

## “ESTUDIO DE CASO DE UN CUIDADOR DE PACIENTE ALZHEIMER”.

**NOMBRE: LIC. LISMARY PEDRAZA DURÁN.**

[lismarypd@uclv.edu.cu](mailto:lismarypd@uclv.edu.cu)

### INTRODUCCIÓN

Las proyecciones demográficas en el mundo indican un extraordinario ascenso en la cantidad de ancianos. Según cálculos de las Naciones Unidas, la población total de ancianos se acerca a los quinientos noventa millones esperándose que ascienda a mil cien millones en el año 2025. Esto ha traído como consecuencia que no sólo el estudio del adulto mayor se incremente, sino también el estudio de los cuidadores. Esta situación se agudiza si el anciano padece de alguna enfermedad crónica que afecte su validismo y consecuentemente con esto, sobrecargue el rol del cuidador.

Se sabe muy bien que la dedicación de cuidados a parientes es estresante y puede afectar la salud del cuidador, los mismos sufren, más frecuentemente, que otras personas de su misma edad, depresiones u otros trastornos emocionales tales como ansiedad, tristeza, culpabilidad, autoculpabilidad o problemas psicosomáticos. La incidencia de enfermedades crónicas también está incrementada entre los cuidadores porque las exigencias físicas como la falta de dormir, pueden afectar su salud, además de verse limitada su vida social, vivenciando, en muchos de los casos, aislamiento y soledad.

El estrés acumulado mental, físico y social puede exigir demasiado de sus capacidades de superación y afectar seriamente la calidad de vida del cuidador y, por lo tanto, el bienestar de la persona afectada. Específicamente en el caso de la enfermedad de Alzheimer, la ciudad de Santa Clara presenta un 25 % de incidencia, lo cual ha incrementado, a su vez, la presencia de cuidadores y con ello, las vivencias negativas que manifiestan.

En este sentido resulta de vital importancia el estudio del cuidador de paciente Alzheimer, teniendo en cuenta las repercusiones nocivas que traen consigo la sintomatología a su funcionamiento personal y a las interacciones que establece en sus contextos de relación.

Para ello, en la presente investigación se realizó un estudio de caso con el **objetivo** de realizar una exploración neuropsicológica y arribar a un diagnóstico psicológico de las particularidades afectivas, cognitivas, conductuales y psicopatológicas de un cuidador de paciente Alzheimer.

#### **Síndrome del Cuidador en paciente con Alzheimer.**

El cuidador de paciente Alzheimer, vivencia una serie de síntomas asociados con el estrés como enfadarse con el enfermo y con los demás, o con los

tratamientos que demuestran eficacia, apartarse de la vida social y actividades placenteras, sentir ansiedad ante el futuro y el día a día, así como negar la enfermedad. Por otra parte, padece de depresión por las cargas físicas y emocionales que soporta y que afectan su capacidad y habilidades para enfrentarse a los problemas y fatiga que impide completar las tareas diarias.

Además, existe falta de sueño, ocasionada por el exceso de preocupaciones, irritabilidad y cambios de humor por el desgaste que padece que proporciona reacciones negativas. Se manifiesta falta de concentración para realizar las tareas habituales, problemas de salud físico y mental, y tristeza por la situación que se encuentra vivenciando. Siente vergüenza por algunos comportamientos del enfermo que supera hablando con otras personas con el mismo problema, situación que se agudiza si el enfermo es su cónyuge, con sentimientos de soledad. Estado que se agudiza con una marcada impotencia porque, a pesar de sus esfuerzos, la enfermedad es progresiva.

El Síndrome del cuidador se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico. Debe quedar claro que no necesariamente tiene que aparecer la sintomatología en todas aquellas personas que están al cuidado de este tipo de pacientes, pero sí debemos decir que se observa con una mayor incidencia en ellos dado el elevado tensionaje físico y psíquico que la enfermedad conlleva, puesto que es una situación nueva para el cuidador, para la cual no se encontraba preparado.

Algunas personas se ven abocadas en el Síndrome del cuidador producto de su nula formación en cuidados de salud, personalidad, temperamento o límite tensional derivado de la carencia de apoyo.

El Síndrome del cuidador, transita por diferentes fases, entre las que encontramos:

Primera fase o estrés laboral: Situación que somete al cuidador a un sobreesfuerzo físico con escasa o nula ayuda. No poseen tiempo libre propio, viven “por y para” el paciente. Cansancio físico por nula respuesta a peticiones de ayuda, demostración a sí mismo y los demás que puede solventar por sí solo la situación. La duración de la fase es variable dependiendo de la capacidad de respuesta del propio organismo. Al final se aprecia desesperanza y depresión.

