



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología Forense

Evaluación psicológica forense en un caso de curatela para enfermedad de Alzheimer

Trabajo fin de estudio presentado por:	Alba Vázquez Roza
Línea de investigación:	Pericial psicológica en jurisdicción civil
Directora:	Gema Climent
Fecha:	Julio 2025

Índice de contenidos

Tabla de contenido

1.	Marco teórico.....	6
1.1.	La curatela como medida de provisión de apoyo a personas con discapacidad	6
1.1.1.	La capacidad jurídica	6
1.1.2.	La Ley 8/2021 y las nuevas medidas de apoyo.....	6
1.1.3.	La curatela	8
1.1.4.	El procedimiento de provisión de medidas judiciales de apoyo	10
1.2.	La enfermedad de Alzheimer	14
1.2.1.	Qué es la demencia o trastorno neurocognitivo.....	14
1.2.2.	Qué es la enfermedad de Alzheimer	16
1.2.3.	Evolución de la enfermedad de Alzheimer	18
1.2.4.	Sintomatología de la enfermedad de Alzheimer.....	18
1.3.	La figura del cuidador	19
1.3.1.	El papel y perfil del cuidador	19
1.3.2.	Síndrome del cuidador quemado	21
1.4.	Evaluación psicológica forense en el ámbito de la discapacidad.....	22
1.4.1.	Valoración de la persona con discapacidad	23
1.4.2.	Valoración de la idoneidad de la figura de apoyo	24
2.	Informe pericial	25
2.1.	Datos de identificación	25
2.1.1.	Datos de identificación del perito	25
2.1.2.	Datos de identificación del peritado	25
2.2.	Objetivo o motivo del informe	25

2.3.	Metodología	25
2.3.1.	Entrevistas realizadas	26
2.3.2.	Instrumentos utilizados	26
2.4.	Hipótesis	28
2.5.	Situación actual	28
2.6.	Historia psicobiográfica	29
2.7.	Exploración psicopatológica	31
2.8.	Resultados	33
2.8.1.	De la evaluación de las competencias de cuidado	33
2.8.2.	De la evaluación de la personalidad	34
2.8.3.	De la evaluación del apoyo social percibido	37
2.8.4.	Integración de datos.....	37
2.8.5.	Contraste de hipótesis.....	38
2.9.	Discusión forense	39
2.9.1.	Sobre la personalidad de la evaluada y su adecuación al rol de curador	39
2.9.2.	Sobre las competencias de cuidado de la evaluada y su capacidad para asumir el mismo	39
2.9.3.	Sobre las limitaciones de la evaluación psicológica forense realizada	42
2.10.	Conclusiones.....	42
	Referencias bibliográficas.....	44
Anexo A.	Documentación del comité de ética de investigación	51
Anexo B.	Resultados de las pruebas psicométricas realizadas.....	52
Anexo C.	Solicitud de inicio de expediente de provisión de apoyos	59

Índice de figuras

Figura 1. Tipos de medidas de apoyo.....	8
Figura 2. Procedimiento de provisión de medidas de apoyo: la curatela.....	13
Figura 3. Evolución de los procedimientos de provisión de medidas de apoyo.....	14
Figura 4. Resultados obtenidos en el CUIDA en eneatis.	34
Figura 5. Resultados obtenidos en el MMPI-2-RF en puntuaciones típicas.....	35
Figura 6. Resultados obtenidos en el PAI en puntuaciones típicas.....	36

Índice de tablas

Tabla de contenido	2
Tabla 1. <i>Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo.</i>	15
Tabla 2. <i>Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.</i>	19
Tabla 3. <i>Estilo de personalidad del cuidador.</i>	20

1. Marco teórico

1.1. La curatela como medida de provisión de apoyo a personas con discapacidad

1.1.1. La capacidad jurídica

Se entiende por *capacidad jurídica* la aptitud genérica, abstracta o teórica, para ser titular de derechos y deberes, que corresponde a toda persona por el solo hecho de serlo (Aranda et al., 2022).

Relacionado con ella, tradicionalmente se utilizaba el concepto *capacidad de obrar* de la persona, entendido como “*la aptitud de poner en movimiento por sí mismo los poderes y facultades que surgen de sus propios derechos, y en general, para desenvolverse con autonomía en la vida jurídica*” (Botello, 2015, p.619), es decir, de ejercitar la capacidad jurídica. Asociada a la capacidad de obrar, se utilizaba la figura de la incapacitación en aquellos casos en que la persona no podía desempeñarla de forma adecuada por padecer algún tipo de discapacidad física o mental.

Con los avances legislativos de los últimos años, se ha sustituido el antiguo concepto de incapacitación, quedando ahora preservada la capacidad de la persona, y estableciéndose las medidas de apoyo pertinentes y proporcionales en función de sus características y necesidades para el correcto ejercicio de la capacidad jurídica (Sánchez, 2022).

1.1.2. La Ley 8/2021 y las nuevas medidas de apoyo

En 2006 fue aprobada en Nueva York la norma jurídica más importante y completa a nivel mundial para las personas con discapacidad (PcD), la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Botello, 2015). Este autor señala algunos de los principios que componen esta norma, como pueden ser el respeto a la dignidad, la autonomía, la independencia, y la participación e inclusión plenas, entre otros. En España, la Convención de Nueva York fue ratificada en el año 2007, momento a partir del cual el Estado se vio obligado a adaptar la legislación vigente por entonces a esta nueva norma.

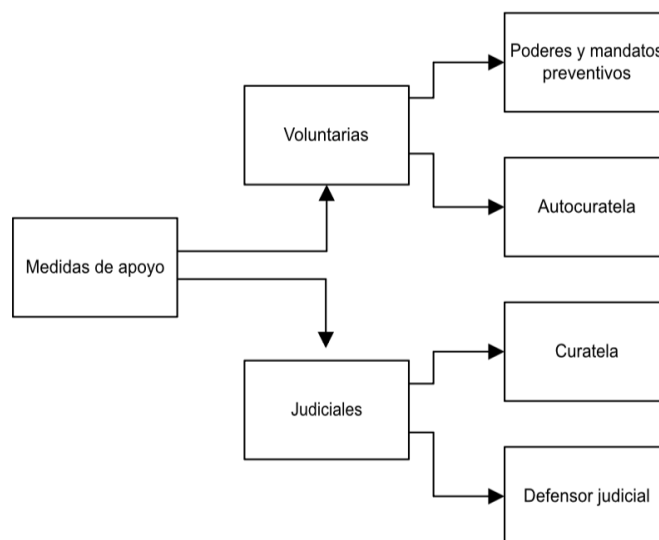
Es importante señalar en este punto que, a nivel jurídico, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, recoge la definición de PcD como aquella que presente “*deficiencias físicas,*

mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (art. 1).

Como consecuencia de la evolución de la discapacidad a nivel jurídico y en congruencia con la nueva concepción de esta, se aprueba la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, cuyo objetivo fundamental es que las PcD puedan recibir los apoyos adecuados para el ejercicio de su capacidad jurídica, evitando así restricciones en la misma que no sean estrictamente necesarias (Calabuig, 2023). Se busca así, como recoge la autora, que cada persona tenga la posibilidad de tomar sus propias decisiones, en función de sus preferencias y deseos, a pesar de que su capacidad se vea limitada en algún punto. El ordenamiento jurídico da entonces un giro, pasando de la predominante sustitución en la toma de decisiones al respeto a la voluntad de la propia persona con discapacidad (Arnau, 2022).

Siguiendo nuevamente a Arnau (2022) y atendiendo al derecho ya mencionado de la PcD a tomar sus propias decisiones, se establecen diferentes medidas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica. Por un lado, y siempre que sea posible, las primeras a tener en cuenta, están las medidas de carácter voluntario; por otra parte, solo en casos en los que la voluntad de la persona se encuentre afectada, se podrán establecer medidas de apoyo judiciales (figura 1). Por último, en casos muy excepcionales, podrá darse la representación en la toma de decisiones.

Figura 1. Tipos de medidas de apoyo.



Fuente: elaboración propia.

1.1.3. La curatela

En el Título XI del Código Civil, y de acuerdo con la modificación realizada por la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, se define la curatela como una *“medida formal de apoyo que se aplicará a quienes precisen el apoyo de modo continuado. Su extensión vendrá determinada en la correspondiente resolución judicial en armonía con la situación y circunstancias de la persona con discapacidad y con sus necesidades de apoyo”*. Así, la propia ley recoge que las medidas determinadas por la autoridad judicial dentro de la curatela serán proporcionales a las necesidades presentadas por la persona, y estarán siempre orientadas a mantener el máximo nivel de autonomía posible en el ejercicio de la capacidad jurídica, respetando su voluntad, deseos y preferencias. Así, se considera que la curatela se apoya en cuatro principios básicos: necesidad, temporalidad, proporcionalidad y personalización (Munar, 2018; Montañés, 2021).

Tomando como referencia esta serie de principios, se establece que la curatela tendrá de forma habitual un carácter asistencial, estableciendo el juez aquellas áreas personales y patrimoniales donde apoyará el curador para un adecuado desempeño de la capacidad jurídica, siempre respetando la voluntad de la PcD. Es esta una figura más flexible, orientada

a la asistencia y la supervisión, e idónea para aquellas personas que conservan cierta autonomía, pero necesitan ayuda en cuestiones económicas o de tipo legal. Solamente en casos excepcionales, cuando las funciones cognitivas y volitivas de la PcD estén severamente afectadas y esta requiera de un apoyo más intenso, la curatela podrá ser de tipo representativo y el curador tomará las decisiones en su nombre, respetando siempre la trayectoria vital, los valores y las creencias de la propia PcD (Berrocal, 2022). No obstante, la autoridad judicial determinará en la sentencia correspondiente las áreas y actos concretos en los que el curador ejercerá la representación, que no tendrá un carácter absoluto (Jurado y Dujo, 2022). Además, también se pueden constituir curatelas mixtas si la situación lo requiere. Se establece en la Ley 8/2015 que podrán asumir el papel de curadores aquellas personas mayores de edad consideradas aptas por la autoridad judicial que valore el caso, pero también personas jurídicas sin ánimo de lucro destinadas a promocionar la autonomía y asistencia de las personas con discapacidad.

Por el contrario, no podrán ser curadores:

- 1) Quienes hayan sido excluidos por la persona que precise apoyo.
- 2) Quienes por resolución judicial estuvieran privados o suspendidos en el ejercicio de la patria potestad o, total o parcialmente, de los derechos de guarda y protección.
- 3) Quienes hubieren sido legalmente removidos de una tutela, curatela o guarda anterior.

Añadido a lo anterior, el artículo 276 del Código Civil establece que la autoridad judicial debe nombrar curador a quien así lo decida la propia persona necesitada de la figura de apoyo, salvo que concurra alguna de las causas previstas en la propia ley. Si no existiera o no pudiera darse la propuesta, nombrará curador, siguiendo este orden, a:

- 1) Al cónyuge, o a quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, siempre que conviva con la persona necesitada de apoyo.
- 2) Al hijo o descendiente, teniendo preferencia en el caso de que sean varios el que conviva con la persona que precisa el apoyo.
- 3) Al progenitor o ascendiente, dando prioridad, al igual que en el caso anterior, al que conviva con la persona con discapacidad en caso de que fueran varios.

- 4) A quien el cónyuge o la pareja conviviente o los progenitores hubieran dispuesto en testamento o documento público.
- 5) A quien estuviera actuando como guardador de hecho.
- 6) Al hermano, pariente o allegado que conviva con la persona necesitada de apoyo.
- 7) A una persona jurídica en la que concurran las condiciones recogidas por la ley.

En cuanto a las funciones que asume al curador, y a las que se compromete legalmente al asumir el ejercicio de esta figura, el artículo 282 del Código Civil recoge las siguientes:

- a) Mantener contacto con la persona a la que se presta el apoyo, y desempeñar el papel con la diligencia precisa.
- b) Asistir a la PcD en el ejercicio de su capacidad jurídica, respetando siempre su voluntad, sus deseos y sus preferencias.
- c) Procurar que la PcD pueda llevar a cabo siempre su propio proceso de toma de decisiones.
- d) Fomentar las aptitudes de la PcD, de forma que cada vez requiera de menos apoyos para el ejercicio de su capacidad jurídica.

La curatela puede extinguirse por diferentes motivos, bien sea por el fallecimiento de la persona necesitada de apoyo, bien por resolución judicial al no ser ya necesaria la medida de apoyo u optarse por una más adecuada (Munar, 2018).

1.1.4. El procedimiento de provisión de medidas judiciales de apoyo

El Código Civil español, de acuerdo con la Ley 8/2021, recoge en su artículo 269 que la autoridad judicial será la encargada de constituir la curatela mediante resolución motivada, y solamente cuando no exista otra medida apropiada que preste un apoyo suficiente a la PcD. Así mismo, en la resolución se recogerán los actos concretos para los que la persona necesitará el apoyo del curador en función de sus necesidades.

De acuerdo con la legislación actual, la vía legal preferente para el procedimiento de provisión de medidas de apoyo judiciales es la jurisdicción voluntaria. No obstante, podrá convertirse en un proceso contencioso cuando exista oposición o el expediente no haya podido resolverse (López, 2022). Esta autora describe el procedimiento de forma sencilla en dos fases:

- 1) Una fase escrita.
- 2) Una fase de comparecencia con la persona con discapacidad.

