 (TA 4,07 ± 1,98/TC 2,48 ± 1,57), dependencia, +2,49 (TA 3,67 ± 1,54/TC 2,30 ± 1,79), y dependencia en la relación de pareja, +2,02 (TA 4,27 ± 2,12/TC 3,07 ± 1,66).

DISCUSIÓN

Manifestaciones psíquicas y/o psicósomáticas familiares y personales

Respecto a los antecedentes familiares, los datos significativos sobre trastornos graves (ingresos psiquiátricos, psicosis, suicidios, drogas), así como el mayor número de trastornos psíquicos, para los grupos Alzheimer, apoyarían la tesis de estructuras familiares más frágiles, también en el plano psíquico.

El menor número de trastornos depresivos en el área personal contrasta con los resultados de otras investigaciones³³⁻³⁶; sin embargo, son coherentes con los antecedentes familiares del estudio, ya que tampoco aparecían como relevantes. Una posible causa de este hecho puede ser la presencia, en los controles, de cuidadores con situaciones estresantes y de personas con déficit leves de memoria, los cuales suelen estar asociados a fenómenos depresivos, aumentando su número en los grupos control. Otra explicación sería el menor número de depresiones, no diagnosticadas, en los grupos de enfermos.

Sí que aparecen como más relevantes las respuestas psicósomáticas a los acontecimientos vitales, las cuales suelen corresponder a una menor capacidad de elaboración psíquica frente a ellos. Este dato podría relacionarse tanto con la mayor fragilidad familiar y personal como con el menor nivel educativo.

Familia y estilo educativo

Es notable el déficit en la estructura familiar, en lo referente a la figura paterna, general para todos los grupos, aunque más acusado en MA.

En el análisis de los ámbitos específicos parece clara la relación entre menor nivel educativo y la muerte precoz del padre para todos los grupos. Un caso particular lo constituye el ámbito territorial: las diferencias significativas para Barcelona ciudad son muy grandes, contrariamente a lo que ocurre en la comarca del Baix Llobregat, donde no se detecta ninguna para ningún grupo. Estos

datos podrían tener relación con un factor no controlado en el estudio: la inmigración; la importancia de este factor quedó reflejada en el estudio The Honolulu-Asia Aging Study⁴, al constatar una tasa de demencia más alta que la del país de origen en la población inmigrada, después de 30 años. La muerte precoz del padre y las consecuencias asociadas (dificultades económicas, menor nivel educativo, menor vinculación externa, etc.) podrían favorecer una tasa mayor de demencias, aunque sería preciso un mayor estudio para dilucidar las diferencias entre Barcelona ciudad y Baix Llobregat, ya que no disponemos de datos acerca de qué participantes son nativos o inmigrantes en cada una de las áreas y los grupos de participantes.

Educación, trabajo y relaciones sociales

Los datos, al constatar un menor nivel educativo, una menor cualificación profesional y unas peores condiciones de contratación para los grupos MA y DMV, son coherentes con los estudios citados en la introducción sobre los factores de riesgo⁷⁻⁹.

En cuanto a las relaciones y actividades sociales, aspectos que subrayaban los estudios citados anteriormente¹⁰⁻¹⁴ como elementos protectores de la demencia, los datos no señalan para los grupos Alzheimer diferencias de grado de relaciones sociales (actitud de sociabilidad), aunque si se constata que los grupos MA y DMV aparecen más centrados en la familia con una menor tasa de participación en entidades.

La hipótesis más plausible, que relaciona unos mayores déficit en educación, posición, trabajo, relaciones sociales y demencia, giraría en torno a que todos ellos serían responsables de una menor actividad cerebral, con una menor protección para su conservación³⁷. Es preciso considerar no obstante, las menores carencias de todos estos factores sociales para el grupo VA.

Acontecimientos vitales

De forma global, en el área personal, únicamente VA (área laboral) y DMV (conflictos personales y enfermedades propias) tendrían un mayor número de acontecimientos vitales negativos; en cambio, en el área familiar, habría una mayor problemática familiar para el conjunto de todos los grupos de enfermos con demencia.