Segunda fase o estrés afectivo: Derivada de la situación de carencia psicológica de afecto o al menos comprensión de los que tiene cerca (a veces infundada, pero en otras, lamentablemente real). Falta de reconocimiento físico y afectivo, por parte de los demás, de los que hace correcto, lo cual anima los anima a continuar. Entremezcla la sensación de no reconocimiento del paciente, aspecto que lo hiere. Su duración, aunque variable, no es muy extensa.

*Tercera fase o de inadecuación personal:* Comienza a sufrir consecuencias psicofísicas de un tipo de atención desmedida y sin ayuda (para el enfermo y para él). Existe una mayor frecuencia de enfermedades físicas y psíquicas que portan: se sienten constantemente fatigados, sobrecargas osteomusculares, úlceras gástricas, cefaleas tensionales, insomnio, crisis de ansiedad, alteraciones afectivas, incapacidad para concentrarse, entre otras.

Ocurre una paulatina frialdad afectiva respecto a las labores que antes ejercía con mayor comprensión (el cuidador se autoreprende). Aparece el sentimiento de culpa por primera vez, y no admite relajarse, se siente culpable y regresa cuanto antes al paciente.

*Cuarta fase o vacío personal:* Derivada de la carencia física del paciente cuando este ha fallecido, el espacio está vacío y vuelve a parecer la culpa. Se siente sin motivos para seguir viviendo.

Un cuidador en situación de sindromizarse es una persona muy vulnerable que requiere de ayuda profesional y familiar.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

***Nombre:*** M

***Apellidos:*** DR

***Edad:*** 47 años

***Sexo:*** Femenino

***Procedencia:*** Urbana

***Institución de Procedencia:*** Policlínico “Marta Abreu”

***Centro de trabajo:*** CTC Municipal.

***Grado escolar:*** Técnico Medio en Contabilidad

***Núcleo familiar:*** Compuesto por 6 personas: MDR, su esposo, dos hijos y padres.

***Dirección de residencia:*** Callejón del Salado No 17. Entre B y Central. Reparto Virginia.

***Diagnóstico dinámico:*** Paciente de 47 años de edad, con antecedentes de tratamiento psicológico. Es comunicativa, imperativa, con tendencia a la dependencia y rasgos de pesimismo; hija de padres divorciados, que desatienden espiritualmente a MDR en su niñez y adolescencia, con un estilo educativo inconsistente, autoritario y de rechazo por parte de la madre. Desde hace, aproximadamente, 3 años ambos progenitores conviven con la paciente producto del padecimiento de Alzheimer que sufre su papá. A partir de dicho evento potencialmente psicopatológico, MDR comienza a manifestar estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que comienzan a interferir en

su funcionamiento laboral fundamentalmente, tales como depresión, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro y de poder continuar con la situación presente, además de un cierto grado de deterioro del cómo llevar a cabo la rutina diaria (la sintomatología comienza al mes del evento). Esta situación influyó, de manera especial, en la dinámica familiar de MDR.

**Diagnóstico nosológico:** Trastorno mixto ansioso – depresivo.

## **ANAMNESIS**

**MC:** Sujeto que se dirige a la consulta de psicología por presentar en la actualidad síntomas como ansiedad, que se manifiesta en la “necesidad de hablar mucho”, “deseos exacerbados de comer”, “me dan muchos deseos de salir” y en el dormir, “duermo con la boca apretada, y aunque me molesta duermo bien pero sueño mucho”. Además, manifiesta depresión, “muchas veces me dan deseos de acostarme” y “me siento muy cansada casi siempre”. Por otra parte refiere, “las cosas de menos importancia se me olvidan” y “estoy muy distraída”.

**HEA:** Paciente de 47 años de edad, con antecedentes de tratamiento psicológico. Es comunicativa, imperativa, con tendencia a la dependencia y rasgos de pesimismo; hija de padres divorciados, que desatienden espiritualmente a MDR en su niñez y adolescencia, con un estilo educativo inadecuado por parte de la madre especialmente. Desde hace, aproximadamente, 3 años ambos progenitores conviven con la paciente producto del padecimiento de Alzheimer que sufre su papá. A partir de dicho evento potencialmente psicopatógeno, MDR comienza a manifestar estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que comienzan a interferir en su funcionamiento laboral fundamentalmente, tales como depresión, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro y de poder continuar con la situación presente, además de un cierto grado de deterioro del cómo lleva a cabo la rutina diaria (la sintomatología comienza al mes del evento). Esta situación influyó, de manera especial, en la dinámica familiar de MDR.

**APP:** Padece hepicondinitis (en este sentido refiere, “me duelen mucho los codos”, “hago mucha fuerza con papi”, etc.), es tratada por la consulta de Angiología, producto de la situación que presenta en las venas de su pierna derecha. Desde hace dos años es diagnosticada con un Trastorno mixto de ansiedad – depresión.

### **APF:**

Padre: padece de Alzheimer.

