



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

La relación entre la percepción del cuidador sobre los síntomas derivados del daño cerebral en personas con traumatismos craneoencefálicos y su propia Salud Mental

Relationship between caregivers' perception of Traumatic brain injury symptoms and caregiver's mental health

*De los Reyes-Aragón, Carlos José **Olabarrieta Landa, Laiene ***Caracuel Romero, Alfonso ****Arango-Lasprilla, Juan Carlos

*Departamento de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. E-mail: cdelosreyes@uninorte.edu.co **Departamento de Psicología y Educación, Universidad de Deusto, España. ***Departamento de Psicología Evolutiva, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento, Universidad de Granada, España. IKERBASQUE, Basque Foundation for Science, España.

Palabras clave: Depresión del cuidador; Sobrecarga del cuidador; ansiedad del cuidador; autoestima del cuidador; Síntomas traumatismos craneoencefálicos.

Keywords: caregiver depression; caregiver burden; caregiver anxiety; caregiver self-esteem; traumatic brain; injury symptoms.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe una relación entre la percepción que tiene el cuidador de los síntomas que presentan los pacientes con traumatismos craneoencefálicos (TCE) y su salud mental.

Participantes: Se entrevistó a 50 cuidadores de individuos con TCE de la ciudad de Barranquilla, Colombia, a quienes se les aplicó la escala de satisfacción con la vida, la versión en español del Patient Health Questionary-9, la escala de sobrecarga de Zarit, la escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de ansiedad estado-rasgo y un cuestionario de 22 preguntas que evaluó la percepción de síntomas del individuo con TCE, compuesto por cuatro grupos de síntomas: cognitivos, neuroconductuales, físicos y sociales.

Resultados: Los análisis de correlación canónica revelaron que a mayor número de síntomas que se perciben en el paciente, peor es la salud mental que tienen los cuidadores, específicamente se encontró que a mayor percepción de síntomas neuroconductuales en el paciente mayor sobrecarga, mayor depresión y menor autoestima en el cuidador.

Conclusiones: Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar e implementar programas de intervención psicoterapéutica, así como terapia de rehabilitación cognitiva, con el fin de reducir o eliminar los problemas neuroconductuales en personas con TCE en Colombia. De igual forma, es importante el diseño de intervenciones que trabajen de manera paralela con los cuidadores y familiares para orientarlos respecto al impacto que puede tener el TCE tanto en la vida del paciente, como en la familia, brindándoles, además, herramientas para manejar la aparición de problemas emocionales, como la depresión, la baja autoestima y la sobrecarga.

ABSTRACT

Objective: To determine the system of connections between mental health and symptoms perception of caregivers of individuals with traumatic brain injury (TBI) in Barranquilla, Colombia.

Participants: 50 caregivers of individuals with TBI completed the Satisfaction with Life Scale, PHQ-9 (depression), Zarit Burden Interview, Rosenberg Self-Esteem Scale, State-Trait Anxiety Inventory, and a 22-question TBI symptoms perception inventory composed of four component areas: cognitive symptoms, neurobehavioral symptoms, physical symptoms and social symptoms.

Results: A canonical correlation analysis revealed that the higher the caregivers' symptoms perception, the worse their mental health was, with the effect reaching a large-sized effect. Furthermore, a pattern emerged linking caregivers' higher perception of neurobehavioral symptoms to higher caregivers' burden, depression, and lower self-esteem.

Conclusions: These findings suggest the need for rehabilitation health professionals to develop and implement culturally-appropriate interventions to reduce neurobehavioral symptoms in people with TBI, interventions to improve self-esteem, reduce depression symptoms, and burden in Colombian caregivers of individuals with TBI.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) puede definirse como una lesión neurológica adquirida y no degenerativa causada por una fuerza externa y mecánica que ocasiona daño axonal difuso, afectando tanto a nivel cortical como subcortical^{1, 2}. El TCE constituye uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de muerte y discapacidad en personas menores de 35 años³. Se estima que la incidencia es de 1.7 millones por año, dependiendo de la naturaleza y severidad del TCE¹ y se calcula que para el 2020, será la tercera causa de muerte prematura y una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial^{2,4}.

