

## ORIGINAL - CASO INTEGRAL

# Acompañamiento y valoración biopsicosocial de una crisis familiar

Arana Asensio E<sup>1</sup>, García López P<sup>2</sup>,  
García Del Pozo F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pinos Puente (Granada)

<sup>2</sup>Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

<sup>3</sup>Grado de Enfermería, Madrid

### CORRESPONDENCIA

Pablo García López  
E-mail: pagarlop1@gmail.com

Recibido el 16-03-2018; aceptado para publicación el 23-04-2018

Med fam Andal. 2018; 1: 34-41

### Descripción del caso

El abordaje de los problemas de salud en Atención Primaria resulta complejo por la interacción entre los diferentes aspectos (clínicos, psicosociales y familiares). Es por este motivo, que la valoración de la familia y la comunidad ocupa un papel fundamental en el estudio completo de un paciente y, más aún, cuando éste padece una patología crónica sobre una situación de fragilidad, como la vejez.(García López, 2011).

La población anciana, enferma con más frecuencia y, además, tiene una serie de características que hacen que se diferencien del resto de los grupos etarios en cuanto al proceso salud-enfermedad (De la Revilla, 2012). Entre estas características se encuentra la pluripatología, la tendencia a la cronicidad de los procesos y la menor respuesta del organismo anciano a factores desestabilizadores, pudiendo éstos tener su origen en cualquier esfera. La Medicina de Familia juega un papel privilegiado, pues se caracteriza por la comprensión del paciente y de su enfermedad, basándose no sólo en los síntomas y signos, sino en los factores psicológicos y sociales que relaciona al sujeto con su contexto (Turabian, 2006).

La realización de un "caso clínico" que refleje y describa el proceso de enfermar en toda la gama de eventos que constituye la Medicina de Familia, se convierte en una herramienta de gran valor asistencial (Quel Collado y García López, 2011). Como ejemplo, presentamos el caso de un paciente anciano, con una situación clínica compleja que ocasionó una crisis familiar por claudicación de la cuidadora. Su desarrollo nos permitirá hacer un repaso sobre las principales herramientas de valoración global en Atención Primaria.

Se trata de un varón de 79 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de larga data con complicaciones (retinopatía diabética, nefropatía), hipertensión arterial, bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II (subsidiario de implantación de marcapasos, que rechazó), insuficiencia cardíaca, bocio multinodular intratorácico e historia previa de tromboembolismo pulmonar en contexto de inmovilización tras fractura de cadera derecha en 2010.

Sigue tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, doxazosina, furosemida, insulina y ácido acetilsalicílico, aunque muestra mala adherencia terapéutica. El paciente ha sido fumador desde la juventud y, a pesar de su estado de salud, continúa con una negativa rotunda a dejar el hábito tabáquico.

Una vez conocidos los antecedentes personales, podemos decir que, se encuentra en fase crónica de la enfermedad, puesto que el diagnóstico de las patologías que padece se hizo hace años, y continúan en evolución.

De forma general, se puede decir que los cambios sufridos en el contexto de la enfermedad crónica, producen discapacidad cuyo efecto sobre el paciente y/o su familia, va a depender de varios factores, en primer lugar de la relación entre el tipo de incapacidad y las expectativas presentes y futuras del paciente y, en segundo lugar, de la situación estructural de la familia, de su flexibilidad y, de la cuantía de recursos con que cuenta. (De la Revilla, 2012).

En nuestro caso sujeto a estudio, los síntomas y signos discapacitantes han persistido y están apareciendo otros nuevos por la progresión (el más reciente, incontinencia fecal) que ha obligado a la toma de decisiones y al reajuste familiar, para procurar el bienestar tanto del paciente como de sus familiares y contactos más cercanos. Su esposa, cuidadora principal, ha sido la pieza clave en el manejo de la situación, es por esto que, en este contexto es necesario realizar también un estudio del cuidador. (López Gil, 2009; Garrido Barral, 2006).

### Exploración Física

En la exploración general destaca un fenotipo pícnico con obesidad mórbida, hipoventilación generalizada con roncus dispersos, mala tolerancia del decúbito, abdomen globuloso por encima de nivel de tórax y úlceras exudativas en resolución. A nivel cognitivo: conservación de funciones superiores. En cuanto a nivel funcional: ceguera prácticamente total, con distinción sólo de luces y sombras, e incapacidad para la bipedestación y traslaciones. Marcha asistida en silla de ruedas.