Abuela materna: diabética y fallece con Alzheimer.

Tía materna: débil visual e hipoacúsica.

Tío materno: padece de cáncer.

Tío materno: padece de Alzheimer, es hipoacúsico y débil visual.

**AEP:** Refiere que el embarazo de su madre fue normal y el parto distócico (MDR fue un macrofeto). El desarrollo psicomotor fue normal y logra el control de esfínteres tempranamente. En la adolescencia es atendida por obesidad y padeció de enuresis funcional.

**PP:** “Comunicativa, imperativa cuando siente que tiene la razón, dependiente, indecisa en la toma de decisiones, presenta rasgos de pesimismo pero su familia la incita a ser optimista. Cariñosa, sentimental pero a la vez fuerte. Por lo regular presenta un estado de ánimo estable”.

**Historia escolar:** Comenzó en la escuela normalmente y se adaptó bien. Su rendimiento oscilaba entre bueno y regular. Repitió 4to grado por falta de maestra, considera además, que en este acontecimiento influyó su situación familiar. Comienza el técnico medio en Contabilidad sin orientación vocacional pero posteriormente le gustó y se encaminó en este sentido.

**Historia ocupacional:** Al graduarse fue profesora. Obtuvo resultados relevantes en este campo. Posteriormente trabajó en Comercio como tránsito para incorporarse como contadora en Pecuaria (durante 3 años). Luego trabajó en la Agricultura durante 9 años como capacitadora. Actualmente lleva 13 años laborando en la CTC Municipal como financista. Se relaciona muy bien con sus compañeras de trabajo y se siente a gusto con su desempeño profesional.

**Historia familiar:** Desde que nació, sus padres se encontraban divorciados, los mismos, durante la niñez y adolescencia de MDR tuvieron varias reconciliaciones sin fructificación, fue un matrimonio inestable. Durante sus primeros años de vida, su papá la atendía muy bien, luego pasaba largos periodos de tiempo sin verla. La paciente refiere que cuando sus padres tenían problemas, su mamá la maltrataba. Caracteriza su infancia como infeliz.

Padres con un trato afectivo pobre hacia MDR, situación que la afecta considerablemente y que se agrava teniendo en cuenta las peleas y las discusiones que caracterizaban la relación de los mismos. Tiene dos hermanos. Expresa que su mamá siempre sobreprotegió al menor de los hijos, desatendiéndola junto con su hermano mayor. Padres que se caracterizan por un estilo educativo inconsistente, autoritario y de rechazo, fundamentalmente por parte de la madre.

Actualmente ambos padres conviven con ella y su familia. En su relación con la mamá refiere que existen conflictos en la comunicación e incomprensión. Situación que afecta la dinámica familiar.

Antiguamente su núcleo familiar lo constituían ella, su esposo y dos hijos. La familia se caracterizaba por colegiar las decisiones entre todos los miembros. En la toma de decisiones el rol fundamental lo desempeña el esposo, mientras que ella asume otros roles también importantes en el funcionamiento familiar (por ejemplo, la contabilidad de los recursos de la casa). Los límites son claros y

explícitos. La comunicación es horizontal, ya que la opinión de todos los miembros es tomada en cuenta a la hora de tomar decisiones en el hogar. MDR califica los lazos afectivos como muy positivos. Esta dinámica se mantiene entre los cuatro miembros de la familia, pero indiscutiblemente se ve afectada por la situación actual, tanto por el cuidado del padre como por los conflictos manifiestos entre MDR y su mamá.

**Historia sexual:** MDR califica su relación sexual dentro de los ámbitos normales. Considera que su pareja se encuentra acorde con sus características personalológicas así como con sus intereses. Refiere que su esposo es un poco celoso y que le gustaría que fuese más comunicativo.

Su primer parto fue distócico con la implementación de fórceps y el segundo embarazo fue normal.

Su ciclo menstrual es normal, pero padece de menopausia prematura desde los 40 años sin pérdida de la menstruación, pero sí se encuentra vivenciando afectaciones psicofisiológicas producto de la misma.

**Hábitos tóxicos:** Café.

**METODOLOGÍA.** En el presente estudio de caso se emplea el método clínico. Se reconoce como principio fundamental la unidad de lo cuantitativo y lo cualitativo en la interpretación de los resultados, a partir del análisis de diferentes técnicas y pruebas realizadas en la búsqueda de la dinámica personalológica, afectiva, cognitiva, conductual y además desarrollar una exploración neuropsicológica.