Se confirma la hipótesis de los estudios realizados^{15,16} respecto a la presencia de acontecimientos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad. Los últimos acontecimientos vitales significativos están centrados en el área familiar para los grupos Alzheimer (muerte de familiares y dificultades en la emancipación de los hijos) y en el área personal para DMV (enfermedad propia).

Creemos necesario distinguir entre aquellos acontecimientos vitales que tienen un efecto estructural (muerte

del padre en la infancia) y aquellos que ocurren en otras etapas con un efecto más fenomenológico. En los grupos Alzheimer, los más recientes (más sentidos) se superponen a los más antiguos (menos sentidos aunque más importantes por las consecuencias). Unos y otros tendrían un efecto sobre el estado de ánimo en forma de depresión, tristeza o simplemente de visión negativa y pesimista.

Perfiles de personalidad y relación

Los déficit del factor I (energía: imitación, evitación y dependencia) son bastante consistentes y se repiten en los diferentes ámbitos y subgrupos. Concuerdan con los datos del estudio de la Universidad de Friburgo¹⁸, que ponían de manifiesto la tendencia a la evitación-sumisión y a depender de otros en decisiones importantes. Respecto al de la Universidad de Viena²⁰, que se referían al cónyuge sano como dominante, más bien parece suceder lo contrario: en algunos grupos y ámbitos es el enfermo el que es visto como dominante en la relación de pareja (es preciso subrayar, sin embargo, que el grupo control se puntuó como muy sumiso, lo cual realizó el factor de dominancia en los grupos de enfermos). No obstante, este factor de dominancia coexiste con el déficit general del factor I (energía).

El elemento introversión, que se citaba en el estudio de la Clínica Mayo¹⁹, está en el presente estudio muy centrado en VA y en DMV, no así en MA. El pesimismo, que también aparecía en el trabajo citado, en los datos presentados sí que es general para todos los grupos de enfermos, y estaría en línea con la tesis del estudio de las «Monjas»²¹: los autores realizaron un estudio con 678 religiosas de entre 75 y 106 años de edad durante 15 años. Algunas de sus conclusiones fueron que las emociones positivas y el optimismo ante la vida son factores que predisponen a la salud mental, se asocian con la longevidad y protegen del Alzheimer.

En relación con los 4 ámbitos específicos, en la edad de inicio, los mayores déficit del factor I (energía) se sitúan en los más precoces, presentando unas características de mayor dependencia; en cambio, los enfermos de inicio tardío presentaban una mayor alteración del factor IV (estabilidad emocional), afectación y pesimismo; estos datos sugerirían unos factores de riesgo de personalidad diferentes en función de la edad de inicio. En cuanto al nivel educativo, los mayores déficit del factor I están situados en el nivel superior; esto relativizaría el papel de la educación: la formación de la personalidad aparece como el resultado de diversos factores y no sólo de uno de ellos.

En la muerte precoz del padre, la suposición de que este hecho podría haber afectado a la constitución de su identidad no parece tener confirmación (el déficit del factor I tiene menor intensidad); en los enfermos con muerte precoz del padre, el elemento que se ha visto más reforzado

ha sido el de la indiferencia a los temas externos; este segundo aspecto haría referencia al papel del padre como intermediador con el mundo, su ausencia dificultaría los procesos de relación social. Los déficit más elevados del factor I (energía), II (afabilidad) y IV (estabilidad emocional) se encuentran justamente en aquellos enfermos que no han tenido ninguna muerte precoz, ni del padre ni de la madre. La impresión es que se trataría más bien de unos patrones familiares con un estilo educativo de poca vinculación al mundo externo, poco facilitadores de la autonomía y con una visión pesimista, probablemente relacionada con una historia familiar de déficit y carencias diversas.

CONCLUSIONES

Presencia de factores de riesgo no biológicos

Se aportan datos suficientes para confirmar su existencia en el ciclo vital de los enfermos con la enfermedad de Alzheimer, buena parte de los cuales han sido documentados también por otras investigaciones:

– Familiares. El mayor número de muertes precoces parentales, especialmente del padre; el mayor número de antecedentes familiares de trastornos psíquicos graves; la mayor problemática familiar, en cuanto a acontecimientos vitales.

– Sociales. El bajo nivel educativo y de ocupación laboral; unas menores relaciones sociales y más centradas en la familia.

