

ASPECTOS DINAMICOS Y FAMILIARES EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Por ROSA L. MINA*

RESUMEN

El estudio de la Enfermedad de Alzheimer (EA) demanda un enfoque bio-psicosocial, porque involucra no sólo al paciente que sufre la enfermedad, sino a la familia (encargada de asistirlo) y a la sociedad (quien participa en su mundo social). En el presente trabajo se tratará de determinar si existe un tratamiento especial o son estrategias terapéuticas que se recomiendan a la familia del paciente con EA.

SUMMARY

Alzheimer's Disease request a biopsychosocial focussing because it involves not only a patient who suffers the illness. Also the family (comissioned to assit him) and the society (who participates in his social world). This work discusses if a special treatment or a therapeutic strategy is proposed to the patient's family, to help them.

PALABRAS-CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, bio-psico-social, familia, tratamiento, psicodinámica.

KEY WORDS: Alzheimer's disease, biopsychosocial, family, treatment, psychodynamics.

La presencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA) origina una fuente importante de estrés para el que sufre la enfermedad, para la familia que lo asiste y para las personas que participan en su mundo social. Este acontecimiento, que

moviliza gran cantidad de energía y afecta todos los aspectos de su vida, es percibido como una amenaza a su integridad física, al Yo y a la gente de su entorno, generándose una crisis.

Cabe anotar, sin embargo, como señala Anna FREUD, la existencia en todo ser humano de ciertos mecanismos de defensa, que el Yo utiliza para solucionar

* Médico Psiquiatra. Hospital "Hermilio Valdizán".

los problemas que surgen entre las demandas instintivas y las necesidades de acomodarse al mundo real, bajo determinadas influencias de su entorno familiar y social. No obstante, el sistema defensivo no es el mismo en todas las personas, varía de acuerdo a la personalidad preexistente, así por ejemplo, hay pacientes que tratan de justificar los olvidos como propios de la edad, constatan y niegan la enfermedad al mismo tiempo¹.

POLEY manifiesta que en el caso de paciente con EA, algunos se percatan por completo de sus dificultades cognoscitivas y conservan cierta percepción durante todo el proceso patológico; otros no se percatan de sus problemas cognoscitivos actuando como si no tuvieran dificultades incluso ante síntomas que se van agravando; otros aunque conscientes de sus problemas no los admiten y tratan de ocultarlos a los demás y por último, gran parte de estos enfermos manifiestan variaciones en más de uno de estos aspectos generales, durante los diversos estadios de la enfermedad².

Por su parte, AGNIEL (1979) considera que la personalidad del enfermo con EA resulta de una crisis de identidad³, sin embargo, la comunidad ética estima que persiste la identidad personal aunque progresa la enfermedad⁴. A pesar de existir controversias sobre el particular, no debemos olvidar que la persona es una síntesis de mente, cuerpo y alma, el alma o espíritu es la esencia del ser humano y existe incluso en presencia de la enfermedad, por tanto, creer en la humanidad y la dignidad de la persona que experimenta EA y en la presencia continua de la esencia del paciente, fundamenta la necesidad de asistirlo.

Como todo enfermo, el paciente con Alzheimer se adapta más o menos a

su enfermedad en función de su entorno, familia y mundo social, donde el rol de la familia se convierte en pilar fundamental para el cuidado del paciente. Algunos autores, como BLIQUER & PENIN (1989) consideran que la familia frente a un miembro con EA debe hacer el trabajo de duelo de la personalidad anterior del paciente y tratar de adaptarse a la nueva personalidad. El trabajo de duelo, según las teorías psicoanalíticas es un trabajo doloroso pero necesario; como en todo duelo, existe una fase de negación, rebeldía, negociación, depresión, hasta la aceptación⁵, dependiendo este duelo de la personalidad de los miembros de la familia.