### ***Objetivo de las técnicas utilizada***

- ✚ **Entrevista al personal médico.** Abordar características generales del caso. Se trata de una entrevista semi-estructurada dirigida a conocer la situación clínica del paciente y algunos elementos relacionados con su pronóstico y la conducta a seguir. Además persigue profundizar en algunos datos obtenidos de la revisión de la historia clínica de los mismos.
- ✚ **Análisis psicológico de la historia clínica.** Revelar los fenómenos psicológicos, las posibles causas de las alteraciones, la evolución del paciente y rasgos de la personalidad que sean significativos por su carácter patologizante.
- ✚ **Exploración neuropsicológica.**
  - Conversación Preliminar. Persigue los siguientes propósitos: 1-) Permitir al investigador formarse una idea general del estado de la conciencia del sujeto, de las peculiaridades de su personalidad, de la actitud hacia sí mismo y hacia las situaciones de la vida. 2-) Posibilita detectar

dificultades o fenómenos patológicos que se manifiesten en el paciente y que posteriormente se continuarán explorando en el proceso investigativo.

- Minimental Test. Realizar un análisis general del sujeto en cuanto a: orientación autopsíquica y alopsíquica, determina cuán ubicado se encuentra el paciente en cuanto al conocimiento de las situaciones que le rodean, es decir en tiempo, en espacio y si se encuentra orientado hacia sí mismo. También favorece el análisis de aspectos tales como: Memoria, Atención, Comprensión del lenguaje, Cálculo, Ejecución de tareas.
- Prueba de lateralidad. Conocer el hemisferio dominante, para ello se le pidió: Ojo rector, Cruzamiento de brazos, Lanzamiento de la pelota, Cruzamiento de los dedos, Fuerza manual y Golpear una pelota.
- Exploración de las funciones cutáneo-cenestésicas: Aquí se realizaron varios ejercicios uno dirigido al análisis de las formas más sencillas de diferenciación táctil de la sensibilidad (aplicación de tres estímulos, dolorosos, de temperatura y táctil, para que diferencie según la intensidad del mismo, nombrar como 3 al más fuerte, 2 medio, 1 más débil). Otro de los experimento consistió en analizar la información percibida y explorar las funciones táctiles. Resultó la diferenciación de figuras y números en la piel del paciente. Otra de las pruebas fue la aplicación de estímulos en el antebrazo del paciente con los ojos cerrados. Además se exploró la sensibilidad profunda al proponerle al paciente una posición determina de su mano.
- Exploración de las funciones audiomotrices y motrices de las manos: Para ello se tuvo en cuenta las aptitudes musicales y el conocimiento previo de la misma. En la esfera audiomotriz se utilizó la prueba de ejecución de estructuras rítmicas. La realización de ritmos siguiendo un ejemplo auditivo se presenta como una actividad compleja que posee una singular composición. Supone un análisis auditivo de la estructura rítmica propuesta y sufre siempre que las posibilidades auditivas están limitadas. Además, el recitado de la estructura auditiva percibida en una serie de movimientos consecutivos. Si el análisis auditivo se ha conservado pero la organización consecutiva de los actos motores más sencillos está alterada esta prueba también presentará perturbaciones.

Por otra parte, se le pidió contar con una sola mano los dedos 2, 3, 4 y 5. Después con la otra mano. Además se le aplica la prueba de Head. Nos paramos frente al paciente y se le da una orden ejemplificándosela inicialmente. Por ejemplo: levanta la mano izquierda, la derecha. La demanda se va complejizando: con la mano izquierda debe tocarse la oreja derecha y con la mano derecha tocarse el ojo izquierdo. Posteriormente debe con la mano derecha tocarse el ojo izquierdo y con

la derecha la nariz, es decir, varias tareas a la vez. Se complejiza el ejercicio pidiendo que no visualice.

- Exploración de las funciones visuales: Se le presentan diversos objetos que debe reconocer. Se le da un dibujo y se le pide que vaya identificando los diferentes objetos. Se presentan imágenes superpuestas o tachadas para que el sujeto las identifique. Se investiga la secuencia (secuencia de tiempo, si es de día o de noche). Copiar figuras. Identificar figuras de diferentes tamaños. Se analizan las funciones visuales superiores al analizar la percepción visual de objetos.
- Exploración de la memoria: El estudio de los procesos mnésico es una de las partes más elaboradas de la investigación clínico psicológica y posee un significado especial para el análisis de las alteraciones patológicas de los procesos psíquicos. Dentro de este estudio se exploró el proceso de retención para lo que utilizamos la técnica de:

- **Memorización de “Diez palabras”.** La técnica nos permite valorar el estado de la memoria mediata e inmediata del sujeto a estudiar, la fatiga, la actividad de la atención, el proceso de fijación de las huellas de lo percibido (una hora después) así como la existencia de índices de organicidad.