Es importante conocer que no cualquier persona está habilitada para iniciar el expediente de provisión de medidas de apoyo, aunque sí para notificar la situación de necesidad al Ministerio Fiscal y que este proceda. La Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, en su artículo 42 bis, recoge que los actores legitimados para realizar este trámite ante el Juzgado de Primera Instancia del lugar donde resida la PcD son:

- a) El Ministerio Fiscal.
- b) La propia persona con discapacidad.
- c) El cónyuge no separado de hecho o legalmente, o quien se encuentre en situación asimilable.
- d) Descendientes, ascendientes y hermanos de la PcD.

Explicado de una forma sencilla y sin ánimo de profundizar en cuestiones judiciales y procesales, la Ley 15/2015 señala que la solicitud de inicio de expediente debe presentarse acompañada de documentación que justifique la necesidad de adopción de medidas de apoyo, incluyendo *“dictamen pericial de los profesionales especializados de los ámbitos social y sanitario, que aconsejen las medidas de apoyo que resulten idóneas en cada caso. Asimismo, se propondrán aquellas pruebas que se considere necesario practicar en la comparecencia”* (art. 42 bis b). En el anexo C del presente documento se incluye un ejemplo de solicitud de inicio de expediente de provisión de medidas de apoyo.

Una vez admitida a trámite la solicitud, la autoridad judicial citará a comparecencia, además de al o la solicitante, a todas aquellas personas que, estando legitimadas para promover este expediente, no lo hayan hecho (ya mencionadas anteriormente).

Siguiendo a la ley, la autoridad judicial podrá recabar antes de la comparecencia aquellas informaciones que considere necesarias, así como ordenar un dictamen pericial si lo considerase preciso para el caso. En la propia comparecencia, el juez se entrevistará con la PcD, a quien informará sobre las medidas de apoyo alternativas, y oirá también al resto de personas citadas que quieran ser escuchadas. Además, se practicarán todas aquellas pruebas que hayan sido propuestas por las partes y admitidas al proceso.

En este punto, una de las aportaciones más relevantes será la evaluación neuropsicológica forense de la PcD, que orientará al juez acerca del alcance de las medidas de apoyo que deberían adoptarse, pudiendo ir desde la total autonomía a la representación absoluta, pasando por la supervisión y el apoyo, en función de las limitaciones que presente la persona en las diferentes esferas. Las principales habilidades a tener en cuenta son las siguientes:

a) Habilidades de la vida independiente:

- Autocuidado
- Vestir
- Asearse
- Comer
- Deambular
- Realizar actividades cotidianas
- Realizar compras habituales
- Usar el teléfono
- Usar el transporte público
- Expresar deseos
- Solicitar ayuda
- Realizar actividades caseras (limpieza, orden, cocina...)

b) Habilidades económico-jurídico-administrativas:

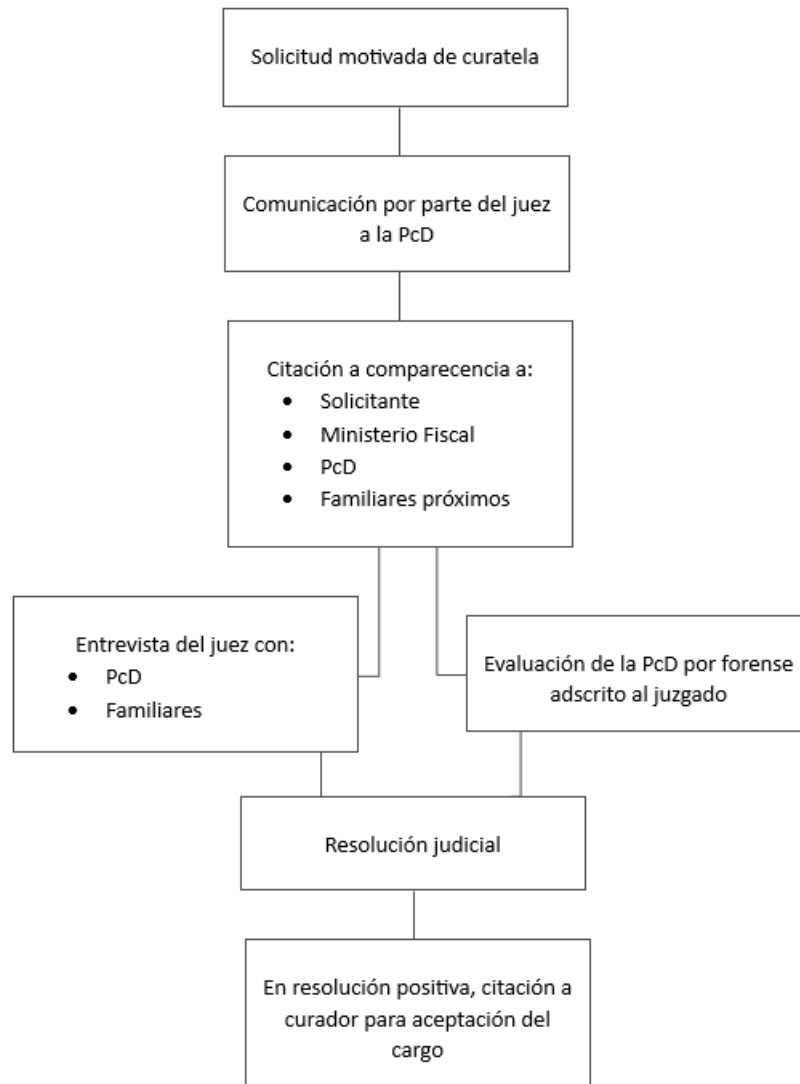
- Conocimiento de su situación económica
- Capacidad para tomar decisiones de contenido económico (seguimiento de cuentas, ingresos, gastos...)
- Capacidad para administrar sus ingresos
- Capacidad para manejo de dinero de bolsillo
- Capacidad para realizar actos de carácter económico complejos (prestamos, donaciones, compraventa de bienes...)
- Capacidad para realizar actos o resolver asuntos de carácter administrativo o jurídico

c) Habilidades sobre la salud:

- Seguimiento de pautas alimenticias
- Manejo de medicamentos
- Seguimiento de citas médicas
- Consentimiento del tratamiento
- Consentimiento para intervención quirúrgica

Para cada una de ellas, se determinará el nivel de apoyo requerido en el caso concreto.

Figura 2. *Procedimiento de provisión de medidas de apoyo: la curatela.*



Fuente: Berrocal, 2022.

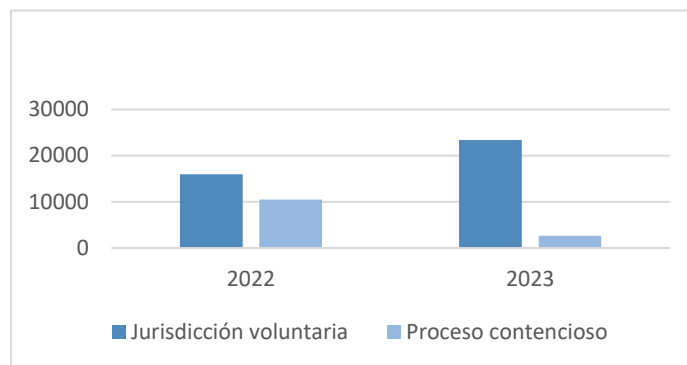
En el mismo artículo 42 bis de la Ley 15/2015, que se viene siguiendo para explicar el procedimiento, se refleja que el expediente finalizará si:

- a) La persona con discapacidad opta por una medida alternativa de apoyo.
- b) Si existe oposición de cualquiera de los interesados en la adopción de las medidas de apoyo solicitadas.

Será en este último caso cuando el procedimiento podrá pasar a la vía contenciosa si se presenta la correspondiente demanda.

A continuación, se muestra un gráfico en el que se recogen las cifras de procedimientos de provisión de medidas de apoyo finalizados, tanto por la vía de la jurisdicción voluntaria como por la contenciosa, desde la entrada en vigor de la Ley 8/2021. La trayectoria es breve, ya que aún no constan cifras del año 2024, pero se puede ver una clara tendencia al alza de la primera y a la baja de la segunda.

Figura 3. Evolución de los procedimientos de provisión de medidas de apoyo.



Fuente: Consejo General del Poder Judicial (2024).

1.2. La enfermedad de Alzheimer

1.2.1. Qué es la demencia o trastorno neurocognitivo

En el año 2012, Nitrini y Bruck recogieron la siguiente definición de *demencia*:

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades profesionales o sociales, es independiente de la presencia de cambios en el nivel de conciencia (es decir, no ocurre debido a un estado confusional agudo o delirio) y es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central (p. 76).

Con la llegada del DSM-5, el manual diagnóstico por excelencia en el ámbito psicológico y psiquiátrico, el término *demencias* ha sido sustituido por *trastornos neurocognitivos (TNC)*, que se dividen en tres tipos:

- a) Delirium.
- b) Trastorno cognitivo mayor.
- c) Trastorno cognitivo menor.

Así, los trastornos neurocognitivos, cuyos criterios diagnósticos se recogen en la tabla 1, engloban aquellos trastornos cuyo déficit principal y esencial es de tipo cognitivo y que, además, no se presentan desde el nacimiento ni son causa del desarrollo, sino que son adquiridos (American Psychiatric Association, 2013). Es importante señalar que los TNC leve y mayor se clasifican en diferentes subtipos dependiendo de la entidad etiológica que subyace al deterioro cognitivo. Así, el subtipo de demencia o TNC con mayor prevalencia es el causado por la enfermedad de Alzheimer, ocasionando muchas veces dudas sobre la diferencia entre una y otra (Garre-Olmo, 2007).

Respecto a la incidencia de la demencia en general, y la relacionada con la enfermedad de Alzheimer en particular, los estudios muestran que aumenta con la edad, con un crecimiento exponencial a partir de los 65 años (Garre-Olmo, 2018).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo.

Trastorno neurocognitivo mayor	Trastorno neurocognitivo leve
Evidencias de un declive cognitivo significativo en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social).	Evidencias de un declive cognitivo moderado en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social).
Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas.	Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas.
Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.	Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.	Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.

Fuente: American Psychiatric Association, 2013.

1.2.2. Qué es la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa descrita por primera vez en el año 1906, por un psiquiatra y neuropatólogo alemán llamado Alois Alzheimer. Su inicio se da en la edad adulta y es considerada la causa más frecuente de demencia, ocasionando un deterioro progresivo e irreversible en las funciones cognitivas, sobre todo en la memoria a corto plazo (Barragán et al., 2019; Valls-Pedret et al., 2010). Concretamente, la EA afecta de forma más específica a la memoria declarativa episódica, encargada de recordar los eventos más recientes (Navarro et al., 2015).

A nivel patógeno, la EA se relaciona con la acumulación cerebral de placas de β -amiloide y de proteína tau-hiperfosforilada, que lleva a la desestructuración neuronal por la ruptura de sinapsis, desencadenando la demencia (Barragán et al., 2019). No obstante, la causa de que esto ocurra no es única, sino que concurren varios factores como la edad, el componente genético, la dieta, la diabetes tipo 2 o el estado de salud cardiovascular de la persona, entre otros (Herrera-Rivero et al., 2010; Toro et al., 2022).

Respecto al diagnóstico, suele ser lento, ya que los propios Herrera-Rivero et al. (2010) señalan la necesidad de descartar otras casuísticas como infecciones, problemas vitamínicos o tiroideos, depresión (muy relacionada con la EA), tumores cerebrales o efectos secundarios de fármacos, por ejemplo. Se habrán de evaluar las funciones cognitivas y la memoria, y hacer pruebas de neuroimagen para conocer la afectación cerebral.

El DSM-5 (APA, 2013, p. 611) recoge como criterios diagnósticos de la EA los que siguen a continuación:

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (al menos dos dominios en el caso del TNC mayor).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Si aparece alguno de los criterios siguientes, se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable. Si no, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

- a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo.
- b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
- c. Sin evidencias de una etiología mixta.

Para el trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta lo anterior, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta.

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

En marzo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cifraba los casos de demencia en más de 55 millones en todo el mundo, de los cuales entre el 60 y el 70% corresponden a enfermedad de Alzheimer. Se conoce, además, que cada año hay en torno a diez millones de casos nuevos. En lo referente a España, la Sociedad Española de Neurología (2024) estima que más de 800.000 personas padecen EA.

1.2.3. Evolución de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer suele aparecer a partir de los 65 años, con una evolución lenta y progresiva a lo largo del tiempo (Barragán et al., 2019; Garre-Olmo, 2018), pasando de un inicio asintomático a una demencia grave en unos 20-30 años aproximadamente (Navarro et al., 2015). La APA (2013) señala, en cambio, que la supervivencia media tras el diagnóstico es de diez años.

Se diferencian varias fases en el curso de la EA, partiendo de una etapa susceptible hacia una subclínica, donde ya se producen las primeras lesiones cerebrales, aunque sin sintomatología, un deterioro cognitivo leve y, posteriormente, demencia (Toledo, 2011). Otros autores, como Manzano y Zea (2023) hablan solamente de dos etapas:

- 1) Preclínica: no hay alteraciones cognitivo-conductuales, pero sí se producen cambios biológicos en el cerebro.
- 2) Sintomática: se observa ya la presencia de síntomas cognitivos y conductuales.

Los anteriormente mencionados Navarro et al. (2015), describen una afectación inicial de las capacidades instrumentales más complejas, como recordar citas o conversaciones recientes, por ejemplo, evolucionando con el tiempo a una merma de las capacidades básicas, como el autocuidado. En etapas tempranas de la enfermedad, ocurren lapsus de memoria y también se dan dificultades para encontrar las palabras adecuadas en una conversación, y con el tiempo se podrán llegar a olvidar incluso nombres de personas y lugares conocidos (Herrera-Rivero et al., 2010).