### Pruebas complementarias

Se hace un seguimiento periódico desde un punto de vista integral incluyendo pruebas complementarias que aporten información sobre los distintos problemas clínicos del paciente, así como test que ayuden en la valoración de los aspectos funcionales y psicosociales.

#### 1. Pruebas complementarias:

- Analítica general con bioquímica (perfil hepatorenal, lipídico, tiroideo, glucémico, electrolitos, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico) dentro de rango normal, a excepción del mal control diabético evidenciado por HbA1c mayor de 8.5% y función renal deteriorada, en rango de Insuficiencia Renal moderada-grave.
- Electrocardiograma: frecuencia cardíaca a 60 latidos por minuto, bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II, sin alteraciones de repolarización.
- Radiografía de Tórax: índice cardiorácico aumentado. No apreciables condensaciones ni derrames costofrénicos. Calcificación del botón aórtico.

#### 2. Escalas de estratificación y de valoración integral:

##### 2.1. Evaluación del área cognitiva:

- Escala SPMSQ de Pfeiffer (1975): a través de 10 ítems valora la orientación temporoespacial, el conocimiento general y personal y la concentración. Introduce una corrección según el grado de escolarización, permitiendo un error de más si no se ha recibido educación primaria y uno de menos si se han recibido estudios superiores. Es una de las herramientas más útiles en Atención Primaria para el cribado de deterioro cognitivo, resultado fiable en población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial. (Figura 1).

El paciente tuvo un error en la última pregunta (área de cálculo), por tanto, no se detectó deterioro cognitivo.

Figura 1. Short portable mental status questionnaire (SPMSQ) de Peiffer

Pregunta	Puntos
1. ¿Qué día es hoy? _____	1
2. ¿Qué día de la semana es hoy? _____	1
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)? _____	1
4. ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección (si no tiene n.º teléfono)? _____	1
5. ¿Cuántos años tiene? _____	1
6. ¿En qué día, mes y año nació? _____	1
7. ¿Cómo se llama el rey de España? _____	1
8. ¿Quién mandaba antes del rey actual? _____	1
9. ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre? _____	1
10. Si a 20 le restamos 3, ¿cuántos quedan?, ¿y si le quitamos 3? _____	1

Se permite un error de más si no ha recibido educación primaria y uno de menos si ha recibido estudios superiores.  
 Normal: 0-2 errores.  
 Deterioro cognitivo: leve (3-4 errores), moderado (5-7 errores), importante (8-10 errores).

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1982): es la única diseñada específicamente para personas mayores. Existe una forma de 30 ítems con respuesta dicotómica si/no y una versión abreviada de 15 ítems (Sheik y Yesavage; González, 1988).

Al paciente se le administró la reducida, donde se obtuvo un resultado sugerente de depresión.

## 2.2. Evaluación funcional:

- Índice de Katz: (KatzIndex of Activities of Daily Living; Katz et al., 1963): es un instrumento diseñado por un equipo multidisciplinario para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, aquellas que suponen el autocuidado e independencia de movimientos y que, en definitiva, permiten vivir de forma independiente, sin la ayuda de otros. (Figura 2)

Consta de 6 ítems, con 3 posibles respuestas que permiten clasificar la mayor o menor dependencia de los sujetos en función de sus capacidades de baño, vestido, movilidad, aseo, continencia y alimentación. La

limitación en uno o dos ítems indica una dependencia moderada, mientras que la limitación en tres o más ítems es considerada como severa (Aggarwat et al., 2000; López Crespo, López-Arrieta et al., 2004).

El paciente muestra dependencia para: baño (necesita ayuda para salir o entrar en la bañera, no se asea solo); vestirse; usar el retrete y continencia (es usuario de absorbentes, ya que padece incontinencia urinaria y, recientemente también incontinencia fecal); movilidad (se desplaza en silla de ruedas con ayuda de cuidador). Es independiente para la alimentación.