- Investigación de las funciones del pensamiento

- **“Cuarto Excluido”.** Caracterizar el nivel del pensamiento de MDR. Consiste en la presentación al sujeto de tarjetas que tienen cuatro objetos representados, de tal manera que tres de ellos estén relacionados entre sí, mientras que el cuarto resulta extraño en relación con los demás. El sujeto debe excluir el objeto que no tiene relación con los demás y decir por qué lo excluye, mientras que debe explicar que relación tienen los restantes. Al sujeto le mostramos las tarjetas colocadas previamente en orden de dificultad crecientes. La exclusión de los objetos presenta mayor exigencia con respecto a la fundamentación lógica y a la confección de las generalizaciones, a la seriedad y precisión de las formaciones.

- Exploración de la esfera afectiva

- **Completamiento de Frases (Rotter).** Explorar los conflictos de MDR y a su vez, inferir algunas de sus características personalógicas, así como su esfera de intereses, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc.

- **Autorreporte Vivencial.** Determinar las vivencias más significativas que MDR ha vivenciado en los últimos años y el acontecimiento con que se relacione la misma. Esta prueba se utiliza como método complementario y forma parte del sistema de metódicas empleadas para obtener el máximo de información de nuestros pacientes.



- **Inventario de Autoestima de Coopersmith.** Este cuestionario fue elaborado por Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos y está conformado por 25 proposiciones (ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa.

- **Inventario de Beck.** Descripción: Este cuestionario fue creado por Beck, Medelson y Erbaught, a partir de un estudio realizado con 300 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria entre 1964 -1966. El mismo ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE).** Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxity Inventory (STAI) de Spielberger (1975), la cual constituyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

- **Inventario de Depresión rasgo y estado (IDERE).** Se utiliza con el objetivo de investigar de dos dimensiones distintas de depresión: la llamada depresión como rasgo y la llamada depresión como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos.

- **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la enfermedad.** Este cuestionario fue diseñado por M. Álvarez y colaboradores para investigar los estilos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados en pacientes con neoplasia de mama. El mismo consta de 22 ítems que exponen algunas de las conductas más usadas para enfrentar enfermedades por los pacientes, para lo cual se les pide que indiquen aquellas que más usan en el presente (con una cruz) y cuáles empleaban antes de enfermarse (con un círculo).

- **Test de Atención. (Toulouse).** La técnica permite evaluar la atención así como la capacidad de trabajo del sujeto.

- **Test de evaluación del Síndrome del cuidador.** *De Robinson B.C. Validation of a Cariginer strain index. J. Gerontol. 1983; 83 (3): 344-8. Copyriht 1983 The Gerontological Society of America.* Caracterizar el estado actual de MDR, como cuidadora de un paciente Alzheimer.

### ***Análisis Integral de los resultados.***

Paciente de 47 años de edad con aspecto y talla normal que se dirige a la consulta de psicología por presentar síntomas como ansiedad, que se manifiesta en la “necesidad de hablar mucho”, “deseos exacerbados de comer”, “me dan muchos deseos de salir” y en el dormir, “duermo con la boca apretada, y aunque

me molesta duermo bien pero sueño mucho". Además, manifiesta depresión, "muchas veces me dan deseos de acostarme" y "me siento muy cansada casi siempre". Por otra parte refiere, "las cosas de menos importancia se me olvidan" y "estoy muy distraída".

Para comprender la dinámica del desarrollo de MDR, sus características personalógicas y sus manifestaciones conductuales; así como para hacer un diagnóstico adecuado, consideramos preciso valorar los procesos internos de su desarrollo y las condiciones externas. A partir de este presupuesto no solo debemos orientarnos al estudio de sus contenidos y proceso psíquicos, sino además a su vinculación y determinación a partir del estudio de los diversos contextos interactivos en los que tiene lugar su desarrollo.

En este sentido resulta importante el análisis de la familia como red de apoyo fundamental y por la inigualable carga afectiva que ella representa para MDR. Es hija de padres divorciados, que desatienden espiritualmente a MDR en su niñez y adolescencia, con un estilo educativo inconsistente y autoritario, además de evidenciarse rechazo por parte de la madre.

Antiguamente su núcleo familiar lo constituían ella, su esposo y dos hijos, pero actualmente ambos progenitores conviven en la casa. La familia se caracteriza por colegiar las decisiones entre todos los miembros. En la toma de decisiones el rol fundamental lo desempeña el esposo, mientras que ella asume otros roles también importantes en el funcionamiento familiar (por ejemplo, la contabilidad de los recursos de la casa). Los límites son claros y explícitos. La comunicación es horizontal, ya que la opinión de todos los miembros es tomada en cuenta a la hora de tomar decisiones en el hogar. Se evidencian lazos afectivos positivos.

A pesar de esto, podemos decir que existe una sobrecarga en el rol que desempeña MDR en su dinámica familiar (rol de esposa, de madre, de cuidadora y de ama de casa). No obstante, consideramos que esta situación, aunque conocida por ella, es vivenciada como "normal", sin percatarse de las consecuencias nocivas que trae consigo el fenómeno actual de la "super mujer", el mismo aparece como un intento de asumir las nuevas responsabilidades, sin renunciar al control y las ganancias secundarias que se reciben al ser dueña del hogar.