1.2.4. Sintomatología de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza *“por la pérdida progresiva de la memoria, la orientación, el juicio y el lenguaje”* (Herrera-Rivero et al., 2010, p. 153). Así, con la afectación de la memoria episódica concurren otros síntomas cognitivos (Llibre-Rodríguez et al., 2022):

- a) Afasia, agnosia y apraxia.
- b) Dispraxia o falta de organización del movimiento.
- c) Dificultades en el lenguaje, que pueden llevar incluso al mutismo
- d) Dificultad visoespacial, con afectación de la orientación.
- e) Trastornos del juicio.

Pero no solo la afectación cognitiva es relevante, sino que se sabe que, en estadios medios y avanzados de la EA, aproximadamente el 90% de los pacientes padecen un trastorno de conducta. Puede ir desde cambios sutiles en la personalidad, como apatía o desinhibición, a problemas más importantes, como ideas delirantes, por ejemplo (Navarro et al., 2015). Algunos de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, incluida la EA, se recogen en la tabla 2 (Pérez y González, 2018).

Tabla 2. *Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.*

Síntomas psicológicos	Síntomas conductuales
Delirios	Vagabundeo
Alucinaciones	Agitación o agresión
Identificaciones erróneas	Resistencia a los cuidados
Depresión	Conductas sexuales inadecuadas
Apatía	Reacciones catastróficas (enfado y agresividad)
Ansiedad	

Fuente: Pérez y González, 2018.

Toda esta sintomatología hace que la persona con EA presente dificultades importantes en su vida diaria en múltiples áreas, desde tareas básicas como asearse, vestirse o comer, a comunicarse e interactuar con otros, o gestionar sus propias finanzas. Es por ello que, a medida que avanza la enfermedad, va perdiendo autonomía y necesitará cada vez mayor apoyo por parte de terceros para el desarrollo de esas actividades de la vida diaria (Martínez-Lage et al., 2018).

En contraposición, cabe señalar que la cognición y funcionamiento social, así como la memoria procedimental suelen estar preservadas durante toda o la mayoría de la enfermedad (APA, 2013).

1.3. La figura del cuidador

1.3.1. El papel y perfil del cuidador

La Real Academia Española (s.f.) recoge en su diccionario la definición del término *cuidar* como “*asistir, guardar, conservar*”, y lo considera un sinónimo de otros como proteger, defender, velar o atender. Ante la incapacidad para el desarrollo de la actividad diaria normal de forma

autónoma, hay un gran número de pacientes con demencia en general, y enfermedad de Alzheimer en particular, que necesitan de estos cuidados. Y se sabe que, en la mayoría de los casos, esta responsabilidad recae en un único miembro de la familia que actúa como cuidador principal (Sánchez y Fontalba, 2017). De hecho, *“alrededor de 40% de los cuidadores no reciben ayuda de ninguna otra persona, ni siquiera de familiares cercanos y tienden a rechazarlo aun necesitándolo”* (Angulo y Ramírez, 2016, p. 22).

El cuidador se define, por tanto, como la persona encargada de satisfacer las necesidades básicas y psicosociales del enfermo, supervisando y apoyando en su vida diaria (Pérez y Llibre, 2010). Estos autores, al igual que otros como Pascual et al. (2015) o Garzón-Maldonado et al. (2017,) señalan que la figura más habitual es la de una mujer (esposa o hija), casada, y mayor de 40 años, normalmente alrededor los 60.

En lo que atañe a lo psicológico, es importante tener presente la importancia de la personalidad del cuidador y el estudio de esta, que proporciona información relevante sobre las fortalezas y debilidades que presenta de cara a la tarea de cuidado. En un estudio realizado utilizando el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, se identificaron como características habituales del cuidador las descritas en la tabla 2 (De Andrés-Jiménez et al., 2011).

Tabla 3. Estilo de personalidad del cuidador.

Protección	Comportamiento dirigido al cuidado y bienestar de los demás por encima de las necesidades propias.
Sensación	Predilección por lo tangible y práctico, confían en la experiencia directa.
Sentimiento	Tendencia a dejarse afectar por los sentimientos, evalúan subjetivamente las consecuencias de sus acciones.
Conformismo	Tendencia a lo tradicional, relación respetuosa con la autoridad.
Aquiescencia	Son afables, con fuertes vínculos, procuran no mostrar emociones negativas.
Otros	Baja innovación y espontaneidad en el procesamiento de la información, poco ambiciosos, poco dominantes y poco egocéntricos.

Fuente: De Andrés-Jiménez et al., 2011.

Es importante señalar que, a parte de esta figura de *cuidador informal* que ejerce un familiar o persona allegada, también existe el *cuidador profesional*, cuando la persona que presta los cuidados lo hace de forma profesional (Lago y Alós, 2012).

1.3.2. Síndrome del cuidador quemado

La responsabilidad del cuidado de una persona dependiente conlleva una serie de consecuencias en la vida del cuidador, tanto a nivel familiar como individual, debidas a la organización, el esfuerzo físico o los cambios emocionales y conductuales, entre otros (Sánchez y Fontalba, 2017). Estos problemas físicos, mentales y/o socioeconómicos que se dan como resultado de la función desempeñada reciben el nombre de *carga*, la cual puede ser de dos tipos (Pérez y Llibre, 2010; Rubio, 2014):

- 1) Objetiva: relacionada con la alteración de la vida social, los recursos económicos y de tiempo invertidos y los problemas conductuales de la persona dependiente.
- 2) Subjetiva: percepción de la repercusión emocional de las exigencias derivadas del cuidado.

Como consecuencia de esta carga o sobrecarga asociada al cuidado, se ha identificado en la literatura científica el llamado *síndrome del cuidador quemado*, caracterizado por “*presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros*” (Martínez, 2020, p. 97).

Además de la salud, un estudio realizado por Rubio et al. (2018) reveló que dos de los aspectos que sufren un mayor impacto por la enfermedad en el cuidador son el económico y el relacionado con las redes de apoyo. Respecto al primero, afirman que el ejercicio de la figura de cuidador de una persona dependiente conlleva una serie de dificultades económicas, que, junto con una debilitación de las redes de apoyo al tener que limitar la vida social, repercute de manera negativa en la salud. La afectación económica guarda relación con la tendencia a perder el trabajo, que se suele ver motivada precisamente por la falta de apoyo, relacionando ambos aspectos mencionados (Angulo y Ramírez, 2016).

Respecto al nivel de sobrecarga que puede experimentar el cuidador principal, hay estudios que determinan que los factores más relevantes son la duración de la enfermedad desde el

diagnóstico, así como la agresividad, la agitación y el negativismo de la persona enferma (Angulo y Ramírez, 2016). En relación con esto último, se sabe que estos síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, junto con otros como la apatía, las alucinaciones, la ansiedad o la depresión, afectan de forma importante a la salud y la calidad de vida del cuidador (Garzón y Pascual, 2018). Y es una correlación positiva, ya que a medida que aumenta el deterioro cognitivo del enfermo, puede aumentar el nivel de estrés, frustración, ansiedad, depresión y otros problemas de salud del cuidador (Baldin et al., 2016).

Un estudio de Esandi y Canga-Armayor (2011) recoge como factores causales de la sobrecarga del cuidador, identificados en diferentes investigaciones, además de la situación económica y los recursos de ayuda y soporte ya mencionados, los siguientes:

- a) Relación entre el cuidador y el enfermo: cuanto más cercana, mayor será el nivel de sobrecarga debido a la alta implicación emocional.
- b) Modo en el que el cuidador asume este rol: la imposición u obligación afectarán negativamente.
- c) Edad y sexo: aunque los datos no son concluyentes, parece que las mujeres sufren mayor sobrecarga que los hombres, así como los cuidadores de edad avanzada respecto de los jóvenes.
- d) Tiempo como cuidador: a medida que aumenta el tiempo de cuidado, crece la posibilidad de sufrir estrés y problemas emocionales.
- e) Estrategias para el manejo del cuidado: un enfoque positivo y una adecuada capacidad de resolución de problemas actuarán como factores protectores.

Resulta de gran importancia, por todo lo anterior, tener en cuenta el perfil y necesidades del cuidador, para poder tomar las medidas necesarias, tanto de formación como de acompañamiento, que eviten en la medida de lo posible la sobrecarga y las consecuencias de esta.

1.4. Evaluación psicológica forense en el ámbito de la discapacidad

En los procesos de provisión de medidas de apoyo judiciales a las personas con discapacidad, el papel del psicólogo forense puede ser de utilidad en dos aspectos diferentes: la valoración de la propia PcD, y la de la persona o personas optantes a ejercer el apoyo.

1.4.1. Valoración de la persona con discapacidad

Cuando una persona no pueda ejercer adecuadamente su capacidad jurídica, como se ha visto anteriormente, será pertinente realizar una evaluación psicológica forense para determinar qué necesidades concretas tiene y qué medidas de apoyo requiere para compensarlas. Así, el informe pericial psicológico resulta relevante para el juez a la hora de comprender el grado de discapacidad de la persona, sus competencias, limitaciones y necesidades, ya que son cuestiones en las que no es experto (García, 2024). La pericial, con el objeto de ayudar a la autoridad judicial en la toma de decisiones sobre la medida a adoptar y el carácter y alcance de esta, deberá recoger al menos los siguientes aspectos sobre la PcD (Fernández, 2021):

- a) *Habilidades para la vida independiente*: relacionadas con el autocuidado y la vida diaria, como higiene, alimentación, movilidad, tareas domésticas, etc.
- b) *Habilidades económico-jurídico-administrativas*: incluyen la capacidad para conocer su situación económica y gestionar sus bienes, tomar decisiones financieras, realizar compras cotidianas, realizar disposiciones testamentarias, etc.
- c) *Habilidades para la salud*: capacidad para comprender su situación médica, manejar medicamentos y cumplir con un tratamiento, tomar decisiones relacionadas con la salud, etc.
- d) *Habilidades para el transporte y el manejo de armas*: relacionadas con la conducción de vehículos y el uso de armas de cualquier tipo, principalmente.
- e) *Habilidades en relación con el propio procedimiento*: vinculadas a la capacidad de comprender el propio procedimiento en el que se encuentra inmerso y el alcance de este, así como de manifestar su voluntad al respecto.

En este caso, será el neuropsicólogo forense el profesional más apropiado para realizar una evaluación del desempeño cognitivo y el funcionamiento neuropsicológico del sujeto. Dependiendo del nivel de deterioro cognitivo, conductual y psicológico observado, la capacidad intelectual y volitiva será diferente, y lo serán también, por tanto, los apoyos requeridos por la persona (Guzmán et al., 2019). El informe pericial emitido será, por ello, muy valioso en la orientación al juez de cara a la toma de decisiones y la provisión de medidas adecuadas.

1.4.2. Valoración de la idoneidad de la figura de apoyo

Además de lo anterior, y sobre lo que versa el informe pericial desarrollado en este trabajo, el psicólogo forense puede participar en el proceso realizando una valoración de la idoneidad de la persona o personas que asumirán el rol de figura de apoyo (en el caso que se va a tratar, la curatela).

Al margen del orden de prioridad establecido en la Ley 8/2021, y ya mencionado, en relación con las personas optantes a asumir el papel de curador de una PcD, en el propio artículo 274 se establece que la autoridad judicial podrá prescindir de dicho orden y nombrar a quien considere más idóneo para comprender e interpretar los deseos y preferencias de la PcD. En esta idoneidad jugarán un papel clave diferentes factores, como el vínculo de confianza y afectivo y la convivencia (Munar, 2018).

Videgaín-Llaneras (2019) establece como fundamentales, dentro de las valoraciones que realiza el psicólogo forense en este tipo de intervenciones, las siguientes:

- Presencia de psicopatología.
- Vinculación emocional y afectiva entre la PcD y el posible curador.
- Actitud y motivación hacia el papel.
- Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Empatía hacia la PcD y conocimiento de la enfermedad.
- Capacidad de adaptación y de elaboración del duelo.

En la mayoría de los casos, como el que se tratará en el informe pericial incluido en este trabajo, la curatela lleva asociado el cuidado de la PcD. Ante esto, cobra especial importancia realizar una evaluación de las competencias de cuidado de la persona optante a ejercer esas funciones, valorando cuestiones como la asertividad, la empatía, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad o el equilibrio emocional, entre otras (García et al., 2007).

2. Informe pericial

2.1. Datos de identificación

2.1.1. Datos de identificación del perito

Alba Vázquez Roza, con número de colegiado XXXXXX, graduada en Psicología por la Universidad de Oviedo, máster en Intervención Social y Comunitaria por la Universidad de Sevilla, y estudiante de máster en Psicología Forense por la Universidad Internacional de La Rioja.

2.1.2. Datos de identificación del peritado

Nombre y apellidos: E. A. D.

Sexo: mujer

Estado civil: soltera

Fecha de nacimiento: 07/04/1990

Domicilio: Logroño (La Rioja)

2.2. Objetivo o motivo del informe

A petición de la peritada, se realiza una evaluación psicológica forense con el fin de valorar la idoneidad de la persona para asumir la curatela y cuidado diario de su abuelo, con enfermedad de Alzheimer, según su perfil de personalidad y competencias de cuidado.