Existen otros casos de familias que reaccionan ya sea exagerando el cuidado del paciente, ocasionándole la pérdida de su autonomía, tornándose agresivos ante la frustración de no ver mejoría, culpándose por confiar a personas extrañas el cuidado del paciente, avergonzándose de los síntomas del paciente, sintiendo amor y odio a la vez, este conflicto se sitúa a nivel inconsciente. A esto se suma, no pocas veces, temor a sufrir de EA. Es más, se estima que la familia puede percibir que frente al enfermo de Alzheimer se produce una inversión de roles, así el hijo adulto se convierte en el padre de su padre, el hijo es padre de una persona que refleja una imagen de degradación física y psíquica.

Los estudios que se han hecho a las familias con pacientes EA han puesto en evidencia que los cónyuges (hombre o mujer) son más tolerantes al cuidado de estos enfermos que los propios hijos, porque subsiste en el cónyuge encargado de cuidarlo, el recuerdo de las relaciones anteriores, la buena imagen pasada frente a una imagen actual deteriorada por la enfermedad.

Se ha observado que en la mayoría de familias, se designa a un miembro para que cuide al paciente, la práctica ha demostrado que generalmente el personaje que asume el cuidado del enfermo es aquel que siempre ha guardado una buena relación con él, pero sin contar en la mayoría de casos, con una preparación adecuada, lo cual les ocasiona problemas emocionales tales como fatiga crónica y depresión. Por tanto, urge que el soporte extrafamiliar sea a través de asociaciones de familias de pacientes con EA para intercambiar experiencias y solidarizarse.

A pesar de esto, se estima que la mejor atención que puede tener el paciente es en su propio hogar, conocido por él, rodeado de afecto y cariño, no negando los problemas que se van presentando, en todo caso se podría solicitar el apoyo de instituciones por un breve período de tiempo. Consecuentemente, puede afirmarse que no existen modelos o recetas para la familia, sino que en cada caso cuenta la buena disposición de la familia que solicita ayuda y la preparación y compromiso del profesional.

RESUME

Une approximation bio-psycho-sociale de la maladie d'Alzheimer est nécessaire car elle implique le patient et aussi la famille qui l'assiste et la société. Cette publication discute s'il y a un traitement particulier pour la maladie ou vraiment une stratégie thérapeutique à proposer à la famille, qui aime encore son patient.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die Alzheimer Krankheit nach ihren bio-psycho-sozialen Aspekten untersucht. Der Verfasser versuchte, der wahl zwischen einer bestimmten Therapie, oder einer therapeutischen Strategie zussammen mit der Familie zu entdecken.

BIBLIOGRAFIA

1. FREUD, A. (1971): *El Yo y los mecanismos de defensa*. 5ª edición, Paidós, Buenos Aires, pp 9, 10. -
2. FOLEY, J.M. (1992): "The experience of being demented", En *Dementia and aging: Ethics, Values and Policy Choice*. Binstick RH, Post SG & Whitehouse PJ. Baltimore, The John Hopkins University Press, pp. 30-43. - 3. LÉGER, JM & CLEMENT, J.P.(1991): "Démences et affectivité", *Confrontations Psychiatriques* 33 (Démences). Paris, p. 67. -
4. WATSON, J. (1988): *Nursing Human Science and Human Care*. New York NLN. - 5. BLIQUE, S. & PENIN, F.(1987): "Le Vécu par la famille de l'entrée d'un vieillard dement en long séjour". *Psychologie*

Medicale 19: 1309-1311. - 6. ARNAS ESCANDE, A.M. (1990): "Étude de la Charge supportée par les familles dans les démences de type Alzheimer". En *Thèse de Médecine*, Toulouse. - 7. AQUINO, P. (1986): *Démence, le vécu dans la famille*. Séme reconre de Gérontologie du Coderpa 44. Nantes. pags. 49-53. - 8. BERGER, M. (1992): "Le placement familial des déments séniles de type Alzheimer: 7 ans d'expérience". *La revue de Gériatrie*, tome 17, N° 13. - 9. BOIFFIN, A. (1987): "Quelle est la place des Thérapies médicamenteuses dans la démence sénile?". *Psychologie Médicale*, 19-8: 1335-1336.