Actualmente la dinámica se mantiene entre los cuatro miembros de la familia, pero indiscutiblemente se ve afectada tanto, por el cuidado del padre, que desde hace tres años padece de Alzheimer, como por los conflictos que se encuentran manifiestos entre MDR y su mamá. Desde pequeña, dicha relación se caracterizó por su escaso vínculo afectivo y relacional, además de un rechazo explícito por parte de la mamá, situación que se mantiene en la actualidad.

A partir del evento potencialmente psicopatógeno, es decir, cuando su papá se muda para la casa encontrándose en el tercer estadio de la enfermedad de Alzheimer (etapa de franco deterioro, se pierden las funciones psíquicas y existe aplanamiento afectivo fundamentalmente), MDR comienza a manifestar estados

de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que comienzan a interferir en su funcionamiento laboral fundamentalmente, lo cual provoca que sea analizada por la Comisión Médica. Además comienza a vivenciar depresión, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro y de poder continuar con la situación presente, además de un cierto grado de deterioro del cómo llevar a cabo la rutina diaria, situación que influyó, de manera especial, en la dinámica familiar de MDR. La aparición de la sintomatología comienza al mes del evento y no es hasta el cuarto mes que MDR se dirige al psicólogo.

Teniendo en cuenta al análisis realizado del contexto familiar podemos decir que el mismo contiene FPP que se encuentran actuando en el desarrollo actual de MDR. En él se pueden observar varias actitudes potencialmente psicopatógenas como resultan la existencia de relaciones tensas con la madre, un escaso vínculo relacional y afectivo y el rechazo manifiesto por la misma hacia MDR. A esto se le une el rol de cuidadora que MDR ha tenido que asumir con su papá.

Las relaciones con los demás miembros de su familia actúan como un factor de resiliencia en MDR, ya que la familia constituye una fuente de motivación relevante para su vida, además de que regula su comportamiento a partir de las valoraciones y vivencias que se relacionen con la misma.

En relación con la esfera laboral podemos decir que, MDR es graduada de Técnico Medio en Contabilidad. Durante todo este tiempo se había mantenido activa laboralmente, aunque en la actualidad se encuentra desvinculada producto de la necesidad que tiene de cuidar a su papá. Lleva 13 años laborando en la CTC Municipal como financista. En este contexto, MDR se relaciona muy bien con sus compañeras de trabajo y se siente a gusto con su desempeño profesional.

No obstante, la situación que actualmente está vivenciado MDR como cuidadora de un paciente Alzheimer, la cual le imposibilita su reincorporación laboral, ha provocado frustraciones e insatisfacciones en este aspecto de su vida, ya que la misma no cuenta con el tiempo suficiente para satisfacer sus necesidades laborales, de enriquecimiento personal y de interacciones grupales.

A pesar de esto, consideramos que MDR ha creado sus propios mecanismos de defensa en relación con el tema, apoyándose en su red de apoyo más significativa: la familia, la cual, a su vez, ha jugado un papel primordial en la repercusión psicológico que ha traído consigo el cambio en su estilo de vida, a pesar de que el evento psicopatógeno también ha repercutido en la familia en sentido general.

Teniendo en cuenta las características de los distintos contextos de interacción de MDR; podemos comprender sus características personalógicas. Es comunicativa, imperativa cuando siente que tiene la razón, dependiente, indecisa en la toma de decisiones, presenta rasgos de pesimismo pero su familia la incita a

ser optimista. Es cariñosa, sentimental pero a la vez fuerte. Por lo regular presenta un estado de ánimo estable.

En dependencia de los resultados obtenidos en la exploración de sus procesos cognoscitivos podemos decir que, MDR no presenta dificultades la memoria mediata ni inmediata, sino que sus mayores problemas residen en la memoria involuntaria, lo cual puede estar asociado, fundamentalmente, a la sobrecarga física y emocional que vivencia MDR en su rol de cuidadora de un paciente Alzheimer. En este sentido, su dificultad reside en la reproducción del recuerdo. En relación con su atención, las dificultades esenciales radican en la distractibilidad que MDR manifiesta en sus interacciones, en nuestra consideración esto ocurre producto de la fatiga y las tensiones que vivencia dada por su situación familiar. Por otra parte, su pensamiento se caracteriza por limitadas en las funciones de síntesis, abstracción y generalización, ya que MDR reduce sus respuestas a la situación concreta, además de hacer alusión a sus experiencias.