2.3. Metodología

La evaluación psicológica forense sobre la que versa este informe se realizó de acuerdo con la siguiente cronología:

- 1) *Sesión 1:* llevada a cabo el día 27 de abril de 2025, con una duración de una hora y 50 minutos aproximadamente. Se estructuró de la siguiente manera:
 - a. *Presentación y entrevista semiestructurada:* 65 minutos de duración.
 - b. *Aplicación de Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA):* 17 minutos de duración.
 - c. *Aplicación del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI):* 25 minutos de duración.

2) *Sesión 2*: llevada a cabo el día 29 de abril de 2025, con una duración de una hora aproximadamente, y estructurada como sigue:

- a. *Aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*: 25 minutos de duración.
- b. *Aplicación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11*: 7 minutos de duración.
- c. *Cierre de la evaluación*: 30 minutos de duración.

Posteriormente se programará una tercera sesión de devolución de resultados con la evaluada, con fecha a convenir.

2.3.1. Entrevistas realizadas

Se realizó con E. A. D. una entrevista de tipo semiestructurada con el objetivo de conocer la historia biográfica de la evaluada, así como la existencia de algún evento o circunstancia reseñable que pudiera ser relevante para el caso que se trata.

Así mismo, se hizo una exploración de la percepción de la situación familiar a lo largo del tiempo y el estado actual de la misma, profundizando en la relación con su abuelo, a cuya curatela se aspira.

Ello permitió, además, una observación y análisis de su cuidado personal, sus habilidades sociales y comunicativas, y los intereses subyacentes a la situación en la que se encuentra.

Además, el día 5 de mayo de 2025 se realizó una entrevista semiestructurada con el padre de la evaluada, M. A. V., con una duración de 40 minutos. Ello permitió obtener información general de una fuente externa sobre la trayectoria y estilo de vida personal y familiar de la peritada.

2.3.2. Instrumentos utilizados

Las pruebas psicométricas utilizadas en la evaluación pericial fueron las siguientes:

- CUIDA. Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (Bermejo et. al, 2014). La utilidad de la prueba se encuentra en la evaluación de ciertas variables que pueden orientar sobre la idoneidad de la evaluada para asumir las funciones de cuidado de la persona dependiente. Tiene una estructura factorial con 14 escalas de primer orden (autoestima, empatía, flexibilidad, etc.) y

cuatro de segundo, que permiten definir un perfil de personalidad considerando las competencias relevantes o deseables.

- PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007. Adaptación española: Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011; 2013). Se considera oportuno realizar una evaluación de la personalidad, con el objetivo de detectar indicios de psicopatología o problemas relacionados con alcohol y drogas, entre otros, que pudieran afectar al desempeño del rol de cuidador. Para ello, el PAI cuenta con 22 escalas que arrojan información clínica, de relación interpersonal, de consideración ante el tratamiento y de validez de la propia prueba.
- MMPI-2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (Ben-Porath y Tellegen, 2008. Adaptación española: Santamaría, 2015). Con el objetivo de ampliar y contrastar la información sobre la personalidad de la evaluada, se aplica el MMPI-2-RF, que cuenta con 42 escalas sustantivas, a las que se añaden 9 escalas de validez de la prueba, y cuyo uso es habitual en el contexto forense. Las escalas sustantivas se dividen en: escalas de segundo orden (alteraciones emocionales, de pensamiento o de comportamiento), escalas clínicas reestructuradas (desconfianza, conducta antisocial o emociones negativas disfuncionales, entre otras), escalas de problemas específicos (somáticas, de internalización, de externalización e interpersonales), escalas de intereses y cinco escalas de personalidad psicopatológica.
- Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988. Adaptación española: Bellón et al., 1996). La valoración del apoyo social se ha considerado de suma importancia en el caso, siendo este una variable de gran influencia en el estrés de las personas cuidadoras. Este instrumento evalúa, a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, dos dimensiones del apoyo social percibido: el apoyo social confidencial (ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y el apoyo social afectivo (ítems 2, 3, 5, 9 y 11).

2.4. Hipótesis

- *Hipótesis 1 nula*: la evaluada no presenta rasgos de personalidad psicopatológicos que afecten a la idoneidad para ejercer la función de curador.
- *Hipótesis 1 alternativa*: la evaluada presenta rasgos de personalidad psicopatológicos que limitarían su desempeño como curador.
- *Hipótesis 2 nula*: la evaluada posee unas características y competencias que facilitarían el desempeño de las funciones de cuidado de una persona dependiente.
- *Hipótesis 2 alternativa*: la evaluada no posee las características y competencias necesarias para ejercer adecuadamente como cuidadora de una persona dependiente.

2.5. Situación actual

La presente evaluación psicológica forense se enmarca en el contexto del procedimiento civil de provisión de medidas de apoyo a G. D. N., varón de 79 años, abuelo de la solicitante y evaluada, y paciente con enfermedad de Alzheimer desde hace siete años, con un deterioro moderado de su salud en la actualidad.

La peritada, E. A. D., se encuentra en disputa con su prima A. P. D., siendo los únicos familiares directos de G. D. N. y estando las dos altamente interesadas en asumir la curatela de este y, con ello, su cuidado. Actualmente, tras el fallecimiento de la madre de la evaluada hace aproximadamente cuatro meses, ambas comparten la responsabilidad de cuidado de la persona dependiente, pero la relación entre ellas es distante y en ciertos momentos tensa, por lo que necesitan resolver legalmente la situación.

La evaluada indica que su prima solamente quiere hacerse cargo del abuelo en común para tener acceso a sus bienes económicos y poder instalarse en su domicilio, pero actualmente no está cumpliendo con el reparto de tareas de cuidado que ambas acordaron.

La solicitante demanda la presente evaluación e informe pericial con el objetivo de acreditar su idoneidad para el papel de curador ante el órgano judicial correspondiente.

2.6. Historia psicobiográfica

E. A. D. nació el 7 de abril de 1990 en Logroño, siendo hija única. Refiere una infancia feliz y completamente normalizada, residiendo con sus padres, viticultor él y funcionaria de la Tesorería de la Seguridad Social ella, en un piso del centro de la ciudad. Indica que no ha sufrido hasta el momento problemas de salud reseñables, más allá de una operación por peritonitis a la edad de seis años. Goza de un buen estado físico, practicando deporte a diario y manteniendo una alimentación adecuada; además, nunca ha sido fumadora ni ha consumido drogas, y el consumo de alcohol es limitado a situaciones puntuales de ocio.

Durante su etapa educativa, manifiesta que siempre fue una alumna aplicada y con buenos resultados académicos, además de un comportamiento siempre correcto en el aula. Su relación con el grupo de iguales ha sido siempre adecuada, conservando aún varias amistades del colegio con las que tiene un contacto estrecho.

Se licenció en Administración y Dirección de Empresas en la Universidad de la Rioja en el año 2016, y seguidamente complementó esta formación con un Máster Universitario en Gestión de Empresas. Tras ello, tuvo varios empleos temporales tanto en el sector administrativo como en comercio. Actualmente, trabaja desde el año 2020 en el departamento de administración de una reconocida bodega de la zona, y se siente muy realizada a nivel laboral, ya que le encantan sus funciones y tiene un horario de trabajo (de lunes a viernes, de 8:00 a 15:00 horas) que le permite dedicar tiempo suficiente al ocio y autocuidado, así como atender sus responsabilidades personales y familiares.

A nivel familiar, refiere que la educación recibida por sus padres siempre estuvo basada en la comprensión y el respeto, pero sin dejar de ser estrictos y exigentes, sobre todo en lo referente a sus estudios. Siente que ha recibido mucho cariño y dedicación por parte de ambos, incluso después de su divorcio, en el año 2018. Cuando esto sucedió, su padre se mudó a una segunda residencia que tenían en un pueblo de La Rioja, y ella siguió conviviendo con su madre en el domicilio familiar, donde continúa residiendo en la actualidad.

En cuanto a la familia extensa, siempre ha tenido una relación muy estrecha tanto con sus abuelos maternos como paternos, siendo los primeros los principales encargados de ayudar a sus padres con su cuidado cuando era pequeña. Su madre tenía una única hermana, casada y con dos hijos, uno de los cuales se fue del país hace varios años y cortó la relación con toda la

familia. En cuanto a su otra prima por parte materna, dos años mayor que ella, nunca han sido especialmente afines por sus diferencias de carácter y estilo de vida, pero han compartido mucho tiempo juntas durante su infancia y mantienen una relación cordial. Su tía falleció en el año 2020 por complicaciones derivadas de la Covid-19, y su abuela lo hizo dos años antes a causa de un infarto cerebral.

Por el contrario, su familia paterna es mucho más numerosa, ya que su padre tiene cinco hermanos, y con todos ellos mantienen un contacto estrecho, reuniéndose de forma habitual tanto con ellos como con sus primos periódicamente, en cumpleaños, navidades y otras fechas significativas.

En lo referente a sus relaciones interpersonales, la evaluada cuenta con un círculo íntimo de amistades que, como se ha comentado anteriormente, conserva desde el colegio. Son tres amigas con los que tiene un contacto diario y se ven todas las semanas. Además de ello, cuenta con otro grupo también muy cercano, de unas cinco personas, que se forjó en la Universidad, y con las que también comparte momentos de ocio prácticamente todas las semanas. Manifiesta que con todas ellas puede contar para todo, y siempre la han ayudado y apoyado en los malos momentos por los que ha pasado en los últimos tiempos.

A nivel emocional, indica que nunca ha tenido problemas psicológicos que hayan requerido de ayuda profesional. Se considera una persona resiliente, que siempre ha podido resolver las situaciones difíciles con el apoyo de los suyos. Refiere dos momentos clave que han sido especialmente difíciles para ella: por un lado, en septiembre de 2023 finalizó su relación con el que había sido su pareja durante cinco años; por otro, hace poco más de cuatro meses, su madre falleció a causa de un infarto de miocardio. Respecto a esto último, reconoce que aún está pasando por el proceso de duelo, pero siempre ha mantenido una actitud positiva y se ha centrado en los aspectos positivos de su vida para salir adelante.

En lo referente al caso, la evaluada explica que su madre era la encargada principal del cuidado de su abuelo y el apoyo en la gestión de sus bienes y asuntos cotidianos hasta el momento de su muerte. Cuentan con una persona interna, Y., que les ayuda desde hace dos años en las tareas de cuidado de la persona dependiente y de limpieza y mantenimiento del hogar. Tiene un patrimonio que exige un control riguroso, ya que es propietario de dos viviendas y tres locales que, en la actualidad, se encuentran alquilados y son una fuente de ingresos mensual,

aunque su gestión también resulta una responsabilidad. En el momento en el que comenzó el deterioro de las funciones cognitivas de su abuelo, E. A. D. se encargó de ayudarlo en este tipo de cuestiones, que no entrañan para ella gran dificultad dada su formación y experiencia profesional en el ámbito administrativo. Han ejercido, por tanto, tanto ella como su madre, un apoyo informal durante los últimos años.

En su momento, tanto su madre como su tía consideraron oportuno mantener a su abuelo en su domicilio habitual durante el mayor tiempo posible, descartando internarlo en un centro especializado, aunque acude tres veces por semana a un centro de día durante cuatro horas por la mañana para realizar, sobre todo, actividades de estimulación cognitiva.

Durante los últimos meses, se ha coordinado con su prima para las labores de cuidado en semanas alternas. Sin embargo, refiere que esta no ha cumplido con la atención que su abuelo requiere, poniéndose Y. varias veces en contacto con ella al no poder contar con su prima o haber llegado esta al domicilio con claros síntomas de embriaguez. Cuenta que siempre ha tenido unas amistades bastante conflictivas y es conocido por toda la familia su consumo habitual de sustancias estupefacientes, por lo que no tiene dudas de que el interés por asumir la curatela es meramente económico.

Su máximo interés, sin embargo, es darle a su abuelo la mejor atención y la mayor calidad de vida posible en el tiempo que viva, a la vez que realizar una adecuada gestión de sus bienes. Todo ello, manteniendo siempre el compromiso y respeto a las rutinas diarias, creencias y valores de la persona dependiente, con el objetivo de preservar su bienestar.

2.7. Exploración psicopatológica

La peritada muestra una actitud de total colaboración durante la evaluación, estableciéndose un rapport adecuado con la evaluadora. La orientación espaciotemporal es buena, manteniendo una correcta atención y sin indicios de alteraciones del pensamiento o perceptivas. Se evidencia un buen ajuste con la realidad, así como un nivel de inteligencia dentro de la normalidad. En referencia a su apariencia, mantiene un aspecto aseado y una vestimenta apropiada al contexto y a la época del año.

Respecto al lenguaje utilizado, es apropiado al contexto y corresponde con lo esperado en relación con el nivel educativo de la evaluada. Mantiene un discurso fluido, coherente y

organizado, no tiene problemas para expresar sus opiniones y pensamientos. Durante la entrevista utiliza un tono correcto, mostrándose tranquila, cómoda y receptiva a las preguntas realizadas por la evaluadora. Demuestra expectativas de futuro realistas, teniendo en cuenta su situación actual y las posibles dificultades venideras.

No refiere dificultades en cuanto a memoria y concentración, ni tampoco problemas de sueño. Estado de ánimo eutímico; afirma que la situación en la que se encuentra en estos últimos meses le genera cierto nivel de ansiedad, pero esto no limita en ningún caso sus actividades cotidianas. En el plano emocional, es una persona sensible, pero con una gran capacidad de resiliencia y afán de superación. Tiende a la racionalización de las circunstancias a las que tiene que hacer frente, y se observa buena capacidad de reflexión y actitud empática. Se emociona en ciertos momentos al hablar de su madre, dado lo reciente y repentino de su pérdida.