- Escala de Lawton y Brody (1972): se utiliza para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Lawton y Brody diseñaron una escala que incluye actividades complejas necesarias para la interacción social, tales como la utilización del teléfono, medios de transporte, el manejo de dinero, toma de medicamentos, ejecución de tareas domésticas, etc. Es un instrumento bastante útil para medir el grado de discapacidad, entendida como la limitación que experimenta el individuo para involucrarse en situaciones vitales, ya

Figura 2. Índice de Katz

Ítem	Independiente (sin supervisión, dirección o ayuda personal activa)	Dependiente
Bañarse (esponja, ducha o bañera)	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (p. ej.: espalda o extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo
Vestirse	Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras. (Se excluye atarse los zapatos)	No se viste solo o permanece vestido parcialmente
Usar el retrete	Accede al retrete, entra y sale de él; se arregla la ropa, se limpia solo (puede utilizar por sí mismo un orinal o cuña sólo durante la noche y puede utilizar no soportes mecánicos)	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete (limpiarse, ajustarse la ropa o uso de orinal por la noche)
Movilidad	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede ayudarse de objetos como bastón o andador)	Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos
Continencia	Control completo de la micción y defecación	Incontinencia ocasional o total; o necesita controlarla con enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas
Alimentación	Lleva la comida del plato (o su equivalente) a la boca. Se excluye el precisar ayuda para cortar la carne o la preparación de la comida, como untar el pan	Precisa ayuda para el acto de alimentarse, no come en absoluto o es alimentado parcial o totalmente con sondas o nutrición parenteral

**Interpretación:**

- A. Independiente en todas las funciones exploradas.
- B. Independiente en todas las funciones exploradas, excepto una.
- C. Independiente en todas las funciones, excepto bañarse y una más.
- D. Independiente en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse y otra más.
- E. Independiente en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función más.
- F. Independiente en todas las funciones, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función más.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- Otras. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

que contempla actividades necesarias para el desempeño de roles, la participación social y la autonomía.

El paciente muestra una dependencia total, al requerir ayuda para todas las AIVD.

### 2.3. Valoración de la red social y el apoyo familiar:

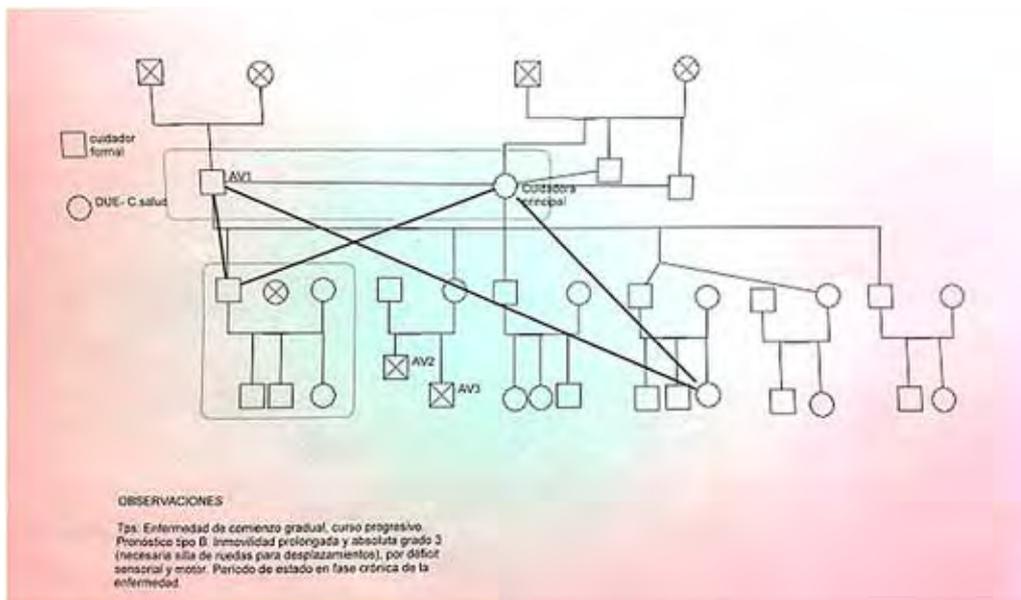
- Genograma: es una herramienta de valoración familiar, desarrollada por Murray Bowen en 1978. Es un sistema de registro de información sobre la composición familiar que, a través de una serie de símbolos convencionales, resume gráficamente la estructura de una familia: sus antecedentes patológicos, patrones de comportamiento y problemas psicosociales.