En relación con los aspectos potencialmente generadores de alteraciones psíquicas en MDR se ha de valorar el hecho de que padece hepicondinitis, es tratada por la consulta de Angiología y que desde hace dos años es diagnosticada con un Trastorno mixto de ansiedad – depresión cuando comienza a vivenciar un sintomatología florida producto del cuidado de su papá. A esto se le suma que la misma es imperativa cuando siente que tiene la razón, dependiente, indecisa en la toma de decisiones y que presenta rasgos de pesimismo.

No obstante, un elemento resiliente de la personalidad de MDR es el hecho de que se comunica con facilidad, es cariñosa, es sentimental pero a la vez fuerte y por lo regular presenta un estado de ánimo estable, lo cual favorece su tratamiento y tributa positivamente en sus relaciones interpersonales.

Por otra parte, la exploración neuropsicológica, arrojó los siguientes resultados:

- En las pruebas de lateralidad resultó ser dominancia derecha, siendo francamente zurda.
- No presentó dificultades en la orientación autopsíquica ni alopsíquica.
- Tiene gran habilidad en las cuentas matemáticas, lo que está asociado a su desempeño laboral como financista.
- En el caso de las funciones visuales superiores no se encontraron dificultades. Sus respuestas fueron correctas, reconoce figuras superpuestas y tachadas, identifica los elementos en el dibujo y reconoce el tamaño de las figuras. Los rasgos no presentan problemas a pesar del deterioro visual, ya que para su desenvolvimiento en las pruebas necesita de espejuelos.
- No se manifiestan grandes dificultades en las funciones cutáneo – cenestésicas que indiquen afectaciones. Logra reconocer y diferenciar objetos y números que se le indican en la mano. No presenta problemas en la agudeza de la sensibilidad cutánea (dolorosa, de temperatura y táctil).

Sus mayores dificultades radican en la sensibilidad del antebrazo, ya que no logra diferenciar los estímulos que se le presentan. Se considera que las dificultades cutáneo cenestésicas, no son suficientes como para diagnosticar un daño sindrómico en este sentido. La investigación de la sensibilidad profunda no arrojó problemas, ya que MDR fue capaz de reproducir la posición dada a la extremidad.

- Los motrices los realiza sin dificultades, no ocurriendo así cuando debe repetir los sonidos musicales que se le indican. Lo anterior denota que existen posibilidades auditivas limitadas ya que se evidenciaron dificultades en el “cifrado” de las estructuras rítmicas percibidas y en los movimientos consecutivos. Esto nos puede dar la medida de afectaciones en el analizador auditivo, lo cual provoca un análisis insuficiente de la estructura rítmica y como consecuencia de ello, los grupos de ritmos dados se sobrestiman y se cambia su secuencia. No obstante, las dificultades son pobres como para diagnosticar una lesión en los sectores temporales del cerebro, ya que los problemas se manifestaban, fundamentalmente, en los ritmos más complejos.

A partir del análisis hasta aquí realizado consideramos que MDR, en orden de aparición, ha presentado los siguientes trastornos:

***Diagnóstico nosológico:***

***Trastorno de adaptación:*** Sintomatología que se presenta aproximadamente al mes de comenzar el cuidado de su padre y persiste por más de seis meses.

MDR comienza a vivenciar malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfirieron con su actividad social y que apareció ante la presencia de un acontecimiento vital estresante (Comienza a cuidar a su papá, anciano que padece de Alzheimer). Trastorno que no habría aparecido sin la presencia de dicho evento.

Las manifestaciones clínicas más importantes fueron: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del como se lleva a cabo la rutina diaria.

Teniendo en cuenta las características que asume el cuadro clínico y el tiempo que se prolonga, MDR es diagnosticada con un Trastorno mixto de ansiedad – depresión.

***Trastorno mixto de ansiedad – depresión:*** Trastorno que se origina a partir de un Trastorno de adaptación. Se hace alusión a esta categoría por manifestarse síntomas de ansiedad y de depresión, sin predominar claramente uno sobre el otro con la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

A la hora del diagnóstico de MDR, se tuvo en cuenta la presencia de síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y en los trastornos depresivos, tales como alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, dificultades en la concentración e irritabilidad.

Actualmente se mantiene compensada, no evidenciando índices altos de depresión y ansiedad como síntomas cardinales del trastorno mixto de ansiedad – depresión, lo cual nos habla a favor de que MDR no se encuentra vivenciando un estadio ansioso - depresivo en este momento. Sin embargo se evidencia un malestar subjetivo en cuanto a los estados emocionales, lo cual está dado por el hecho de encontrarse en un estrés mantenido por ser cuidadora de un paciente Alzheimer.

En este sentido, consideramos que actualmente en MDR existe una prevalencia de las características del Síndrome del cuidador en pacientes con Alzheimer.

***Síndrome del cuidador en pacientes con Alzheimer:*** Los rasgos principales resultan ser el agotamiento físico y/o psicológico. Además, MDR se encuentra vivenciando una serie de síntomas asociados con el estrés, en este sentido, padece de depresión por las cargas físicas y emocionales que soporta y que afectan su capacidad y habilidades para enfrentarse a los problemas y fatiga que impide completar las tareas diarias.