No existen antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, ni tampoco enfermedades médicas conocidas. De igual forma, no mantiene hábitos tóxicos más allá del consumo puntual de alcohol en contextos de ocio, principalmente de fin de semana y únicamente “tres o cuatro cervezas”. Durante la entrevista, no se observan indicios de alteraciones psicopatológicas de ningún tipo.

A nivel relacional, actualmente no tiene pareja, pero mantiene una red de apoyos extensa, tanto familiar como de amistades. Se implica en dichas relaciones y se preocupa por ayudar a las personas a las que quiere, especialmente en momentos vulnerables. Se esfuerza en mantener contactos de calidad.

Esto último ha sido constatado en la entrevista mantenida con su progenitor, que la define como una persona tranquila, siempre dispuesta a ayudar a los demás y muy “entera” en las situaciones difíciles. Reconoce que, tras el divorcio de su mujer y el posterior fallecimiento de esta, E. A. D. siempre ha estado muy pendiente de él y mantienen una relación muy estrecha. Indica que fue una niña y adolescente “fácil”, que nunca les dio grandes preocupaciones y continúa sin hacerlo hoy en día, ya que tiene una vida organizada y sana.

En referencia a su abuelo materno, el padre de la evaluada indica que desde pequeña ha estado muy unida a sus cuatro abuelos, a los que ha visitado siempre de forma muy asidua. Comenta que, desde el momento del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, ha colaborado en todo lo necesario con su madre, ha acompañado a su abuelo a consultas médicas, se ha

encargado de las tareas de aseo y alimentación siempre que ha sido necesario, y ha mostrado una paciencia y responsabilidad admirables. Considera que E. A. D. es plenamente consciente de la responsabilidad que supone la curatela, y tiene capacidad y fortaleza suficientes para hacerle frente a los desafíos que puede implicar.

2.8. Resultados

2.8.1. De la evaluación de las competencias de cuidado

Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA)

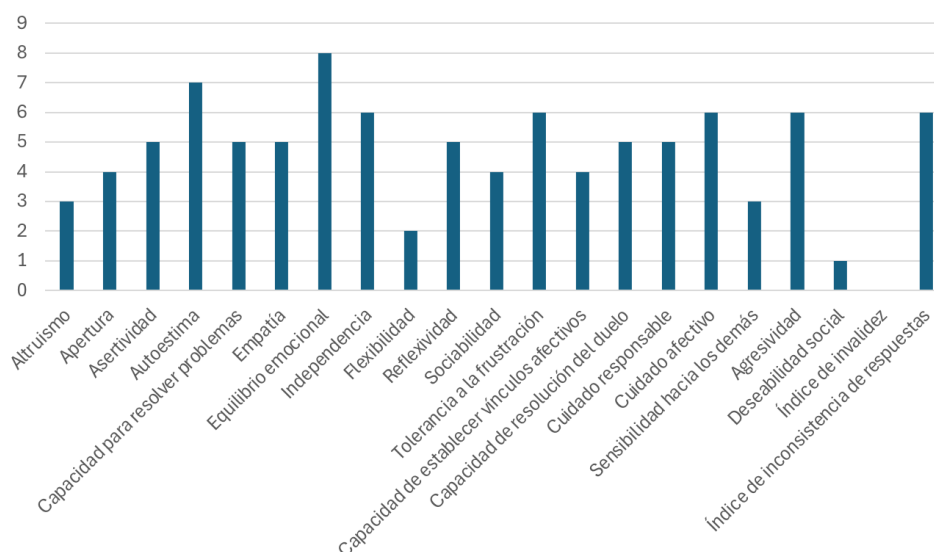
La evaluada presenta puntuaciones normales en las escalas *Invalidez* e *Inconsistencia de las respuestas*, por lo que el perfil es interpretable. En *Deseabilidad social* la puntuación es muy baja (En=1), lo que indica que no hay un especial interés por mostrar una imagen favorable, sino una actitud de sinceridad en sus contestaciones.

En las escalas primarias, se observan puntuaciones significativamente bajas en *Altruismo* (En=3) y *Flexibilidad* (En=2). Esto define a una persona a la que le cuesta hacer favores y que, aunque puede percibir las necesidades de los demás, no se siente comprometida a prestar ayuda o no lo considera necesario. Además, le resulta difícil aceptar puntos de vista diferentes a los suyos y asumir que las cosas no son como desearía. Esta falta de flexibilidad se identifica también con una persona ordenada y disciplinada, con una vida altamente organizada y estructurada.

Por otra parte, se han identificado puntuaciones altas en *Autoestima* (En=8) y *Equilibrio emocional* (En=8). Se trata de rasgos propios de una persona satisfecha consigo misma, que se acepta tal y como es y reconoce su valía. Además, es tranquila, poco aprensiva y capaz de controlar sus emociones en situaciones que pueden producir un alto nivel de estrés. Así mismo, se muestra una persona reflexiva, que analiza la situación en la que se encuentra y busca alternativas acordes a la realidad.

En cuanto a los factores de segundo orden, la evaluada puntúa bajo en *Sensibilidad hacia los demás* (En=3), encontrándose el resto en el rango normal. Esto coincide con los resultados arrojados en las escalas primarias, en cuanto a que define a una persona poco afectada por las necesidades ajenas, y que no suele implicarse en los problemas de los demás.

Figura 4. Resultados obtenidos en el CUIDA en eneatis.



Fuente: elaboración propia.

2.8.2. De la evaluación de la personalidad

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF)

El primer nivel de análisis de la prueba corresponde a las escalas de validez. La evaluada ha respondido a todos los ítems, mostrando una actitud colaboradora y proporcionando un perfil interpretable. No obstante, la puntuación obtenida en la escala *Validez del ajuste* ($T=67$) es significativamente alta, lo que, teniendo en cuenta el resto de los resultados y la ausencia de otros indicios de inconsistencia, simulación o disimulación, puede ser signo de un muy buen nivel de ajuste psicológico de la peritada.

En cuanto a las dimensiones globales, se encuentran puntuaciones significativamente bajas en *Alteraciones emocionales o internalizadas* ($PT=31$) y *Alteraciones del pensamiento* ($PT=37$). Esto muestra una persona con un ajuste emocional superior a la media, sin presencia de síntomas asociados a este tipo de alteraciones psicológicas.

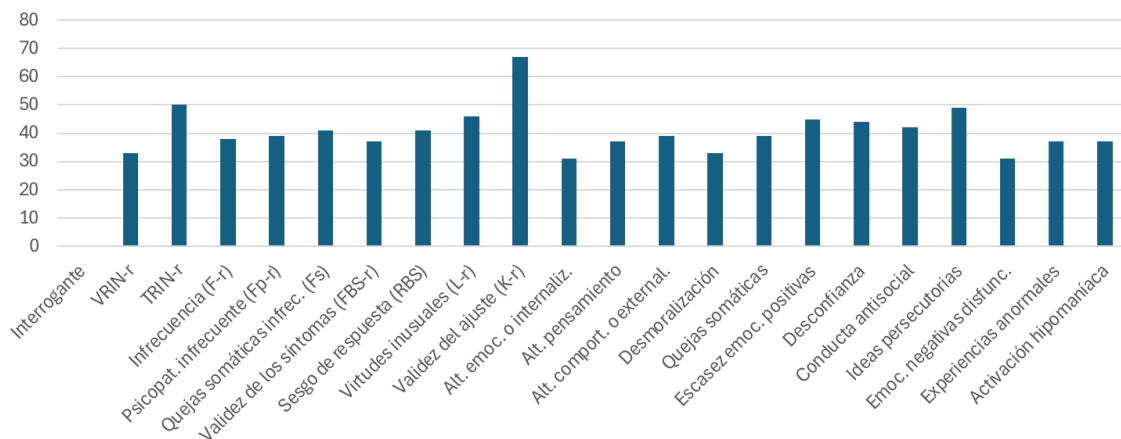
Centrando la atención en las escalas clínicas reestructuradas, la evaluada obtiene puntuaciones ligeramente bajas en varias de ellas. Por un lado, el resultado en *Desmoralización* ($PT=33$) indica un nivel de ánimo y satisfacción vital por encima de la media. Unido a ello, la escala *Emociones negativas disfuncionales* ($PT=31$) muestra a una persona que

afirma experimentar menos emociones negativas que la población general. Por otra parte, según la prueba se trata de alguien con un nivel de activación e implicación con su entorno ligeramente bajo, de acuerdo con la escala *Activación hipomaniaca* (PT=37).

Las escalas sobre problemas específicos se encuentran, en todos los casos, dentro de la normalidad o en rangos ligeramente inferiores a la media, denotando la ausencia de características psicopatológicas. Resulta relevante reseñar un nivel de estrés o preocupación por debajo de la media (*STW*, PT=38), al igual que su nivel de activación y energía (*ACT*, PT=37). No se observan tampoco dificultades o problemas de ansiedad social (*SHY*, PT=37).

Por último, los resultados de las cinco escalas de personalidad patológica muestran un perfil carente de alteraciones o distorsiones en el pensamiento (*PSYC-r*, PT= 35), con una conducta extremadamente controlada (*DISC-r*, PT=37) y con una experimentación inferior a la media en cuanto a emociones negativas como inseguridad o preocupación (*NEGE-r*, PT=35).

Figura 5. Resultados obtenidos en el MMPI-2-RF en puntuaciones típicas.



Fuente: elaboración propia.

Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

La evaluada presenta puntuaciones normales en todas las escalas de validez de la prueba, aunque sobresale mínimamente en *Impresión positiva* (PT=53). Se considera aun así un perfil válido, en el que no se ha pretendido distorsionar la imagen, respondiendo de forma consistente y con la atención requerida. Esto se ve respaldado por las puntuaciones también

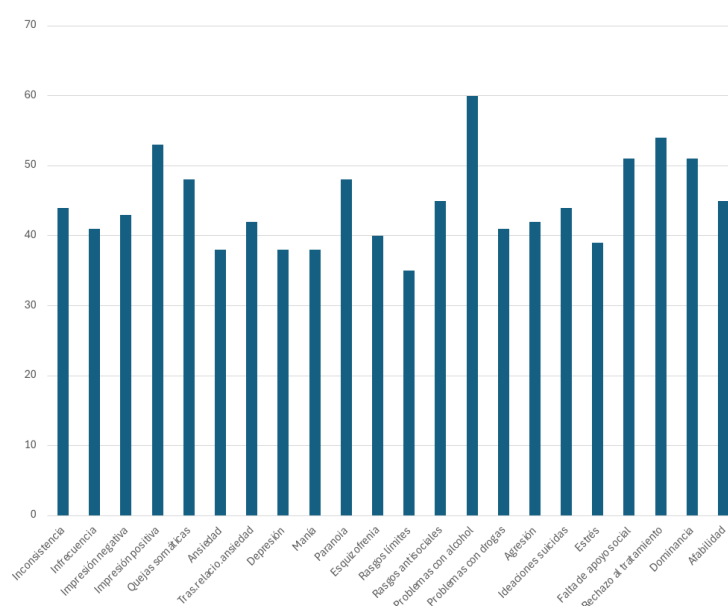
normales en todos los índices complementarios de validez, descartando así sospechas de simulación y/o disimulación.

En las escalas clínicas se observa una puntuación baja en *Ansiedad* (PT=38), indicativa de una ausencia de temor que puede llevar, en ocasiones, a una falta de precaución. No obstante, los resultados de las subescalas correspondientes se encuentran dentro de la normalidad. Por otra parte, la puntuación de la escala *Problemas con el alcohol* se encuentra en el límite (PT=60), indicando la existencia de un consumo regular de alcohol. Este dato no resultaría, en principio, preocupante ya que el índice complementario estimado es normal, pero sería importante contrastar la información en otras pruebas o fuentes.

Respecto a las escalas relacionadas con el tratamiento, se obtiene una alta puntuación (PT=54) en *Rechazo al tratamiento*, generalmente propia de una persona satisfecha consigo misma que no considera necesarios grandes cambios en su comportamiento.

Finalizando con las subescalas, la peritada presenta un nivel medio-bajo en *Inestabilidad emocional* (PT=36), *Alteración de la identidad* (PT=39) y *Nivel de actividad* (PT=38). Estos resultados son propios de una persona con un nivel de actividad bajo, con una ligera apatía e indiferencia y cierta restricción emocional, pero con un autoconcepto estable.

Figura 6. Resultados obtenidos en el PAI en puntuaciones típicas.



Fuente: elaboración propia.

2.8.3. De la evaluación del apoyo social percibido

La puntuación total obtenida en el Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC-11 fue 48. En población española se ha establecido el punto de corte en 32, por lo que se puede afirmar que el apoyo social percibido por la evaluada es adecuado.

Respecto a las subescalas, los resultados han arrojado una puntuación de 26 en la de *Confidencialidad* y 23 en la *Afectiva*, considerándose también niveles adecuados. Se entiende, por tanto, que la peritada cuenta con personas con las que comunicarse cuando lo necesita, así como con demostraciones de cariño, amor y empatía por parte de otros.

2.8.4. Integración de datos

Las escalas de validez de los diferentes instrumentos aplicados coinciden en una alta colaboración en la evaluación por parte de E. A. D., sin indicios de simulación ni disimulación que pudieran estar afectando a los resultados. La atención prestada ha sido correcta, siendo congruente con la demanda voluntaria por su parte.