Se adjunta el genograma de nuestro paciente (Figura 3): está casado, y vive con su esposa, cuyos hermanos viven en la misma ciudad. Tienen tres hijos independizados que viven cerca del hogar familiar. Constituyen una familia nuclear con parientes próximos que se encuentra en etapa de “nido vacío”.

La familia por el momento del ciclo vital en que se encuentra, presenta un estilo familiar centrífugo (donde los hijos han salido del hogar para configurar sus propias familias), y existen límites individuales rígidos entre la pareja, así como límites externos difusos.

- Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE): Los AVE son aquellos sucesos que ha padecido el paciente en el último año y el instrumento de medida para ellos es una

Figura 3. Genograma



escala aditiva de evaluación de reajuste social (SRSS) de Holmes y Rahe (1967), modificada para adaptarla a nuestro medio por De La Revilla en 1994. Cada uno de los eventos o acontecimientos tiene una puntuación denominada “unidades de cambio vital” (LCU), que va desde 100 en el acontecimiento más grave (la muerte del cónyuge) a 11 en el menos relevante (leves transgresiones de la ley).

Entre los AVE más destacados en los últimos tiempos se encuentran las progresivas complicaciones derivadas de la enfermedad crónica (pérdida de la independencia funcional tanto por la disminución de la capacidad motora, como por la incapacidad sensorial visual), que imposibilitan que pueda cuidar de sí mismo y de los demás; el abandono de las actividades de ocio así como, el deterioro de la salud de su esposa.

Los AVE acontecidos han afectado al estado anímico familiar, aunque las relaciones entre los diferentes miembros de la familia han continuado siendo estrechas.

- Estudio del apoyo social. Cuestionario MOS (Scherboune y Stewart, 1991): consta de 20 ítems,

el primero informa sobre el tamaño de la red social y los restantes sobre distintas dimensiones del apoyo. Permite valorar el apoyo social global, así como investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo.

Los resultados del cuestionario mostraron que, a pesar de tener una red social escasa (con menos de 5 amigos), el paciente tiene un buen soporte emocional e instrumental.

- Cuestionario APGAR familiar (Smilkstein, 1978): cuestionario autoadministrado, que consta de cinco preguntas cerradas, con el que se puede obtener, de forma rápida y sencilla el grado de satisfacción del encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal.

El paciente mostró un grado de satisfacción normal.

#### 2.4. Estudio de la cuidadora:

La esposa de nuestro paciente, ejerce el rol de cuidadora principal, teniendo una dedicación ex-

clusiva al cuidado de su marido, denominándose dicha situación como "24/7/365". Ayuda en las actividades de la vida diaria (vestido, aseo...), aporta ayuda instrumental (preparar la comida, baño, ropa...), en los cuidados de rehabilitación (cambios posturales, desplazamientos) así como en la promoción de salud (proporciona dieta saludable, consejo antitabaco...).

- Sobrecarga personal de Zarit (Zarit et al., 1980): es un instrumento autoaplicado del que existen varias versiones. La versión abreviada consta de 7 ítems, cada uno puntuado de 1 (nunca) a 5 (casi siempre)(Figura 4). En ellos, el cuidador refleja en qué medida la atención del paciente altera su bienestar físico, psicológico, económico y social, de tal manera que afecta a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad y libertad.

La entrevista con la cuidadora, así como el cuestionario mostraron signos de sobrecarga, más notorios en relación a la sobrecarga física (algias vertebrales, dolores articulares), psíquicas (ánimo triste y ansiedad ocasionales) y al impacto social (deterioro de la relación de pareja, disminución de las relaciones sociales), en contrapartida, satisfacción personal por saber que su esposo está bien atendido.

## 2.5. Estudio medioambiental: Mapa del hogar

El paciente y su esposa viven en un piso de su propiedad, situado en una zona céntrica, relati-

vamente cercana al centro de salud. El edificio está adaptado a la utilización de silla de ruedas, no obstante, en el domicilio particular, el pasillo y las puertas son estrechas, lo que dificulta los desplazamientos (Figura 5). Goza de unas características apropiadas en cuanto a higiene, iluminación y calefacción.