Gracias los avances de la medicina, el porcentaje de personas que sobreviven al TCE ha aumentado. Sin embargo, muchas de estas personas suelen quedar con secuelas tanto a corto como a largo plazo. Entre los problemas más comunes, se encuentran las alteraciones físicas (cefaleas, fatiga, problemas motores, alteraciones del sueño, dolor, problemas sexuales, y sensoriales, etc.^{1, 2, 5, 6}, alteraciones cognitivas (déficits de atención y concentración, alteraciones del lenguaje, problemas de aprendizaje y memoria, alteración de las funciones ejecutivas, agnosia^{1, 2, 7}, alteraciones neuroconductuales (irritabilidad, depresión y ansiedad, apatía, agresividad, consumo de alcohol y otras sustancias, impulsividad, cambios de personalidad, estrés y problemas psiquiátricos)^{1-3, 5-8} y alteraciones sociales (problemas maritales, aislamiento social, etc.)^{5, 6, 9-11}.

La mayoría de las secuelas que presentan las personas con TCE se mantienen en el tiempo, generan discapacidad, y dificultan la reintegración social, laboral y familiar². Por consiguiente, es común que estas personas requieren cuidado y supervisión constante por parte de un cuidador; papel generalmente asumido por un miembro de

la familia. En la mayoría de los casos, estos cuidadores no están preparados para asumir este rol y para poder manejar las posibles adversidades. Esto conlleva a que sean un colectivo vulnerable a presentar problemas de salud mental a futuro. Diferentes estudios coinciden en reportar que cuidadores de personas con TCE suelen presentar sobrecarga, estrés, fatiga, trastornos somáticos, irritabilidad, aumento en la toma de medicamentos legales, ilegales y alcohol; sentimientos de culpa, enojo, depresión y ansiedad^{1, 2, 6-9, 11-18}.

Varios estudios han examinado la relación entre los síntomas del paciente con TCE y la salud mental del cuidador. La mayoría de las investigaciones que han indagado en el tema, concluyen que los problemas emocionales, conductuales y de personalidad son los que más se relacionan con la sintomatología del cuidador^{1, 7-17, 19}, siendo los problemas físicos, cognitivos o las características de la lesión (por ejemplo, la severidad) los que menos relación tienen con los síntomas de los cuidadores^{5, 7, 10, 12, 15, 17}.

El informe de los problemas del paciente por parte del cuidador se relaciona más con los efectos que esos problemas tienen en el cuidador que los informes del paciente sobre sus propios problemas³, por lo que parece más adecuado utilizar los primeros. Por otro lado, se ha encontrado que dentro de los cuidadores, los cónyuges son más vulnerables a estos síntomas que los padres^{7, 9}.

Este tipo de investigación donde se busca encontrar la relación entre los síntomas del paciente con TCE y la salud mental del cuidador se han llevado a cabo en Europa, Estados Unidos, Nueva Zelanda o Canadá, donde la gran mayoría de los pacientes suelen recibir rehabilitación tanto intra como extrahospitalaria. En la actualidad, apenas hay estudios que se hayan realizado en Latinoamérica, donde existen altas tasas de incidencia en TCE y una falta de recursos y servicios de rehabilitación tanto para pacientes como para sus cuidadores. Esto quiere decir, que tanto pacientes como cuidadores tenderán a manifestar más sintomatología que en otras poblaciones, lo que convierte a este colectivo en una población idónea para estudiar esta relación. Por todo ello, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la percepción del cuidador sobre los síntomas derivados del daño cerebral de las personas con TCE y su propia Salud Mental.

MÉTODO

Participantes

Los participantes ($n=50$) fueron cuidadores de personas con TCE leve, moderado o severo, sufrido entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Todos ellos fueron reclutados en la Clínica Cervantes Barragán en Barranquilla, Colombia. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron (1) ser el cuidador principal del paciente con TCE desde por lo menos seis meses antes de la evaluación y (2) no tener historia personal de alteraciones físicas, psicológicas o neurológicas.

Los participantes tenían una edad media de 39,74 años ($DE= 13,99$). La mayoría de sujetos eran mujeres (88%) y estaban casados (36%). El 34% eran solteros, el 16% vivían en unión libre, el 10% estaba separado y el 4%, viudos. La mayoría de los cuidadores eran los padres del paciente (26%), 22% eran cónyuges, 22% eran hermano/a. Los demás participantes eran hijos/as (4%), novios/as (4%), otro pariente (4%), cuidadores profesionales (4%) o tenían otra relación con los pacientes con TCE

(14%). El promedio de tiempo semanal que dedicaban a cuidar al paciente fue de 33,52 horas ($DE= 27,09$) ($M_e = 27,50$). El promedio de años de educación de la muestra fue de 11 años ($DE= 3,33$).