Se observa en la evaluada un ajuste emocional superior a la media, sin ninguna sintomatología psicopatológica. Tiene un buen autoconcepto, sintiéndose totalmente segura de sí misma y con una alta satisfacción vital. Además, los resultados coinciden en que tiene una personalidad tranquila, poco aprensiva y capaz de controlar sus emociones en situaciones que pueden producir un alto nivel de estrés. Puede alterarse relativamente si las cosas no salen como desea, pero tiene capacidad para analizar la situación, reflexionar y canalizar estas emociones. De esta forma, se muestra una persona reflexiva, que analiza la situación en la que se encuentra y busca alternativas acordes a la realidad.

Los diferentes resultados identifican un perfil que se adapta bien a los cambios y cuyos intereses dan riqueza a su vida, que acepta bien las críticas y consigue defender sus derechos respetando los de los demás, aunque en ocasiones se debate entre lo que desea hacer y lo que socialmente se considera adecuado. No obstante, le resulta difícil aceptar puntos de vista diferentes a los suyos y asumir que las cosas no son como desearía. Son rasgos que pueden ser propios de una persona ordenada y disciplinada, con una vida altamente estable, organizada y estructurada.

Se han encontrado resultados en parte contradictorios entre las entrevistas realizadas y los instrumentos aplicados en relación con el altruismo y la capacidad de ayuda. Pese a que tanto la evaluada como su progenitor hablan de una buena predisposición de ayuda a los demás, tanto el MMPI-2-RF como el CUIDA muestran a una persona con una implicación con su entorno ligeramente baja que, aunque es totalmente capaz de percibir las necesidades de los demás, no siente necesidad de implicarse en las mismas. Esto puede ser debido a cierta restricción emocional identificada en el PAI, ya que todas las pruebas muestran a una persona sin ningún tipo de problema en el ámbito interpersonal, con una adecuada capacidad para relacionarse y disfrutar de esas relaciones de una forma cómoda. Además, tiende a comprender a los demás y procura no herir sus sentimientos, manteniendo vínculos estrechos de apoyo con familia y amigos, contando con una red adecuada.

Tiene un estilo de apego seguro y es capaz de cubrir las necesidades físicas y psíquicas de las personas a su cargo. En relación con las pérdidas, es capaz de expresar y gestionar los sentimientos producidos por las mismas de forma adecuada, y de superar el dolor en un período de tiempo razonable.

Por último, en lo referente a hábitos tóxicos, el PAI arrojó un resultado que denotaba una mínima alarma en cuanto al consumo de alcohol, pero tanto el índice complementario correspondiente de dicha prueba como los resultados del MMPI-2-RF y la información obtenida en las entrevistas descartan un abuso de sustancias de cualquier tipo por parte de la peritada.

2.8.5. Contraste de hipótesis

Respecto a las hipótesis planteadas en la evaluación, se determina lo siguiente:

- *Hipótesis 1:* de acuerdo con la hipótesis nula, no se observan en los resultados de la evaluación alteraciones o rasgos psicopatológicos de ningún tipo que pudieran influir en el ejercicio de la curatela de una tercera persona dependiente.
- *Hipótesis 2:* los resultados de la evaluación indican que el perfil de E. A. D. es compatible con la idoneidad para asumir las funciones de curatela, en línea con la hipótesis nula. Los datos obtenidos sugieren una adecuada capacidad para la organización y estructura necesaria en el cuidado de una persona dependiente, a pesar de las puntuaciones bajas

en *Altruismo* y *Flexibilidad* en el CUIDA, las cuales no se consideran un impedimento insalvable para el ejercicio de la curatela en este contexto específico.

2.9. Discusión forense

2.9.1. Sobre la personalidad de la evaluada y su adecuación al rol de curador

Al adoptar el rol de curador, se asumen una serie de responsabilidades para con la persona dependiente que requieren de una correcta madurez y compromiso, pero también de ciertas características de personalidad que contribuyan a un desempeño óptimo.

Es fundamental tener en cuenta el necesario respeto por parte del curador a las voluntades, valores y creencias de la PcD a la hora de ejercer sus funciones (art. 282 del Código Civil), que debe ponerse en su lugar y actuar como considere que lo haría el propio curatelado en función de la situación. La evaluación psicológica realizada muestra que E. A. D. posee una adecuada empatía, de acuerdo con los resultados del CUIDA, que le permite ponerse en el lugar de los demás, respetando y tolerando sus decisiones, aunque en ocasiones le cueste comprenderlas o compartirlas. Además, el vínculo familiar estrecho que mantienen entre ambos facilita el conocimiento de esos valores y creencias de la PcD por parte de la optante a curador, al haber seguido su trayectoria vital previa al diagnóstico de la enfermedad.

Añadido a lo anterior, autores como Videgaín-Llaneras (2019) señalan como relevantes en la figura de apoyo características como una buena capacidad de elaboración del duelo, de resolución de problemas y de toma de decisiones, entre otras. Se ha comprobado en la evaluación realizada que E. A. D. es competente en todas ellas.

No se debe obviar, respecto a la gestión de los bienes que implica una curatela representativa, que la peritada viene realizando apoyo informal a dicha gestión del patrimonio de su abuelo durante los últimos años sin inconvenientes conocidos. Añadiendo a ello su formación y experiencia profesional en el ámbito administrativo, se puede entender que tiene las competencias requeridas para asumir la responsabilidad de forma eficaz.

2.9.2. Sobre las competencias de cuidado de la evaluada y su capacidad para asumir el mismo

La tarea de cuidado de una persona dependiente es altamente exigente, por lo que autores como García y Rodríguez (2005) refieren la necesidad de que cuidadores y familiares adopten *“una actitud práctica, flexible y aprendan a detectar y resolver los problemas, según se*

presenten en la vida y en el desarrollo de la enfermedad” (p. 46). En el caso que se trata, la evaluada no destaca por un alto nivel de flexibilidad, ya que es una persona altamente estructurada, pero es capaz de analizar, reflexionar y buscar alternativas en situaciones que lo requieran, lo que, unido a su buena capacidad de resolución de problemas y su resiliencia, lleva a pensar que puede afrontar los retos asociados al papel de cuidadora de manera eficaz.

La apatía o indiferencia es uno de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia referidos por los cuidadores (Baldin et al., 2017), que puede producir en ellos desgaste y frustración. En este sentido, los resultados de la evaluación asocian a E. A. D. una buena tolerancia a la frustración y un control emocional que ayudarían a una correcta gestión y afrontamiento de las limitaciones de la PcD.

Baldin et al. (2017) y otros autores (Sánchez y Fontalba, 2017) identificaron además otros síntomas que pueden producir un nivel de estrés elevado en el cuidador, como la conducta motora aberrante, los delirios, la agresividad o las alucinaciones. En general, el deterioro cognitivo y los síntomas conductuales de la PcD tienen una correlación positiva con los problemas de salud, estrés, ansiedad o depresión del cuidador. En el caso de la evaluada, su elevado equilibrio emocional y la ausencia de problemas psicológicos de base jugarían un papel protector muy relevante. En cuanto a esta ausencia de alteraciones psicológicas, resulta muy interesante ya que se ha visto que la presencia de estas en el cuidador afecta negativamente al deterioro de la persona dependiente (Ablitt et al., 2010, como se citó en Garzón-Maldonado et al., 2017).

Como se ha comentado anteriormente, E. A. D. mantiene un estilo de vida estructurado, con un horario de trabajo que facilita la conciliación, y hábitos saludables en cuanto a ejercicio físico, alimentación y consumo de sustancias, sin presentar ninguna enfermedad o problema de salud. Este autocuidado personal resulta de gran interés a la hora de evitar un posible síndrome del cuidador, así como un deterioro de la salud que limitaría el adecuado cuidado de la PcD (Angulo y Ramírez, 2016). Estos autores señalan, por otra parte, el nivel educativo del cuidador como un factor clave en la sobrecarga, jugando en este caso a favor de la peritada junto con su conocimiento de la enfermedad de Alzheimer y la afectación que produce, dada la cercanía e implicación con el cuidado de su abuelo durante los últimos años.

Es importante en este punto hacer referencia a la paciencia que la tarea de cuidado requiere, que Montalvo (2007) relaciona con la aceptación y respeto hacia las actitudes y sentimientos de los demás. En los resultados de la evaluación se ha podido comprobar que la peritada tiene las habilidades requeridas para ello, así como una adecuada asertividad, que le permite defender sus necesidades y derechos sin perjudicar los del resto.

El fuerte vínculo emocional que la evaluada mantiene con su abuelo desde su infancia, así como su voluntariedad a la hora de asumir la curatela y cuidado de este, se traducen en una alta motivación que minimiza la rabia y la frustración que puede producir la asunción de la tarea de cuidado, así como el consiguiente sentimiento de culpa (Montalvo, 2007). No obstante, el mismo vínculo estrecho supone una mayor implicación que puede provocar niveles más altos de sobrecarga (Esandi y Canga-Armayor, 2011). Es, por tanto, importante que se dé la presencia en el cuidador de otros factores protectores.

Uno de estos factores protectores, a parte de los ya mencionados, es la existencia de una buena red de apoyo social que aporte ayuda al cuidador y le permita a este disponer de tiempo para el autocuidado (Esandi y Canga-Armayor, 2011; Molina et al., 2005). Los resultados de la evaluación del apoyo social percibido por parte de E. A. D. fueron positivos, contando la peritada con vínculos afectivos de calidad tanto con familiares como con amistades, y disfrutando de estas relaciones. Además, contar con una persona cuidadora profesional supone también un apoyo relevante a la hora de mantener esas relaciones y que no sea vean afectadas por una dedicación total a la PcD.

Por último, el estatus socioeconómico es un factor que afecta directamente al cuidador, ya que puede limitar el acceso a recursos de apoyo, materiales o dificultar la satisfacción de necesidades básicas (Laramendi y Canga, 2011; Montalvo, 2007). En este sentido, E. A. D. cuenta con una estabilidad económica demostrable, con un contrato de trabajo indefinido y sin cargas económicas como hijos, hipoteca, préstamos bancarios, etc. Esto, unido a los ingresos que la propia PcD obtiene mensualmente, permite de forma holgada el sustento del domicilio y las necesidades de su abuelo, así como contar con una persona de apoyo profesional para el cuidado de este o la asistencia a un centro de día. Esta posición económica favorable impulsa el afrontamiento de la situación (García y Rodríguez, 2005).

2.9.3. Sobre las limitaciones de la evaluación psicológica forense realizada

La evaluación realizada, pese a haberse hecho de forma ajustada a los estándares establecidos por la profesión y manteniendo el mayor rigor posible, no está exenta de limitaciones. Se destacan, principalmente, dos cuestiones:

- a) Una observación directa en el entorno habitual de la interacción entre E. A. D. y su abuelo aportaría información muy relevante de cara a la valoración del vínculo existente entre ambos, así como del trato que se da en la vida cotidiana.
- b) Una entrevista con Y., cuidadora profesional de la PcD, sería interesante de cara a conocer el tipo de cuidado que la evaluada viene prestando a su abuelo durante los últimos meses, así como realizar un contraste de la información proporcionada por otras fuentes.

2.10. Conclusiones

La perito firmante del presente informe ha redactado el contenido de este con imparcialidad, con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la psicología. Con todos los respetos a SSª y al Tribunal que corresponda, se emiten las siguientes conclusiones:

PRIMERA: de acuerdo con la evaluación psicológica realizada, no se observa en la evaluada ninguna alteración ni rasgo de personalidad psicopatológico. Tiene una personalidad adaptativa, con notables fortalezas en autoestima y equilibrio emocional, compatible con el rol de curadora y cuidadora principal.

SEGUNDA: según los resultados, es capaz de prestar un cuidado responsable y afectivo, que unido a su capacidad de resolución de problemas y su tolerancia a la frustración, indican un perfil adecuado en cuanto a competencias de cuidado.

TERCERA: la evaluada cuenta con una red de apoyo social adecuada, junto con una vida estructurada y organizada, compatible con la responsabilidad y dedicación que requiere el papel de curador.

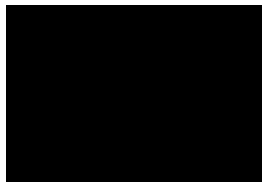
CUARTA: se identifican resultados puntuales en aspectos como altruismo, flexibilidad, problemas con el alcohol y rechazo al tratamiento, que, si bien no invalidan la idoneidad según

la integración de datos, sugieren áreas que deben ser consideradas y monitorizadas en el contexto de su rol como cuidadora, fomentando una adecuada gestión de las expectativas y posibles desafíos futuros.

Las presentes conclusiones se refieren a los objetivos demandados y a la aplicación de la metodología antes mencionada. Un cambio de las circunstancias o nuevos datos exigirían un nuevo análisis y podrían modificar los resultados.

Es cuanto cumple informar.

En Logroño, a 9 de julio de 2025



Referencias bibliográficas

- Angulo, A. M. y Ramírez, A. S. (2016). Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(1), 20-26. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2016.4887>
- Aranda, R., Díaz, M. R., Goñi, M., Mondéjar, M. I. y Pérez, M.P. (2022). *Guía de Derecho Civil. Teoría y Práctica*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Arnau, F. (2022). Aspectos polémicos de la Ley 8/2021 de medidas de apoyo a las personas con discapacidad. *Revista Boliviana de Derecho*, 33, 534-573. <https://hdl.handle.net/10550/100530>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Baldin, L., Teles, D., Michelato, N., Kusumota, L. y Marques, S. (2017). Síntomas neuropsiquiátricos de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y el desgaste de los cuidadores familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2751. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751>
- Barragán, D., García, M. A., Parra, A. y Tejeiro, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4338-4346. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2015). *MMPI-2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado* (3ª ed.) (P. Santamaría, adaptador). TEA Ediciones.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Parra, J. C., Polo, A., Sueiro, M. J., y Velázquez de Castro, F. (2014). *CUIDA: Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores* (4ª ed.). TEA Ediciones.