## Diagnóstico diferencial

El paciente muestra síntomas que podrían encuadrarse en la esfera psiquiátrica (ánimo triste, retraimiento, escasa comunicación, falta de ilusión por realizar actividades de ocio y la interacción social), pero de obligado diagnóstico diferencial con un trastorno de origen orgánico, como la demencia.

La demencia se caracteriza por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, adquirido y, por lo general, crónico y progresivo, sin alteración del nivel de conciencia. Para realizar el diagnóstico de demencia, el deterioro cognitivo debe ser de intensidad suficiente tal que interfiera en las actividades familiares, sociales u ocupacionales habituales del individuo y posteriormente las necesarias para el autocuidado y la supervivencia. Se pueden presentar también alteraciones neuroconductuales (personalidad, comportamiento).

Hay diferentes tipos de demencia en función de su etiología: degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal, como principales cuadros); secundarias (vasculares, procesos

Figura 4. Cuestionario de sobrecarga del cuidador. Escala de Zarit

¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted?

¿Se siente estresada (o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (p. ej., con su familia o en el trabajo)

¿Cree que la situación actual afecta a su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

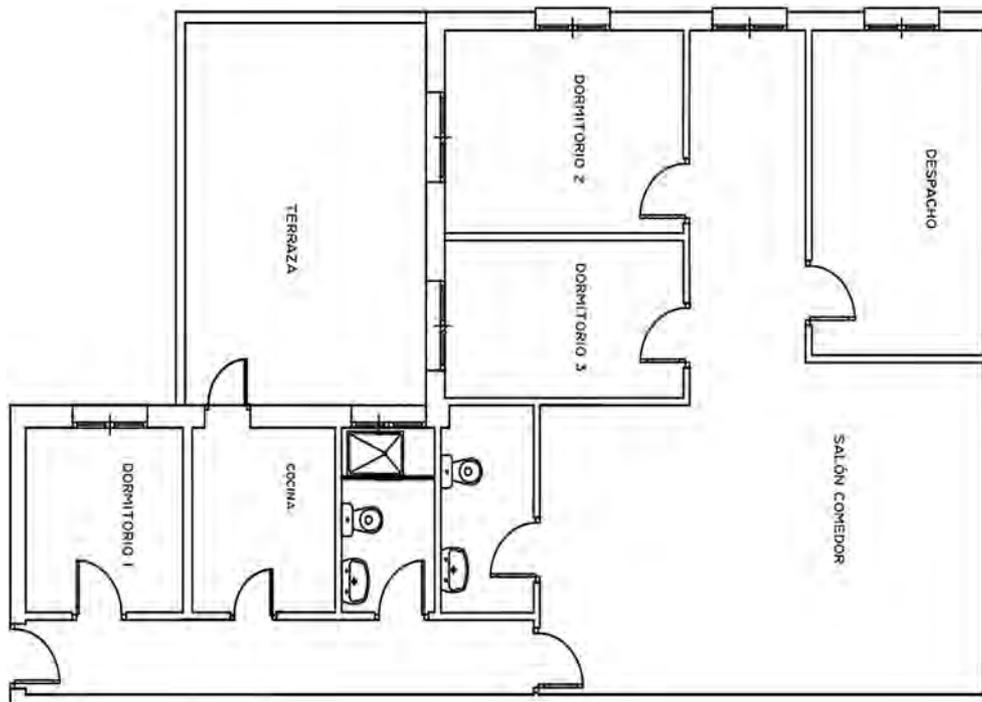
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?

Respuestas: 1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: frecuentemente, 5: casi siempre.  
Se considera sobrecarga una puntuación  $\geq 17$  puntos.

Figura 5. Mapa del hogar



expansivos, endocrino-metabólicas...) y mixtas. La edad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus, entre otros, son factores de riesgo para la demencia vascular.