Instrumentos

Para la recolección de los datos sociodemográficos se utilizó un cuestionario diseñado por los investigadores. De igual forma, se diseñó un cuestionario de 22 preguntas con el fin de detectar la percepción del cuidador acerca de la presencia (Si = 1) o ausencia (No=0) en el paciente con TCE de los síntomas más frecuentes en esta población según la literatura científica. Las preguntas fueron agrupadas dependiendo si correspondían a cuatro tipos de síntomas: cognitivos, neuroconductuales, físicos y sociales. Dentro de cada dominio se sumó el número de síntomas totales y se utilizó el puntaje total para los análisis.

*Escala de Satisfacción Con la Vida (SWLS)*²⁰. Los participantes contestaron la SWLS, que es un instrumento que evalúa el nivel de satisfacción global con la vida a través de 5 preguntas de autorreporte. Cada pregunta debe ser respondida en una escala que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Una puntuación alta representa un alto nivel de satisfacción con la vida²¹. La versión en español de la SWLS ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas²².

*Patient Health Questionary-9 (PHQ-9)*²³. El PHQ-9 es un cuestionario de autorreporte del *Patient Health Questionary* y fue utilizado en este estudio para evaluar la depresión de los cuidadores. El PHQ-9 está compuesto por ocho preguntas que describen los síntomas de la depresión. Se debe responder a cada ítem indicando la frecuencia del síntoma (desde 0 = nunca, hasta 3 = casi todos los días). Las puntuaciones oscilan de 0 a 27, siendo los puntajes más altos indicadores de mayor depresión²⁴. La versión en español del PHQ-9²³ ha demostrado tener buenos niveles de validez y confiabilidad en la evaluación de la depresión en hispanohablantes^{25, 26}.

*Zarit Burden Interview (ZBI)*²⁷. El ZBI fue utilizado en el presente estudio como medida de sobrecarga. Consta de 22 ítems de autorreporte a los que el evaluado debe responder teniendo en cuenta la frecuencia en que ocurren las situaciones allí planteadas (desde 0 = nunca, hasta 4 = Casi siempre). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 88, siendo las puntuaciones más altas indicadores de mayor sobrecarga²⁸. El ZBI ha sido utilizado en diversas investigaciones con cuidadores de pacientes con TCE²⁹⁻³¹. Asimismo, su versión en español ha mostrado buenos niveles de confiabilidad interna³².

*Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)*³³. La EAR es una escala de evaluación del autoestima en la que se presentan 10 afirmaciones acerca del evaluado, quien debe responder el nivel de acuerdo o desacuerdo en cada una (desde 1 = muy de acuerdo, hasta 4 = muy en desacuerdo). Las puntuaciones oscilan entre 10 y 40, siendo los puntajes más altos indicadores de mayor autoestima. La versión en español³⁴ ha demostrado niveles adecuados de validez y confiabilidad³⁵.

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*³⁶. El STAI es un autoinforme que consta de 40 ítems que evalúan la ansiedad estado (20 ítems) y la ansiedad rasgo (20 ítems). Para cada ítem del STAI, los sujetos deben responder si su estado actual (ansiedad estado) o su estado general (ansiedad rasgo) se asemejan o no con los planteados por la escala, debiendo responder desde 1 (nada) hasta 3 (mucho). Las

puntuaciones oscilan entre 0 y 120 puntos, siendo los puntajes más altos indicadores de mayor ansiedad. La consistencia interna y la validez del STAI en español han demostrado ser adecuadas^{37, 38}. Asimismo, el STAI ha demostrado estar relacionado con variables clínicas y de personalidad^{38, 39}.

Procedimiento

Los participantes fueron contactados telefónicamente a través de la Clínica Cervantes Barragán de la ciudad de Barranquilla y fueron invitados a participar en el estudio. A todos aquellos cuidadores de pacientes con TCE que aceptaron participar se les asignó una cita con los evaluadores. En la cita los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado que hacía del protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Norte (Barranquilla). Durante la cita, todos los participantes fueron entrevistados por los evaluadores para recoger los datos sociodemográficos y les fueron administrados los cuestionarios de entrevista sociodemográfica, el cuestionario de síntomas del paciente con TCE, la SWLS, el PHQ-9, el ZBI, la EAR y el STAI.