Además, presenta trastorno del sueño (Bruxismo), ocasionado por el exceso de preocupaciones. Se manifiesta falta de concentración para realizar las tareas habituales, problemas de salud físico y mental, y tristeza por la situación que se encuentra vivenciando. Siente lástima y vergüenza por algunos comportamientos de su papá que supera hablando con otras personas aún cuando no presenten su mismo problema, estado que se agudiza con una marcada impotencia porque, a pesar de sus esfuerzos, la enfermedad es progresiva.

MDR se encuentra en la tercera fase del Síndrome del cuidador de un paciente Alzheimer, en este estadio se comienzan a sufrir consecuencias psicofísicas de un tipo de atención desmedida y sin ayuda (para el enfermo y para él). Existe una mayor frecuencia de enfermedades físicas y psíquicas, se siente constantemente fatigada, sobrecargada, con dolores osteomusculares, cefaleas tensionales, bruxismo, crisis de ansiedad, alteraciones afectivas, incapacidad para concentrarse, daños en la autoestima, entre otras.

Aparece el sentimiento de culpa por primera vez, y no admite relajarse, se siente culpable y regresa cuanto antes al paciente.

## **RECOMENDACIONES**

A partir del estudio realizado a MDR, cuidadora de un paciente con Alzheimer, consideramos oportuno realizar las siguientes recomendaciones:

- En su área de atención primaria (en la consulta de Psicología del Policlínico “Marta Abreu”), MDR debe ser objeto de atención individualizada con el objetivo de aumentar los conocimientos que posee sobre su cuadro clínico, así como mejorar su visión de los problemas futuros, mejorar las habilidades prácticas y fomentar una actitud más tolerante como cuidador. Además, debe ser preparada para las consecuencias prácticas, emotivas y sociales del tema, enseñando lo que puede ocurrir y por qué.
- En el caso específico de MDR, consideramos que resulta imprescindible prepararla para la situación de duelo que deberá enfrentar en un futuro, ya que la misma no cuenta con estrategias de afrontamiento efectivas para esta situación
- Psicoterapia grupal con el objetivo de entrenarla en habilidades sociales y la resolución de problemas ya sean internos (ej. decidir tomar más tiempo por el bien de tu propia salud) o externos (ej. pedir apoyo a los amigos). Por otra parte, se debe tener en cuenta que los cuidadores se benefician de su participación en un grupo de las siguientes maneras:
  - El grupo proporciona un entorno protector donde los cuidadores pueden encontrar la aceptación y el apoyo de otros que comparten preocupaciones parecidas. Pueden probar nuevas formas de superar las situaciones y desarrollar nuevas estrategias para resolver sus problemas.
  - El grupo de apoyo ofrece nuevos contactos y apoyos sociales, ayuda a los cuidadores a superar su aislamiento y expande sus redes de apoyo informal. Se desarrollan unas relaciones que pueden animar a los miembros del grupo a buscar más contactos sociales fuera del grupo.
  - El alivio emocional se deriva del intercambio con personas en situaciones parecidas y de la consciencia de que los demás miembros también padecen cargas y problemas parecidos en sus papeles de cuidador. Aprenden los unos de los otros y encuentran el apoyo que necesitan para resolver situaciones críticas. Además, toman conciencia de su autoestima al darse cuenta de que tienen mucho que ofrecer y que sus conocimientos son valorados, aceptados y apreciados por los demás.
- Se recomienda que MDR asuma un nuevo estilo de vida en cuanto al tiempo que debe dedicarse a sí misma, en este sentido recomendamos que haga ejercicios, que cuando tenga oportunidad descanse, que realice actividades que le resulten gratificantes como ver televisión, salir a pasear, que se dedique tiempo para el realce de su apariencia física lo cual traerá consigo un mayor bienestar psicológico. Para esto aconsejamos que se apoye en su familia, red de apoyo fundamental en este sentido.

- Se recomienda que procure realizar algunas actividades con familiares o amigos, para poder disfrutar de su tiempo libre y un merecido descanso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- CIE 10.

- Gutiérrez, J. A. *Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos*. Revista Electrónica de Psiquiatría. Vol. 1, No 1. Revisar en: [info@psiquiatria.com](mailto:info@psiquiatria.com)

- García, A., M. (2003). *Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico*. Ed: Félix Varela. La Habana. Cuba.

- *Neurosis*. [monografia.com](http://monografia.com) (Artículo)

- Nepomuceno, N. P. (2004). *Comportamientos provocadores: El estrés del cuidador de un enfermo de Alzheimer*.

- Martínez, C. G. (2003). *Salud familiar*. Ed: Científico-Técnica. La Habana. Cuba.