- Berrocal, A. I. (2022). El régimen jurídico de la curatela representativa como institución judicial de apoyo a las personas con discapacidad. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 17, 426-497. <https://doi.org/10.2307/ij.8500865.15>
- Botello, P. (2015). La Ley Orgánica 1/2015 y la curatela como medios eficientes de adaptación del artículo 12 de la Convención de la ONU sobre las Derechos de las Personas con Discapacidad a nuestro ordenamiento jurídico. *Revista de Derecho UNED*, 17, 615-638. <https://doi.org/10.5944/rduned.17.2015.16287>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7). 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Calabuig, A. M. (2023). *La curatela como medida jurídica de apoyo y representación de la persona con discapacidad*. [Trabajo Fin de Grado, Universitat Politècnica de València]. Repositorio institucional RiuNet. <https://riunet.upv.es/handle/10251/198570>
- Consejo General del Poder Judicial de España (2024). *Base de Datos de la Estadística Judicial Online*. Recuperado el 25 de marzo de 2025, de <https://www6.poderjudicial.es/PxWeb2023v1/pxweb/es>
- De Andrés-Jiménez, E., Limiñana-Gras, R. M. y Fernández-Ros, E. (2011). Personalidad y demencia: aproximación al perfil diferencial del cuidador. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(3), 85-94. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v1i3.21>
- Esandi, N. y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2011000200002>
- Fernández, J. M. (2021) [director]. *Guía de buenas prácticas sobre el acceso a la justicia de las personas con discapacidad*. Consejo General del Poder Judicial.
- García, A. y Rodríguez, J. C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los Cuidados*, 18, 45-51. <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.18.08>

- García, C. (2024). *Valoración psicológica para la determinación de apoyos a personas con discapacidad*. [Trabajo de Grado Profesional, Universidad de Antioquía]. Repositorio Institucional. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/41811>
- García, M. I., Estévez, I. y Letamendía, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Intervención Psicosocial* 16(3), 393-407. <https://doi.org/10.4321/s1132-05592007000300007>
- Garre-Olmo, J. (2007). Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. *Revista Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*, 35, 4-11.
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66, 377-386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
- Garzón, M. y Pascual, Y. (2018). Relación entre síntomas psicológicos-conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga percibida por sus cuidadores. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 277-284. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n2/1561-2961-enf-34-02-e1584.pdf>
- Garzón-Maldonado, F. J., Gutiérrez-Bedmar, M., García-Casares, N., Pérez-Erazquin, F., Gallardo-Tur, A. y Martínez-Valle, M. D. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 32(8), 508-515. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.023>
- Guzmán, J. A., Villalva, Á. F., Fernández, M. P. y Guzmán, L. (2018). La neuropsicología forense en la demencia. *Neuropsicología*, 2(2), 22-31. https://www.researchgate.net/publication/331683305_La_neuropsicologia_forense_en_la_demencia
- Herrera-Rivero, M., Hernández-Aguilar, M. E., Manzo, J. y Aranda-Abreu, G. E. (2010). Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. *Revista de Neurología*, 51, 153-164. <https://doi.org/10.33588/rn.5103.2009531>
- Jurado, P. y Dujo, V. (2022). Discapacidad intelectual y provisión de apoyos: repercusiones forenses tras la entrada en vigor de la ley 8/2021 de 2 de junio. *Psicopatología Clínica*,

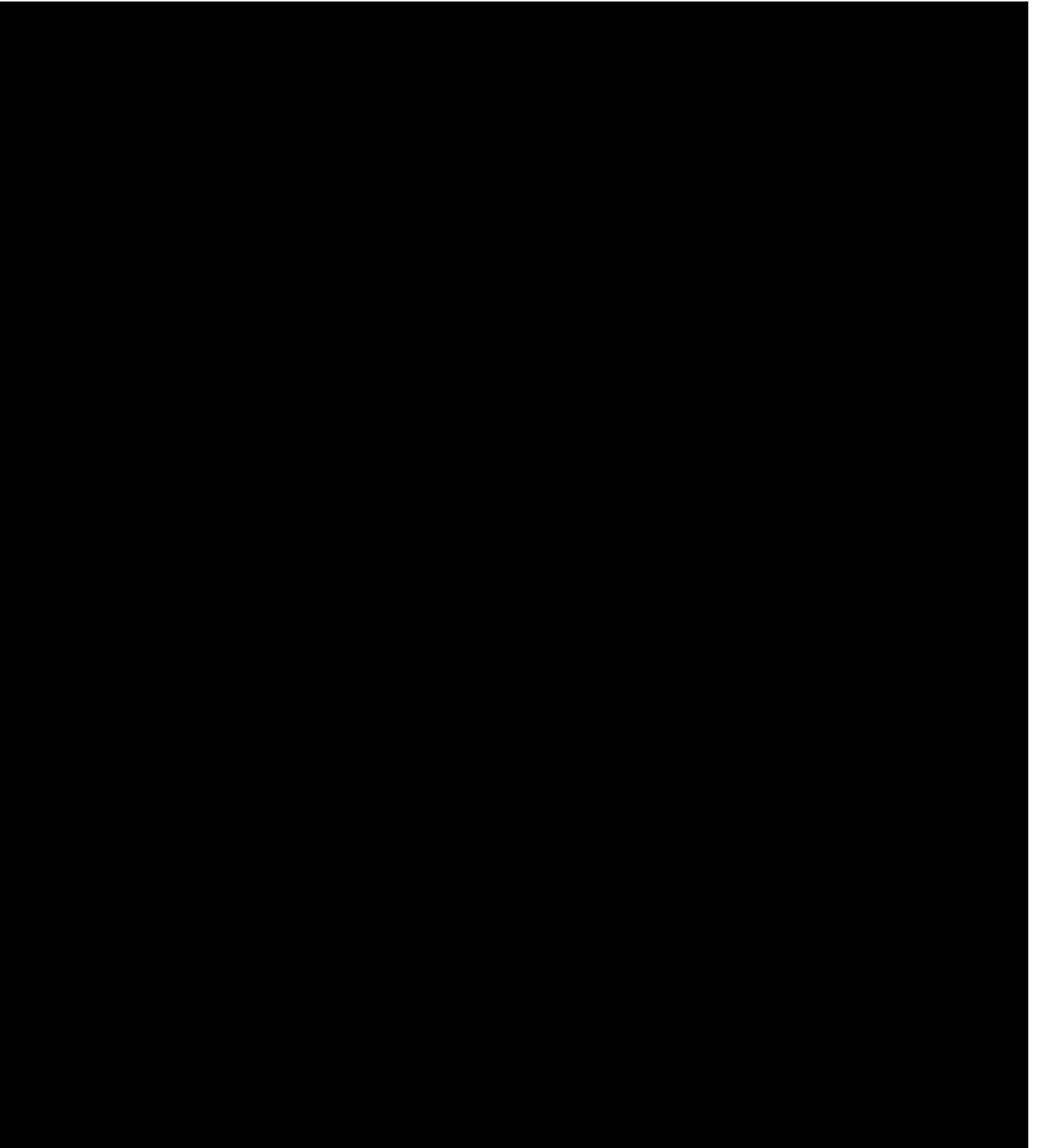
- Legal y Forense*, 22(1), 91-132.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8962545.pdf>
- Lago, R. y Alós, P. (2012). Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicógenas*, 15(27), 24-35.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113833>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/02/51/con>
- Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. *Boletín Oficial del Estado*, 158, de 3 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/02/15/con>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 3 de junio de 2021.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- Llibre-Rodríguez, J. J., Gutiérrez, R. y Guerra, M. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(3), 1-7.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4702>
- López, R. (2022). La adopción de medidas de apoyo a personas con discapacidad: la jurisdicción voluntaria y el procedimiento contencioso. *Cuadernos de Derecho Transnacional*, 14(2), 580-604. <https://doi.org/10.20318/cdt.2022.7196>
- Manzano, M. S. y Zea, M. A. (2023). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4360-4371.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.002>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>
- Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J. y Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista*

- Española de Geriátrica y Gerontología*, 53(1), 26-37.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
- Molina, J. M., Iáñez, M. A. y Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
<https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.817>
- Montalvo, A. A. (2007). Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Avances en Enfermería*, 25(2), 90-100.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9066598>
- Montañés, L. (2021). *Curatela como principal medida de apoyo de origen judicial en el ordenamiento jurídico español*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio institucional Zeguan. <https://zeguan.unizar.es/record/110464>
- Morey, L. C. (2011). *PAI: Inventario de Evaluación de la Personalidad. Manual de aplicación, corrección e interpretación* (2ª ed. revisada) (M. Ortiz-Tallo, P. Santamaría, V. Cardenal, y M. P. Sánchez, adaptadores). TEA Ediciones.
- Morey, L. C. (2013). *PAI: Inventario de Evaluación de la Personalidad. Manual técnico* (2ª ed.) (M. Ortiz-Tallo, P. Santamaría, V. Cardenal, y M. P. Sánchez, adaptadores). TEA Ediciones.
- Munar, P. A. (2018). La curatela: principal medida de apoyo de origen judicial para las personas con discapacidad. *Revista de Derecho Civil*, 3, 121-152.
<https://nreg.es/ojs/index.php/RDC/article/download/365/283>
- Navarro, E., Conde, M. A. y Villanueva, J. A. (2015). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4306-4315.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.01.002>
- Nitrini, R. y Bruck, S. M. D. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98.
<http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/316/259>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (15 de marzo de 2023). *Demencia*. Centro de prensa de la OMS. Recuperado el 29 de marzo de 2025 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

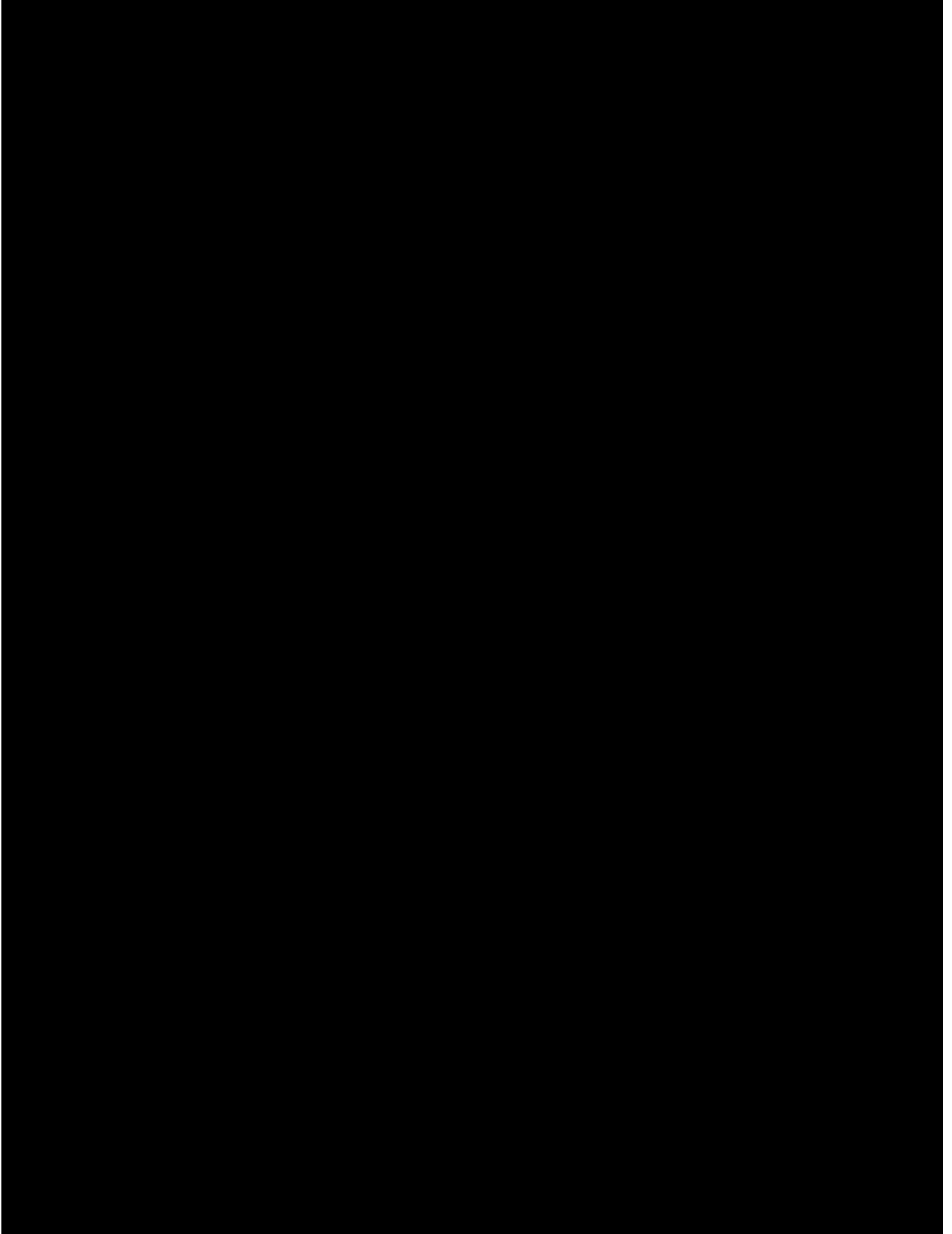
- Pascual, Y., Garzón, M. y Silva, H. (2015). Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf152b.pdf>
- Pérez, A. y González, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378-384. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>
- Pérez, M. y Llibre, J. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 104-116. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf04310.pdf>
- Real Academia Española [RAE] (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 30 de marzo de 2025 de <https://dle.rae.es>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Gaceta de Madrid*, 206, de 25 de julio de 1889. [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)
- Rubio, M. (2014). Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer. Estudio de caso. *Gerokomos*, 25(3), 98-102. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000300003>
- Rubio, M., Márquez, F., Campos, S. y Alcayaga, C. (2018). Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 29(2), 54-58. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00054.pdf>
- Sánchez, A. (2022). Aspectos generales de la reforma del Código Civil relativa a las personas con discapacidad intelectual en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Revista Boliviana de Derecho*, 33, 14-51. <https://hdl.handle.net/10550/100532>
- Sánchez, J. y Fontalba, M. (2017). Consecuencias del burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>
- Sociedad Española de Neurología. Departamento de prensa (19 de septiembre de 2024). *Las demencias ya suponen el 8% del total de defunciones que se producen cada año en España*. Departamento de prensa de la SEN. Recuperado el 29 de marzo de 2025 de <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link451.pdf>