En el estudio de nuestro paciente, la entrevista clínica evidenció una correcta comunicación tanto verbal como no verbal, así como no se manifestaron alteraciones cognitivas. Las pruebas psicométricas (Escala de Pfeiffer, Escala de depresión de Yesavage) tampoco fueron orientativas de demencia sino de depresión. La exploración neurológica descartó focalidad, por lo que no se solicitó prueba de imagen. Las pruebas complementarias realizadas (analítica general con bioquímica incluyendo perfil hepatorenal, lipídico, tiroideo y glucémico, electrolitos, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico), resultaron dentro del rango normal salvo HbA1c y función renal. Dada la ausencia de sospecha clínica, no se solicitaron serologías. La radiografía y el electrocardiograma fueron similares a los realizados con anterioridad.

En cuanto al estudio de la depresión, se barajaron diferentes cuadros (episodio de depresión mayor,

distimia, trastorno adaptativo). Para el diagnóstico de episodio de Depresión Mayor, es necesario el cumplimiento de al menos 5 síntomas de los dispuestos entre los criterios diagnósticos de la DSM-IV. Nuestro paciente cumplía sólo 3 (comportamiento deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés y de capacidad para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del tiempo y sentimientos de inutilidad o de culpabilidad). Estos síntomas tenían una clara y directa relación con el empeoramiento de su estado de salud en los últimos meses, así como con el deterioro de la relación de pareja por claudicación de la cuidadora, y la disminución de las relaciones e interacción social. Por este motivo, se pensó como origen más probable del cuadro, un trastorno adaptativo en el contexto de deterioro por enfermedad crónica.

### Juicios clínicos

- Diabetes Mellitus tipo 2. Retinopatía diabética. Nefropatía.

- Disnea multifactorial: hipertensión arterial; bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II; insuficiencia cardíaca.
- Bocio multinodular intratorácico.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria.
- Acumulación de Acontecimientos Vitales Estresantes. Red social y familiar alterada.
- Trastorno Adaptativo.

### Conclusiones

Hoy día la mayoría de familias deben hacer frente a la enfermedad crónica de uno de sus miembros en algún momento de su ciclo vital familiar. La mayor parte de las personas mayores, especialmente aquellas que presentan algún tipo de incapacidad, viven en la comunidad gracias a la ayuda que les presta su familia. Para conocer la capacidad que tienen las familias para afrontar la carga que supone tener una persona con enfermedad crónica y dependiente en su seno, es necesario evaluar la función familiar, identificar y sopesar la red social con que cuenta y las dimensiones del apoyo social que aporta, para ello contamos con herramientas validadas para nuestro entorno.

El genograma (posibilita valorar la estructura familiar, las relaciones familiares, la etapa del ciclo vital familiar) o la utilización de cuestionarios validados para la medición del apoyo social nos permiten completar el diagnóstico y realizar intervenciones psicosociales que mejoran el curso de la enfermedad. Por ello es necesario ubicar la enfermedad crónica en el contexto donde se desarrolla y para ello es crucial entender las interacciones que se dan entre paciente-enfermedad-familia-comunidad. (Bailón y Orozco, 2011)

El caso presentado sirve de ejemplo de abordaje biopsicosocial pues permitió detectar unas áreas de mejora desde una perspectiva integral (adherencia al tratamiento, potenciar el apoyo en redes, promoción de actividades de ocio, solicitud de recursos como cama articulada y cuidador formal, y refuerzo positivo de la cuidadora).

### BIBLIOGRAFÍA

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1997.
- Crespo López M, Lopez Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "cómo mantener su bienestar". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Garrido Barral A. Atención al anciano en riesgo. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. p. 1620-1624
- Mellado Fernández ML. Aplicaciones prácticas de los test de función cognitiva, capacidad funcional, psicoafectivos y sociales. En: Atención al anciano en riesgo. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. p. 2046-2064.
- Espinás Boquet J, González Moneo MJ. Pérdida de la memoria y demencia. En: Atención al anciano en riesgo. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. p. 469-477.
- Mellado Fernández ML. Depresión. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011. p. 500-508.
- De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1993. p. 37-42.
- De la Revilla L. El genograma: cómo realizarlo. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1993. p. 101-109.
- Bailón Muñoz E, Orozco Beltrán D. Abordaje de las enfermedades crónicas desde una perspectiva integral. AMF. 2011; 7(8): 421-480.