Análisis estadísticos

En este estudio, la salud mental fue evaluada a través de las escalas de satisfacción con la vida, depresión, sobrecarga, autoestima y ansiedad. Por su parte, la percepción de la presencia de síntomas fue evaluada por medio de la encuesta de presencia de síntomas. Con el objetivo de comprobar la hipótesis de que la percepción de los síntomas de los cuidadores de pacientes con TCE se relacionaría con su salud mental, se realizó una correlación canónica para estimar la cantidad de varianza compartida entre estos dos constructos. Posteriormente se analizaron las cargas canónicas de cada una de las variables, para identificar patrones específicos de relación entre los constructos. Todos los análisis fueron realizados utilizando el SPSS 20.

RESULTADOS

Supuestos de normalidad

Fueron evaluados los supuestos de normalidad, con el fin de verificar la idoneidad de los análisis propuestos. Todos los criterios se cumplieron. La curtosis y la asimetría de todas las variables fue $< |2|$. De igual forma, los análisis de la multicolinealidad se observaron adecuados, teniendo en cuenta que los valores de tolerancia oscilaron entre ,373 y ,682, y el factor de inflación de la varianza entre 1,465 y 2,683.

Matriz de correlación

La matriz de correlación (tabla 1) muestra las correlaciones y el nivel de significación de cada una de las variables del estudio. En su mayoría las medidas de salud mental mostraron entre ellas relaciones significativas con valores absolutos de al menos ,346, solamente las relaciones entre sobrecarga y autoestima y entre sobrecarga y ansiedad no fueron significativas ($p > ,10$). La satisfacción con la vida correlacionó positivamente con autoestima (,373), y negativamente con el resto de medidas. La depresión correlacionó positivamente con la sobrecarga (,346) y la ansiedad (,508) y negativamente con el resto de medidas. Por último, la autoestima y ansiedad mostraron una correlación negativa (-,549). Por su parte, la percepción de todos los

grupos de síntomas correlacionaron positivamente entre ellos, con una magnitud de la relación de entre ,455 hasta ,731.

Tabla 1. Matriz de correlaciones.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Sat. c/ vida	-							
2 Autoestima	,373**	-						
3 Sobrecarga	-,505**	-,091	-					
4 Depresión	-,447**	-,347*	,346*	-				
5 Ansiedad	-,424**	-,549**	,232	,508**	-			
6 S. Cognitivos	-,170	-,215	,349*	,414**	,208	-		
7. S Neurocomp.	-,231	-,440**	,375**	,526**	,370**	,549**	-	
8 S. Físicos	-,176	-,379**	,274	,446**	,218	,395**	,548**	-
9 S. Sociales	-,352*	-,331*	,414**	,457**	,196	,464**	,731**	,455**

* = $p < ,05$; ** = $p < ,01$

Por último, las magnitudes absolutas de las relaciones significativas entre las variables de salud mental y la percepción de los síntomas variaron de ,331a ,526. La depresión estuvo correlacionada positivamente con todos los grupos de síntomas (rangos de $r = ,414$ a ,526). El autoestima correlacionó negativamente con la mayoría de los grupos de síntomas (rangos de $r = -,331$ a -,440), excepto con los síntomas cognitivos. De igual forma, la sobrecarga correlacionó positivamente con los síntomas cognitivos (,349), sociales (,414) y neurocomportamentales (,375). La ansiedad sólo correlacionó positivamente con los síntomas neurocomportamentales (,526) y la satisfacción con la vida, negativamente con los síntomas sociales (,-352).

Correlaciones canónicas

La primera correlación canónica fue de ,71 (varianza compartida 50,7%), $\lambda = ,40$; $\chi^2 = 39,76$; $p < 0,01$ (figura 1). De acuerdo con lo planteado por Cohen⁴⁰, se muestra un tamaño del efecto grande. Fueron calculados los coeficientes canónicos estandarizados para establecer la contribución de las variables para cada una de las correlaciones canónicas (Tabla 2). En la primera correlación canónica, los coeficientes canónicos estandarizados de salud mental mostraron que la depresión es el factor con mayor carga (-,662), seguido de la autoestima (,564) y la sobrecarga (-,508). El resto de variables obtuvieron coeficientes menores a ,40, punto de corte convencional para la interpretación del mismo. Por otra parte, los coeficientes canónicos estandarizados la percepción de síntomas mostraron una mayor carga de los síntomas neuroconductuales (-,497). Los coeficientes del resto de síntomas estuvieron por debajo de ,40. Este patrón de varianza compartida sugiere que los cuidadores de pacientes con TCE que percibieron mayor número de síntomas neuroconductuales en los pacientes, mostraron mayor depresión, mayor sobrecarga y menor autoestima.