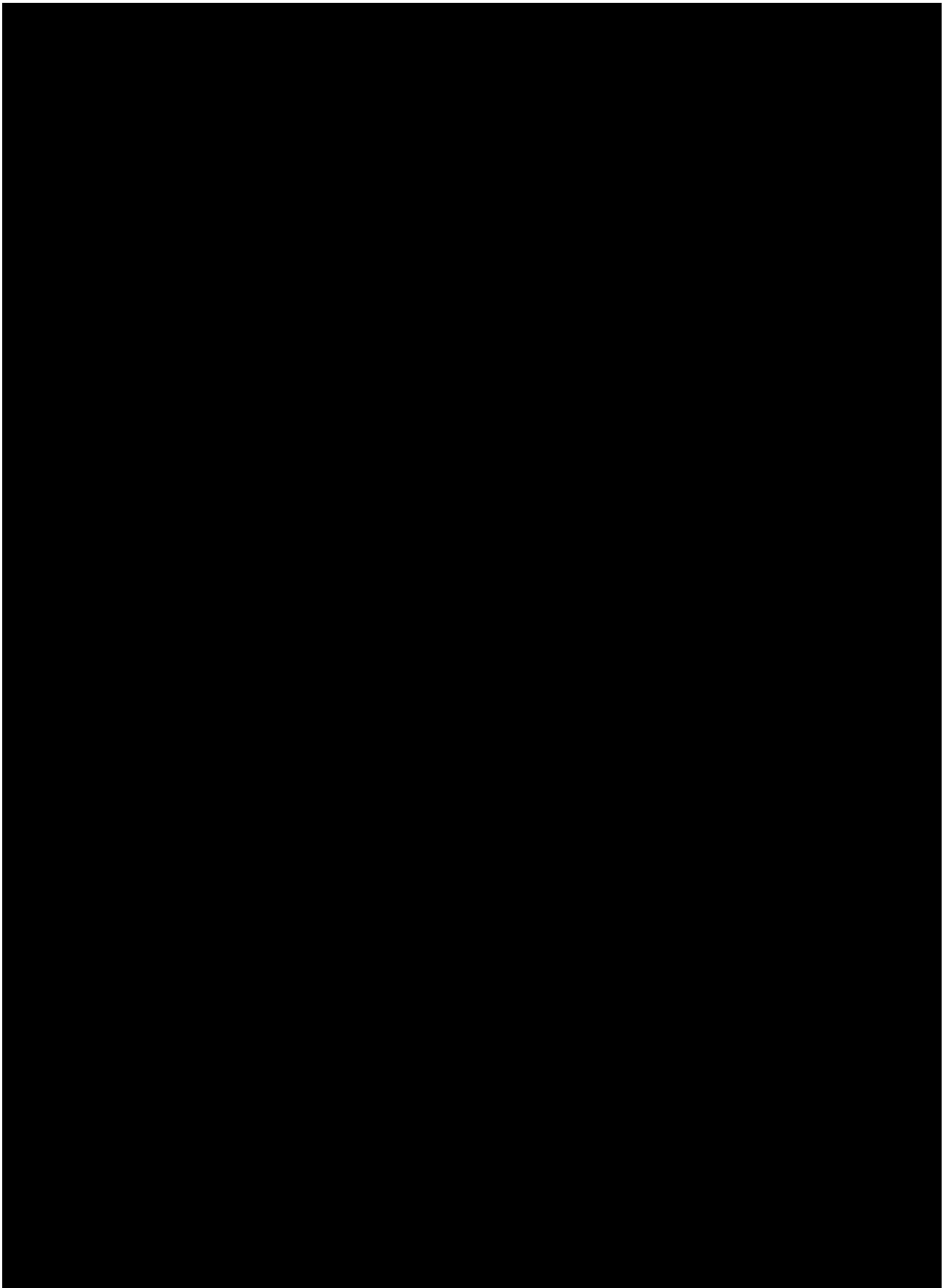
- Toledo, J. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*, 47, 16-23.
- Toro, M. J., Parra, D. R., Pacheco, N. V., y Alvarado, A. G. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *Recimundo*, 6(4), 68–76.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.68-76](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.68-76)
- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L. y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*, 51, 471-480.
<https://doi.org/10.33588/rn.5108.2010501>
- Videgaín-Llaneras, M. (2019). Trabajando como psicóloga forense en los juzgados de incapacidades y tutelas de Madrid. En Congreso General de la Psicología de España (Ed.), *Libro de Capítulos del IV Congreso Nacional de Psicología* (pp. 261-265). Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LIBRO-CAPITULOS-ALAVA2019.pdf>

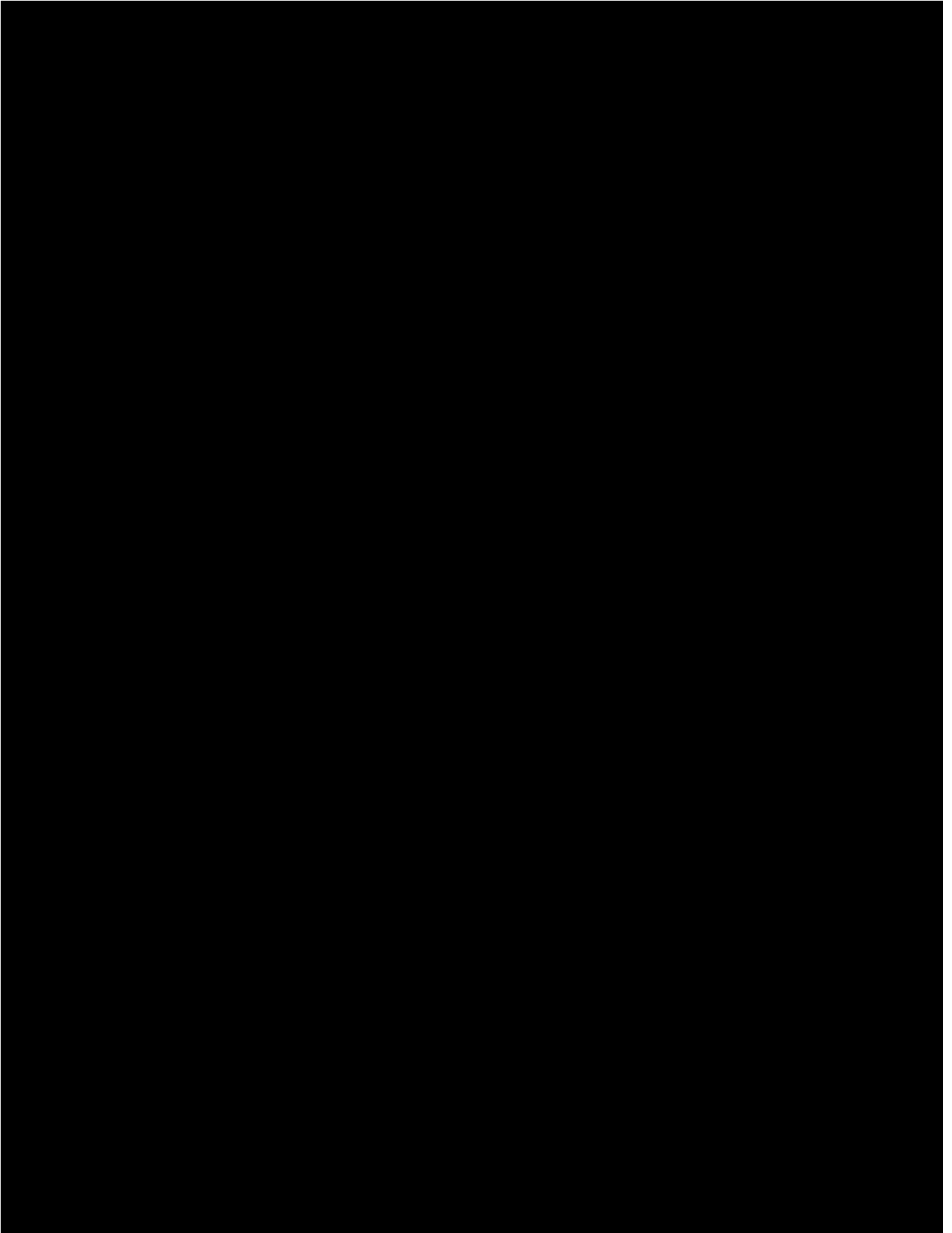
Anexo A. Documentación del comité de ética de investigación

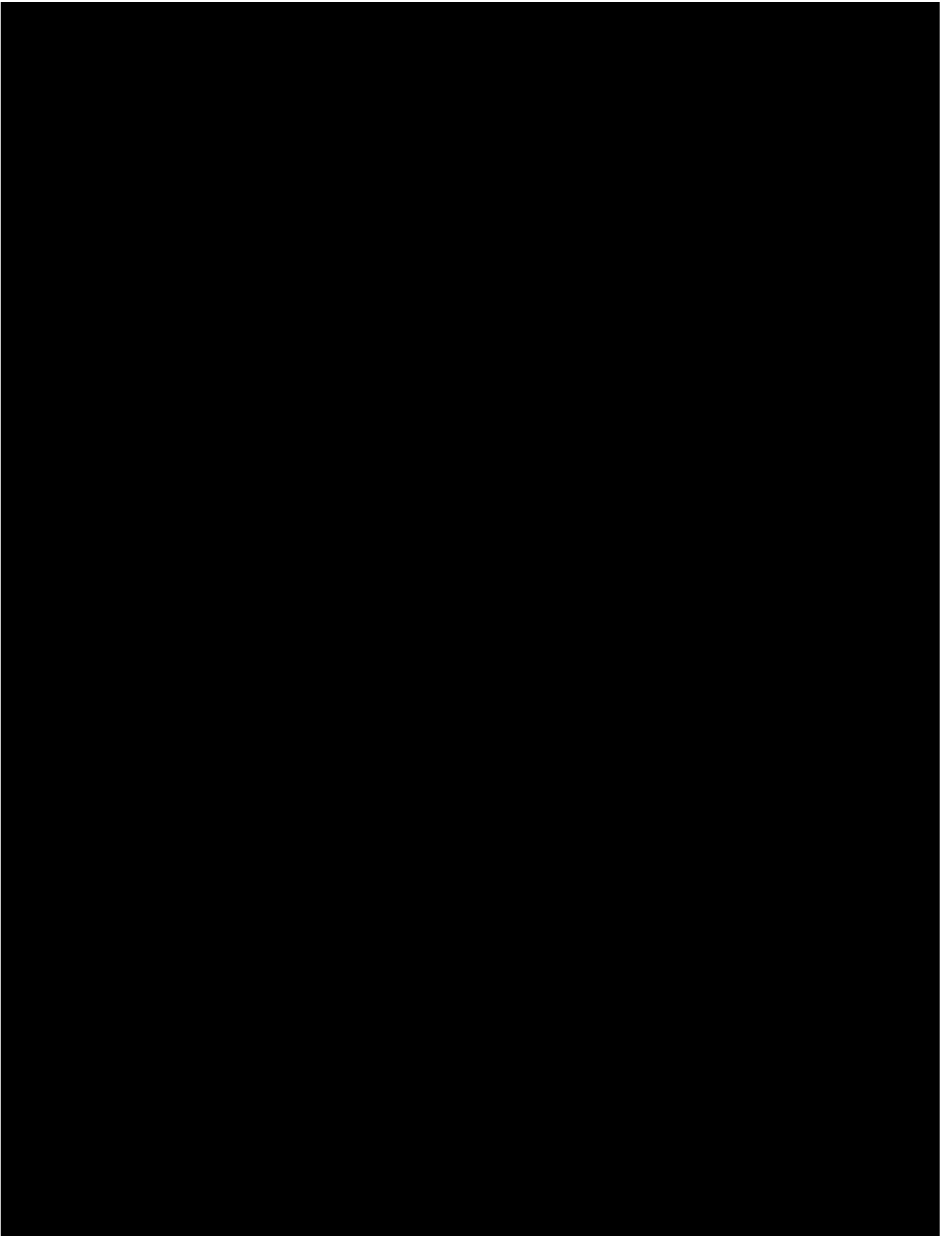


Anexo B. Resultados de las pruebas psicométricas realizadas









Anexo C. Solicitud de inicio de expediente de provisión de apoyos