– Personales. Los factores de personalidad y relación: I, dependencia, evitación, imitación; II, introversión; IV, pesimismo, afectación; V, indiferencia hacia temas externos y rigidez.

Factores que favorecen una mayor predisposición

Los factores de riesgo psicosociales y de personalidad no contradicen los aspectos biológicos de la enfermedad, ya que no se sitúan en el nivel de la etiología. Deben ser contemplados en conjunto como factores de mayor predisposición al desarrollo de una demencia. Los efectos de las carencias en los acontecimientos psicosociales y en la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer podrían relacionarse con el paradigma biológico, refiriéndonos a la tesis de la actividad cerebral. Estos factores tendrían en común que propician una menor actividad cerebral a lo largo del ciclo vital, lo cual favorecería un mayor deterioro de las capacidades intelectuales.

La personalidad premórbida no se corresponde con un trastorno mental específico

Los factores de personalidad premórbida no permiten categorizar un tipo de trastorno psíquico o mental específico que estuviera más presente en los enfermos de Alzheimer. Son rasgos comunes, pero que aparecen en ellos de forma más intensa. El déficit de autonomía y de rela-

ción no ha generado sintomatología anterior porque, probablemente, han habido elementos con una función de suplencia y compensación: relación de pareja, trabajo, etc. Por otra parte, estos déficit pueden estar vinculados a la misma estructura familiar, ya sea por las pérdidas parentales ocurridas, por el estilo de relación interfamiliar o por el grado de vinculación al mundo exterior.

Hipótesis de la fragilidad familiar y personal

Los datos presentados aportan la sugerencia de seguir investigando en la hipótesis de la fragilidad familiar y personal, especialmente de los aspectos carenciales y deficitarios, impidiendo que se desarrollase la propia autonomía personal y una mayor y satisfactoria vinculación al mundo externo.

El déficit yoico de autonomía y simbolización, por una parte (más presentes en los de inicio precoz), y de retracción social y pesimismo, por otra (más presentes en los de inicio tardío), serían los elementos a seguir investigando, conectados con esta fragilidad familiar y personal que se pondría a prueba en la adaptación a los cambios y a las pérdidas que suponen el tránsito de la mediana edad a la vejez.

Posibles intervenciones de prevención

Buena parte de la actividad profesional del autor de la presente investigación ha estado vinculada en los últimos años (1988-2002) a las intervenciones de prevención en el campo de las personas mayores desde la actividad como psicólogo. Sería deseable encontrar programas operativos que, desde distintos niveles de intervención, pudiesen incidir en la prevención de la enfermedad de Alzheimer. La actual investigación se sitúa en esta línea de trabajo, sugiriendo posibles elementos de prevención: intervenciones que potencien la autonomía personal, la capacidad de afrontamiento, una mayor estabilidad afectiva y una relación social más intensa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde Sala JL. Factores de riesgo y personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona, 2002. Versión completa en formato digital disponible en: <http://tdcat.oesca.es/TDCat-0403102-095159/>
2. Conde Sala JL. Familia y demencia. Intervenciones de apoyo y regulación. En: Alberca R, López-Pousa S, editores. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Médica Panamericana, 2002; p. 101-20.
3. Raiha I, Kaprio J, Koskenvuo M, Pajala T, Sourander L. Alzheimer's disease in Finnish twins. *Lancet* 1996;347:573-8.
4. White L, Petrovitch H, Ross GW, Masaki KH, Abbott RD, Teng EL, et al. Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: the Honolulu-Asia Aging Study. *JAMA* 1996;276:955-60.
5. Jorm AF. La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Barcelona: S.G. Editores, 1994.
6. Conde Sala JL. Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:157-61.
7. Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Albert MS, Chown MJ, et al.