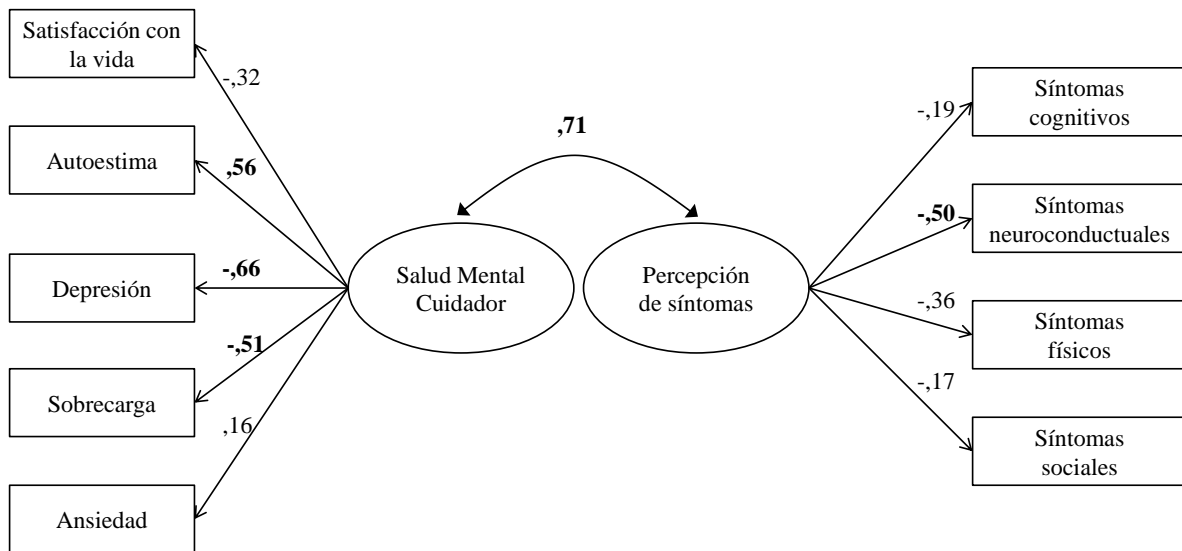
Tabla 2. Coeficientes canónicos estandarizados de las correlaciones 1 a 4.

<u>Percepción síntomas TCE</u>				
Correlación canónica	1	2	3	4
Cognitivos	-,191	,106	-1,044	-,578
Neuroconductuales	-,497	-1,300	,033	,864
Físicos	-,360	,022	,737	-,890
Sociales	-,166	1,414	,135	,379

<u>Salud Mental Cuidador</u>				
Correlación canónica	1	2	3	4
Satisfacción con la vida	-,317	-,900	-,268	-,651
Autoestima	,564	,087	-,928	,046
Depresión	-,663	,078	-,108	-,761
Sobrecarga	-,508	,104	-,598	,048
Ansiedad	,159	-,873	-,529	,791

La segunda correlación canónica fue de ,37 (varianza compartida 13,7%), $\lambda = ,82$; $X^2 = 8,65$; $p = ,733$; la tercera de ,18 (varianza compartida 3,1%), $\lambda = ,955$; $X^2 = 2,01$; $p = ,918$; y la cuarta de ,12 (varianza compartida 1,4%), $\lambda = ,986$; $X^2 = ,64$; $p = ,727$. Ninguna de ellas es significativa, sin embargo, los coeficientes canónicos estandarizados se muestran para referencia en la tabla 2.

Figura 1. Modelo conceptual de correlación canónica y coeficientes de la primera correlación.



DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los síntomas de personas con TCE percibidos por el cuidador y la salud mental del cuidador en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Los resultados muestran que existe un gran solapamiento en la varianza de los síntomas de la persona con TCE y el estado de salud mental del cuidador. Concretamente, los cuidadores de personas con más síntomas

neuroconductuales derivados el TCE tienden a tener niveles más altos de depresión y sobrecarga y menor autoestima.

Los resultados de este estudio son consistentes con la literatura que indica que el cuidado de personas con TCE es un factor de riesgo para la salud mental del cuidador^{41, 42}. En los estudios del impacto de los síntomas del paciente sobre los cuidadores es escasa la distinción entre las secuelas emocionales y conductuales. Oddy y cols.¹⁰, unos de los pioneros en el campo, los estudiaron como cambios de personalidad y déficits subjetivos. En el presente estudio, para intentar no poner límites en esa débil frontera, y aumentar la comparabilidad de los resultados, se han unificado y denominado neuroconductuales. Los hallazgos concuerdan con múltiples estudios que sitúan a los déficits neuroconductuales del paciente como estresores para el cuidador, con mayor potencia que los deterioros físicos^{43, 44}. Uno de los estudios más citados indica igualmente que los problemas neuroconductuales son factores mediadores en el nivel de estrés del cuidador¹⁰.

Los resultados concuerdan con otros que indican que el impacto de los problemas físicos del paciente no es un predictor de la salud mental del cuidador, o que si lo es al principio de la evolución del paciente, deja de serlo con el paso del tiempo. Como sugieren algunos autores, es posible que los cuidadores desarrollen estrategias para afrontarlos¹⁶. Sin embargo, los problemas neuroconductuales relacionados con las emociones (apatía, ira, dependencia) van creciendo en importancia e impacto en el cuidador a lo largo del primer año de evolución, donde el cuidador va comprobando que estos síntomas son de larga duración^{8, 9}.

Una de las ventajas de este estudio es la conceptualización de la salud mental del cuidador mediante una serie de variables operativas medidas con instrumentos estandarizados para la población estudiada. Estas variables permiten conocer directamente cuál es el resultado de los síntomas del paciente sobre aspectos concretos del cuidador, como su autoestima, sobrecarga, depresión, etc. A pesar de que los hallazgos de este estudio son avalados, de forma general, por la mayoría de la literatura, la comparación detallada con otros estudios se dificulta porque muchos no incluyen una operativización clara de los constructos incluidos en el concepto de salud mental. La sobrecarga del cuidador es una de las medidas más ampliamente utilizadas, y los resultados concuerdan con otros que han encontrado que se relaciona con las alteraciones emocionales y neuroconductuales del paciente, y no con otros factores como la severidad del daño o variables sociodemográficas¹³.

Los resultados del estudio no son consistentes con hallazgos previos que sitúan al aislamiento social del paciente como el factor más relacionado con la sobrecarga del cuidador¹⁶. Es posible que las diferencias culturales en la dinámica social en América Latina estén jugando un papel importante en el funcionamiento social del paciente, motivando que el aislamiento no sea tan intenso y determinante como en otras culturas. También es posible que la diversidad de formas utilizadas para medir los aspectos sociales del paciente esté fomentando que aparezcan resultados contradictorios en cuanto a su efecto sobre la salud del cuidador¹⁰.

Los hallazgos de este estudio tienen relevancia sociosanitaria para la población estudiada debido a que se ha encontrado que hay factores, comunes con otras poblaciones, que afectan a la salud mental de estos cuidadores y, en cambio, otros elementos como la conducta social del paciente, no influyen en igual medida que ocurre en otros grupos de cuidadores. Está mayoritariamente recomendado que se

incluya al cuidador en los programas de rehabilitación del paciente con TCE³. En una sociedad y cultura como la colombiana, que se apoya plenamente en la familia para el cuidado de los miembros discapacitados⁴⁵ y que carece de suficientes recursos para hacer frente a la epidemia del TCE, resulta relevante corroborar algunos de los hallazgos que se encuentran en otras culturas con mayor desarrollo de los sistemas sociosanitarios de atención al daño cerebral. La consistencia encontrada sobre los efectos de los síntomas neuroconductuales del paciente en el cuidador permite trasladar a los cuidadores de un grupo cultural específico algunas de las premisas sobre intervención que han resultado válidas en grupos con hallazgos similares. Una de esas premisas es que los programas no pueden ser estándar y aplicarse a diferentes grupos de cuidadores. Para apoyar la vigencia de este principio general para la muestra estudiada destacamos que, a pesar del sesgo en la literatura hacia los resultados positivos de las intervenciones, hay evidencias de que no todos los programas de atención a los cuidadores tienen éxito⁴⁶. Por tanto, parece indicado priorizar la intervención con cuidadores colombianos hacia el manejo de las alteraciones neuroconductuales de los pacientes, como uno de los ejes fundamentales relacionados con su salud mental. Siguiendo a Wells y cols.²⁹ se debe tener en cuenta que el impacto en la salud mental del cuidador puede ser muy específico, dependiendo del tipo de problema neuroconductual concreto y el tipo de afrontamiento del mismo que realiza el cuidador. Por tanto, en la evaluación inicial se ha de discriminar adecuadamente entre los problemas físicos, cognitivos, sociales y neuroconductuales, y dentro de éstos últimos, se debe ser especialmente cuidadoso en la identificación de sus diferentes subtipos (emocionales y comportamentales). En cuanto a la intervención, no sólo se deben evaluar y ajustar las estrategias de afrontamiento utilizadas, sino aprender a manejar las alteraciones neuroconductuales, algo muy intrínsecamente ligado al entorno cultural del cuidador y la persona con TCE.