- Education and other measures of socio-economic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurol* 1997;54:1399-405.
8. Moritz DJ, Petitti DB. Association of education with reported age of onset and severity of Alzheimer's disease at presentation: implications for the use of clinical samples. *Am J Epidemiol* 1993;137:456-62.
 9. Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, Van der Cammen TJ, Grobbee DE, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 1995;310:970-3.
 10. Kondo K, Yamashita I. A case-control study of Alzheimer's disease in Japan: association with inactive psychosocial behaviors. En: Hasegawa K, Homma A, editors. *Psychogeriatrics biomedical and social advances*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1990; p. 49-53.
 11. Bidzan L, Ussorowska D. Risk factors for dementia of the Alzheimer type. *Psychiatr Pol* 1995;29:297-306.
 12. Shimamura K, Takatsuka N, Inaba R, Iwata H, Yoshida H. Environmental factors possibly associated with onset of senile dementia. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1998;45:203-12.
 13. Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, La-font S, et al. Marital status and risk of Alzheimer's disease: a French population-based cohort study. *Neurology* 1999;53:1953-8.
 14. Wang H-X, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol* 2002;155:1081-7.
 15. Shen Y. A case-control study of risk factors on Alzheimer's disease. Multi-center collaborative study in China. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih* 1992;25:284-7.
 16. Pecyna SM. Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer's disease in people of working age. *Przegl Epidemiol* 1993;47:343-8.
 17. Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, Ojesjo L, Otterberck L, et al. Senile dementia of the Alzheimer type in the Lundby Study II. An attempt to identify possible risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:231-5.
 18. Bauer J, Stadtmuller G, Qualmann J, Bauer H. Premorbid psychological processes in patients with Alzheimer's disease and in patients with vascular dementia. *Z Gerontol Geriatr* 1995;28:179-89.
 19. Malinchoc M, Rocca WA, Coligan FC, Offord KF, Kokmen E. Premorbid personality characteristics in Alzheimer's disease: an exploratory case-control study. *Behav Neurol* 1997;10:117-20.
 20. Kropiunigg U, Sebek K, Leonhardsberger A, Schemper M, Dal-Bianco P. Psychosocial risk factors for Alzheimer's disease. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999;49:153-9.
 21. Danner DD, Snowdon DA. Positive Emotions in Early and Longevity: findings from the Nun Study. *J Pers Soc Psychol* 2001;80:804-13.
 22. Strauss ME, Pasupathi M, Chatterjee A. Concordance between observers in descriptions of personality change in Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 1993;8:475-80.
 23. Strauss ME, Pasupathi M. Primary caregivers' descriptions of Alzheimer patients' personality traits: temporal stability and sensitivity to change. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8:166-76.
 24. Strauss ME, Lee MM, DiFilippo JM. Premorbid personality and behavioral symptoms in Alzheimer disease. Some cautions. *Arch Neurol* 1997;54:257-9.
 25. Heun R, Muller H. Interinformant reliability of family history information on psychiatric disorders in relatives. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:104-9.
 26. Domènech JM, Granero R. Anàlisi de dades per a la recerca en psicologia, vol 1 y 2. *Espulgues de Llobregat: Signo*, 2001.
 27. Pardo A, San Martín R. Anàlisi de dades en psicologia II. Madrid: Práxmide, 1994.
 28. Downie NM, Heath RW. *Métodos estadísticos aplicados*. Madrid: Del Castillo, 1971.
 29. Pérez Díaz J. Transformaciones sociodemográficas en los recorridos generacionales hacia la madurez. Las generaciones españolas 1906-1945 [tesis doctoral]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, UNED, 2001.
 30. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-9.
 31. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The «Big five Questionnaire». A new questionnaire to assess the five factor model. *Pers Individ Dif* 1993;15:281-8. (Adaptación española de Bermúdez J. BFI Questionario «Big Five». Madrid: TEA, 1995.)
 32. Costa TP, McCrae RR. *The NEO personality inventory manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1985.
 33. Kokmen E, Beard MC, Chandra V, Offord KP, Schoenberg BS, Ballard DJ. Clinical risk factors for Alzheimer's disease: a population based case-control study. *Neurology* 1991;41:1393-7.
 34. Van Duijn MC, Clayton DG, Chandra V, Fratiglioni L, Graves AB, Heyman A, et al. Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. *EURODEM Risk Factors Research Group. Genet Epidemiol* 1994;11:539-51.
 35. Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, et al. History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 1995;6:366-9.
 36. Tsolaki M, Fountoulakis K, Chantzi E, Kazis A. Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease: a case-control study of a Greek population. *Int Psychogeriatr* 1997;9:327-41.
 37. Martínez-Lage JM. Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. *Med Clin (Barc)* 2001;116:418-21.