Los resultados del presente estudio tienen que interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. 1) Debido a la naturaleza transversal del estudio no se puede determinar si la relación encontrada entre la salud mental del cuidador y los síntomas neuroconductuales del paciente se mantiene o no a través del tiempo. 2) La muestra estuvo conformada por cuidadores y pacientes de la ciudad de Barranquilla, Colombia por tal motivo los resultados no pueden generalizarse a pacientes y cuidadores de otras partes de Colombia que posean características diferentes a las de este estudio. 3) Debido al tamaño de la muestra no fue posible determinar si existían diferencias entre subgrupos de cuidadores. 4) Es muy probable que aquellos cuidadores que presentaron mayores problemas de salud mental, percibieran mayores problemas en el paciente y viceversa.

En conclusión, el objetivo del presente estudio fue determinar si existe una relación en la percepción que tiene el cuidador de los síntomas que presentan los pacientes y su salud mental. Los resultados muestran que a mayor número de síntomas que se perciben en el paciente, peor es la salud mental que tienen los cuidadores, específicamente se encontró que a mayor percepción de síntomas neuroconductuales en el paciente mayor sobrecarga, mayor depresión y menor autoestima en el cuidador. Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar e implementar programas de psicoterapia individual o grupal, y rehabilitación cognitiva que busquen reducir o eliminar los problemas neuroconductuales en personas con TCE, así como intervenciones que trabajen en paralelo con los cuidadores y las familias para ayudarles a estos a entender el impacto que puede tener el TCE tanto en la vida del

paciente como en la familia y que les brinden herramientas para manejar la posible aparición de problemas emocionales en ellos.

REFERENCIAS

1. Carlozzi NE, Tulsy DS, Kisala PA. Traumatic brain injury patient-reported outcome measure: identification of health-related quality-of-life issues relevant to individuals with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(10 Suppl):S52-60. Epub 2011/10/14.
2. Arango-Lasprilla J, Premuda P, Holguin J. Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico: Una guía para profesionales de la salud. México: Trillas; 2012.
3. Hickey A, O'Boyle C, McGee H, McDonald N. The relationship between post-trauma problema reporting and carer quality of life after severe head injury. *Psychology & Health.* 1997;12(6):827-38
4. Arango-Lasprilla J, Nicholls E, Villasenor Cabrera T, Drew A, Jimenez-Maldonado M, Martinez-Cortes M. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2011;43(11):983-6. Epub 2011/10/28.
5. Frosch S, Gruber A, Jones C, Myers S, Noel E, Westerlund A, et al. The long term effects of traumatic brain injury on the roles of caregivers. *Brain Inj.* 1997;11(12):891-906. Epub 1997/12/31.
6. Perlesz A, Kinsella G, Crowe S. Psychological distress and family satisfaction following traumatic brain injury: injured individuals and their primary, secondary, and tertiary carers. *J Head Trauma Rehabil.* 2000;15(3):909-29. Epub 2000/04/29.
7. Ergh T, Rapport L, Coleman R, Hanks R. Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: social support moderates caregiver distress. *J Head Trauma Rehabil.* 2002;17(2):155-74. Epub 2002/03/23.
8. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. *Brain Inj.* 1998;12(12):1045-59. Epub 1999/01/07.
9. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain Inj.* 1998;12(3):225-38. Epub 1998/04/21.
10. Oddy M, Humphrey M, Uttley D. Stresses upon the relatives of head-injured patients. *Br J Psychiatry.* 1978;133:507-13.
11. Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of clinical nursing.* 2005;14(8):1004-12. Epub 2005/08/17.
12. Hall K, Karzmark P, Stevens M, Englander J, O'Hare P, Wright J. Family stressors in traumatic brain injury: a two-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994;75(8):876-84. Epub 1994/08/01.
13. Knight R, Devereux R, Godfrey H. Caring for a family member with a traumatic brain injury. *Brain Inj.* 1998;12(6):467-81. Epub 1998/06/25.
14. Kolakowsky-Hayner S, Kishore R. Caregiver functioning after traumatic injury. *NeuroRehabilitation.* 1999;13(1):27-33.
15. Minnes P, Graffi S, Nolte ML, Carlson P, Harrick L. Coping and stress in Canadian family caregivers of persons with traumatic brain injuries. *Brain Inj.* 2000;14(8):737-48. Epub 2000/09/02.
16. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2002;24(4):434-47. Epub 2002/08/21.

17. Nabors N, Seacat J, Rosenthal M. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2002;16(12):1039-50. Epub 2002/12/19.
18. Chronister J, Chan F. A stress process model of caregiving for individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology.* 2006;51(3):190-201.
19. Jackson D, Turner-Stokes L, Murray J, Leese M, McPherson KM. Acquired brain injury and dementia: a comparison of carer experiences. *Brain Inj.* 2009;23(5):433-44. Epub 2009/03/21.
20. Diener E, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment.* 1985;49(1):71-5. Epub 1985/02/01.
21. Pavot L, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychology Assessments.* 1993;5:164-72.
22. Atienza F, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes/Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale in adolescents. *Psicothema Revista De Psicología.* 2000;12(2):314-9.
23. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry.* 2002;4(5):191-5.
24. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine.* 2001;16(9):606-13. Epub 2001/09/15.
25. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med.* 2001;63(4):679-86. Epub 2001/08/04.
26. Donlan W, Lee J. Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychological reports.* 2010;106(2):419-32. Epub 2010/06/09.
27. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist.* 1980;20(6):649-55. Epub 1980/12/01.
28. Karlikaya G, Yukse G, Varlibas F, Tireli H. Caregiver burden in dementia: A study in the Turkish population. *The Internet Journal of Neurology.* 2005;4(2).
29. Wells R, Dywan J, Dumas J. Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2005;19(13):1105-15. Epub 2005/11/16.
30. Lehan T, Arango-Lasprilla J, De los Reyes-Aragon C, Quijano M. The ties that bind: the relationship between caregiver burden and the neuropsychological functioning of TBI survivors. *NeuroRehabilitation.* 2012;30(1):87-95. Epub 2012/02/22.
31. Rochat L, Beni C, Billieux J, Annoni J, Van der Linden M. How impulsivity relates to compulsive buying and the burden perceived by caregivers after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Psychopathology.* 2011;44(3):158-64. Epub 2011/03/05.
32. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. 1996.
33. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* . Princeton, NJ: USA: Princeton University Press.; 1965.
34. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology.* 2007;10(2):458-67. Epub 2007/11/13.

35. Vázquez A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*. 2004;22(2):247-55.
36. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. 7 ed. Palo Alto, CA: USA: Consulting Psychologists Press; 1970.
37. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Versión Breve del STAI en Adolescentes y Universitarios Españoles. *Terapia psicológica*. 2013;31(3):293-9.
38. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* 7ed. Madrid: TEA; 2008.
39. Bados A, Gomez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *Journal of personality assessment*. 2010;92(6):560-7. Epub 2010/10/19.
40. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2 ed. Hillsdale, USA: Erlbaum; 1988.
41. Perlesz A, Kinsella G, Crowe S. Impact of traumatic brain injury on the family: A critical review. *Rehabilitation Psychology*. 1999;44(1):6-35.
42. Gillen R, Tennen H, Affleck G, Steinpreis R. Distress, depressive symptoms, and depressive disorder among caregivers of patients with brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 1998;13(3):31-43. Epub 1998/06/12.
43. Testa JA, Malec JF, Moessner AM, Brown AW. Predicting family functioning after TBI: impact of neurobehavioral factors. *J Head Trauma Rehabil*. 2006;21(3):236-47. Epub 2006/05/24.
44. Brooks N, McKinlay W, Symington C, Beattie A, Campsie L. Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Inj*. 1987;1(1):5-19. Epub 1987/07/01.
45. Arango-Lasprilla JC, Quijano MC, Aponte M, Cuervo MT, Nicholls E, Rogers HL, et al. Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain Inj*. 2010;24(7-8):1017-26. Epub 2010/06/16.
46. Bowen A, Tennant A, Neumann V, Chamberlain M. Neuropsychological rehabilitation for traumatic brain injury: do carers benefit? *Brain Inj*. 2001;15(1):29-38. Epub 2001/02/24.

Recibido: 9 de enero 2014; Aceptado: 8 de marzo 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia