

22
2ej



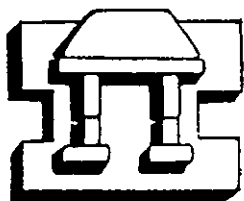
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

ALTERACIONES EN FAMILIAS CON PACIENTES DE ALZHEIMER. VISTAS DESDE EL MODELO SISTEMICO ESTRUCTURAL.

T E S I S E M P I R I C A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A N :
B O N I L L A H E R N A N D E Z M A R I B E L
C H A V E Z V I Z U E T E D I T H
M O N T I E L L E M U S A L F R E D O

ASESORES: LIC. IRMA ALARCON DELGADO
MTRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
LIC. ROQUE OLIVARES VAZQUEZ



IZTACALA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

271903

1999.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecemos a la Fundación Alzheimer; "Alguien con quien contar" I.A.P; por el apoyo brindado para la realización de la presente investigación.

A los familiares de pacientes con Alzheimer, que participaron en ésta investigación; por la confianza que tuvieron en nosotros, para desahogar un poco de la tensión, en la que viven.

Agradecemos a nuestros asesores.

A ti IRMA; por enseñarnos que no es grande el que sabe, sino aquel que sabe enseñar; por los momentos compartidos dentro y fuera de clases y finalmente por el empeño y dedicación que pusiste en la supervisión de ésta investigación.

A ti LUZ DE LOURDES; por enseñarnos que lo más importante de las cosas es la calidad y no la cantidad; por todas tus valiosas aportaciones y comentarios que permitieron enriquecer el trabajo.

A ti ROQUE; por fomentar en nosotros la seguridad de que todo se puede, si uno se lo propone; alcanzando así las metas trazadas, y por tu ayuda para éste trabajo.

A los tres por ser especiales, y más que asesores y maestros: ¡ AMIGOS PARA TODA LA VIDA !.

Maribel Bonilla Hernández.

Edith Chávez Vizuet.

Alfredo Montiel Lemus.

Esta tesis la quiero dedicar especialmente a mis padres; que me brindaron su apoyo, consejos y en los momentos difíciles me alentaron a seguir adelante, anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida; hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así, una etapa en mi vida, en la que siempre estarán en mi corazón.

Por ello, a Dios y a ustedes, gracias.

MARIBEL BONILLA HERNANDEZ.

Cierro los ojos y me encuentro rodeada
de voces y rostros amigos, de seres queridos
que me han ayudado en el trabajo diario.

i Son tantos ! que no quisiera
nombrarlos para no tener que
olvidar a alguien...

Mejor cierro mis ojos y los veo pasar
a todos, de uno en uno y a todos extendiendo
mi más ferviente agradecimiento.

Mil gracias por su fe, apoyo y
ejemplo, que han buscado conmigo,
mi desarrollo personal y profesional;
familiares, profesores,
compañeros y amigos.

Una y mil veces i GRACIAS !.

MARIBEL BONILLA HERNANDEZ.

Si en mis investigaciones he logrado mayores éxitos que otras personas, se debe menos a una capacidad intelectual superior, que al hábito de una reflexión paciente.

Newton.

Quiero dar las gracias a varias personas, que han estado conmigo en diversos momentos de mi vida, por ello espero no dejar a alguien al margen de éste agradecimiento.

A mis padres DANIEL CHAVEZ y ELBA VIZUET:
Porque ellos me enseñaron a ser responsable,
humana y honesta; las bases que me permiten
ser quien soy ahora.

A mis hermanas MAGDA y ELBA:
Con quiénes he compartido diversos
momento de la vida.

A mi cuñado RAMON VEGA:
Quién me ha enseñado a ser
firme a los anhelos.

A mi sobrino RAMON:
Quién me ha demostrado, la
magia que tiene una sonrisa.

A mis abuelos maternos y paternos:
Que me han enseñado, lo que la vida les
ha enseñado a ellos.

A todos mis tíos y primos:
Que me han permitido conocer
las otras caras que llega a
tener la vida.

Aquellos que dudaron de mi profesión:
Que pusieron obstáculos en mi camino y me
hicieron luchar para encontrar la salida.

A todos mis maestros:
Porque me guiaron al compartir
sus experiencias, y sembraron
en mi el interés por el
estudio.

A todos mis compañeros:
Por compartir su modo de ver la vida en clases.

A mis amigos:
Por ese hombro que siempre me ofrecieron,
por ese abrazo sincero que un día me
dieron, y esa mano amiga que aun sigue
extendida.

A MARIBEL BONILLA y ALFREDO MONTIEL:
Quiénes formaron parte de éste trabajo, que
junto con su empeño, dedicación y coraje
pudimos concluirlo.
Gracias por tantas cosas que pasamos juntos,
a lo largo de nuestra formación profesional.

A Dios:
Porque me dio la oportunidad de vivir, y
gracias a ello de ser; como una gota, que
no es nada, más que en oro es valorada,
gota de lluvia fresca y temprana que logre
satisfacer a mis semejantes, usando con
devoción, los dones que él me ha dado.

A todos, mil gracias.

EDITH CHAVEZ VIZUET.

A mis maestros:

Al gordo, al flaco, al visco,
al que sabia mucho, al prepotente,
al que no sabia ni lo que decia, al
que no se le entendia, al barco, al
sangrón; gracias por haber apoyado mi
formación como ser humano y mostrarme
que nada es perfecto y que todo mundo
se equivoca y siempre habrá quien sepa
más y por tanto siempre hay que superarse.

A mis padres:

Que me apoyaron en todo
momento en mi educación
y formación como persona.

A mis amigos:

XOCHITL, ANGELICA, MIGUEL,
FRANCISCO, MARISA; entre otros
que me apoyaron en momentos
difíciles y me inflaron mi ego.

A mis compañeras de tesis:

Que hasta donde pudieron me tuvieron
paciencia, aunque a veces me pasaba de
listo; y sobre todo a MARIBEL porque
aprendí mucho de ti como persona.

A mis asesores:

ROQUE, LULU y especialmente a ti
IRMA, porque ¡ que bárbara, que
paciencia tienes !

Y finalmente a mi inspiración secreta
(mis autores favoritos):

EDGAR ALLAN POE y H.P. LOVECRAFT que me
hicieron entender los misterios de una
mente que sufre; e ISACC ASIMOV, que me
mostró todo un universo y las complejidades
que implica el entendimiento de
sólo un segmento de la realidad a partir
de sus 4 leyes de la robótica y su psicología
robot, y con ello me dio el último
empujón para sentirme tan bien para
escoger la carrera de Psicología y al
estar en ella.

ALFREDO MONTIEL LEMUS.

I N D I C E:

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capitulo I.....	7 - 48
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.	
1.1) Demencias.....	9
1.1.1) Agudas.....	10
1.1.2) Crónicas.....	10
1.2) Definición de la	
Enfermedad de Alzheimer.....	11
1.3) Etiología de la	
Enfermedad de Alzheimer.....	15
1.3.1) Genéticas.....	16
1.3.2) Bio - químicas.....	17
1.3.3) Ambientales.....	17
1.4) Características de la	
Enfermedad de Alzheimer.....	19
1.5) Manifestaciones clínicas	
del Alzheimer.....	21
1.5.1) Memoria.....	21
1.5.1.1) Agnosia.....	23
1.5.1.2) Afasia.....	23
1.5.1.3) Apraxia.....	23

1.5.2) Cognición.....	24
1.5.3) Función motora.....	25
1.5.4) Comunicación.....	25
1.5.5) Alteraciones conductuales.....	26
1.5.6) Primera etapa (inicio).....	27
1.5.7) Segunda etapa (media).....	27
1.5.8) Tercera etapa (avanzada).....	28
1.6) Pruebas de detección.....	29
1.6.1) Nivel médico.....	29
1.6.2) Nivel neuropsicológico.....	30
1.6.3) Nivel psicológico.....	31
1.7) Tratamiento de la	
Enfermedad de Alzheimer.....	32
1.7.1) Nivel médico.....	33
1.7.2) Nivel psicológico.....	36
1.8) Algunos datos estadísticos sobre el	
impacto social del Alzheimer	
en el mundo y en México.....	39
1.9) Impacto familiar.....	43
Notas.....	48
Capítulo II.....	49 - 66
LA FAMILIA.	
2.1) Antecedentes.....	51
2.2) Definiciones.....	52

2.3)	Tipos y funciones de la familia.....	55
2.3.1)	Evolución histórica.....	55
2.3.1.1)	Salvajismo.....	55
2.3.1.2)	Barbarie.....	56
2.3.1.3)	Tradicional.....	56
2.3.1.4)	Moderna o contemporánea....	57
2.3.2)	Según su ubicación física.....	57
2.3.2.1)	Rural.....	57
2.3.2.2)	Sub-urbana.....	58
2.3.2.3)	Urbana.....	58
2.3.3)	Según su ocupación.....	58
2.3.3.1)	Campesina.....	59
2.3.3.2)	Obrera.....	59
2.3.3.3)	Profesional.....	59
2.3.4)	Según las relaciones que prevalecen.....	59
2.3.4.1)	Integrada.....	59
2.3.4.2)	Semi-integrada.....	60
2.3.4.3)	Desintegrada.....	60
2.3.5)	Según la estructura.....	60
2.3.5.1)	Nuclear.....	60
2.3.5.2)	Extensa.....	61
2.4)	Ciclo vital de la familia.....	61

Capítulo	III.....	67 - 84
	ANCIANIDAD O VEJEZ.	
3.1)	Definiciones.....	69
3.2)	Características.....	73
	3.2.1) Aspecto cronológico.....	73
	3.2.2) Aspecto biológico.....	73
	3.2.3) Aspecto social.....	74
3.3)	Atención institucional.....	80
Capítulo	IV.....	85 - 111
	TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.	
4.1)	Terapia breve.....	87
4.2)	Terapia de crisis.....	89
	4.2.1) Desgracias inesperadas.....	90
	4.2.2) Crisis de desarrollo.....	90
	4.2.3) Crisis estructurales.....	91
	4.2.4) Crisis del desvalimiento.....	91
4.3)	Terapia estructural.....	92
	4.3.1) Estructura.....	95
	4.3.2) Holones.....	95
	4.3.3) Jerarquía.....	98
	4.3.4) Límites.....	98
	4.3.5) Alianzas.....	99
	4.3.6) Coaliciones.....	100
	4.3.7) Centralidad y periferia.....	101

4.3.8) Triangulación.....	101
4.3.9) Geografía.....	102
4.3.10) Mapa familiar.....	102
4.4) Herramientas de evaluación y análisis en terapia familiar estructural.....	103
4.4.1) Entrevista.....	103
4.4.2) Genograma.....	104
4.4.3) Modelo circunplejo.....	106
Capítulo V.....	113 - 232
PROPUESTA DE INVESTIGACION.	
5.1) Justificación.....	115
5.2) Metodología.....	116
5.3) Resultados y análisis.....	126
ANALISIS GLOBAL.....	233
CONCLUSIONES.....	247
ANEXOS.....	255
BIBLIOGRAFIA.....	267

R E S U M E N

Se realizó una investigación a nivel exploratorio de las modificaciones y alteraciones que se dan en la estructura familiar, ante la presencia de un enfermo con Demencia Tipo Alzheimer; basada en el modelo sistémico estructural. La muestra estuvo conformada por 8 casos, dos de ellos encontrados en una familia, sin parentesco.

Entre los resultados se encontró que los efectos de contar con un enfermo de Alzheimer dentro de la familia, se notan más evidentes en el ámbito social, ya que al no contar con estrategias para controlar las situaciones de sus enfermos, disminuyen o evaden sus actividades, siendo más marcado en la persona que cubre las funciones de cuidador primario.

Dandose con ello una modificación en la estructura, debido a que se da un cambio en la manera de relacionarse en cada uno de sus elementos, entre ellos como sistema y para con otros sistemas.

El sistema familiar también se ve afectado en el nivel económico debido a los gastos normales e imprevistos que genera un enfermo de Alzheimer.

La Demencia Tipo Alzheimer (D.T.A.) o Enfermedad de Alzheimer (E.A.), se ha reportado como uno de los principales padecimientos que afectan a la población de la tercera edad, por lo que se ha convertido en un reto para el área de la salud y el área social; al considerar que aun no se ha podido determinar cuales son sus posibles causas, y por ende no se puede curar o prevenir.

En éste sentido, el campo de la medicina, principalmente, sigue en busca de respuestas, que le permita dar una alternativa de solución a aquellas personas que se ven afectadas por la D.T.A., aunado con un apoyo psicológico de rehabilitación, que les permita mantener su autonomía. Puesto que se ha definido como un proceso degenerativo e irreversible que repercute en la memoria, cognición; función motora, comunicación y en el comportamiento; sin embargo las manifestaciones de la enfermedad varían de persona a persona.

Por otro lado, el área social, también se ha preocupado por encontrar los factores susceptibles de riesgo en las poblaciones. Ambas áreas (salud y social) llevan un largo recorrido, aun así ninguna de las dos ha considerado, que no sólo se ve afectada la persona que padece la enfermedad, sino que a su vez ésta afecta en primera instancia a su sistema familiar; seguido del sistema laboral y/o comunitario.

Es por ello que al considerar a la psicología como una disciplina que posee las herramientas necesarias para

considerarse tanto del área de la salud como del área social, que no debe limitarse únicamente a crear programas de rehabilitación dirigidos a pacientes con Alzheimer; ya que su intervención puede ir, directamente al sistema familiar, apoyándose en el modelo sistémico (Terapia Estructural), el cual plantea que los miembros de un sistema son afectados y afectan a otros mediante sus interacciones; por ello es que se ve alterado el sistema familiar en su estructura, roles, jerarquías, cohesión, adaptabilidad, etc; al tener que enfrentarse a las crisis continuas que se viven con un enfermo de Alzheimer.

De ahí que el presente trabajo tiene como finalidad el observar y analizar de que manera se ve afectada la estructura familiar ante la presencia de la Enfermedad de Alzheimer, en familias mexicanas. Considerando la posibilidad de detectar las necesidades de las familias de pacientes diagnosticados con la Demencia Tipo Alzheimer.

Con base en lo anterior, en el capítulo uno se presenta la etiología, características, manifestaciones clínicas, pruebas de detección, tratamientos y algunos datos estadísticos de la E.A., así como el impacto que se da en la familia.

En el capítulo dos, se hace una revisión de lo que es la familia, considerando su ciclo vital.

En el capítulo tres, se retoma lo que es la ancianidad, considerando sus características y la atención que recibe dicho sector.

En el capítulo cuatro, se presenta un bosquejo de la Terapia Breve y la Terapia de Crisis, que nos permiten explicar de manera más clara la Terapia Estructural, de ésta última se retoman tres herramientas que permiten evaluar y analizar a una familia en la que se ha visto modificada su estructura, mediante dos niveles que son la cohesión y la adaptabilidad, las cuales a su vez modifican los roles, jerarquías, funciones, holones, etc.

Finalmente en el capítulo cinco, se presenta la investigación realizada, la cual es de carácter exploratorio ya que solo busca detectar la manera en que la familia ha tenido que cambiar su estructura para afrontar las continuas crisis que se presentan con la D.T.A. o E.A., debido a que en México no se tienen reportes de estudios dirigidos a la familia de enfermos con Alzheimer.

CAPITULO I .

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS .

Estar en una tierra donde los tiempos y los lugares, las personas y las situaciones se confunden, es el estado que experimentan quienes viven la enfermedad de Alzheimer.

Señor ¿Qué me pasa? No me reconozco, no reconozco la vida que llevo, la gente que me rodea, las cosas. Digo o pido algo y la reacción de la gente es diferente a la que espero. ¿Están mal ellos o estoy mal yo? No sé qué me pasa. Todos se preocupan, me cuidan como niño. Yo no soy eso, no soy una planta ni una cosa. Hablan de mí como si no estuviera, mis hijos me temen y mis nietos me ven como algo raro y se rien. Mi esposa, mi pobre niña, la veo cada vez más cansada, más acabada.

Dios, ¿Qué soy, en qué me estoy transformando? Ya no controlo mis movimientos, me hago del baño cuando no quiero, todo me enoja o me hace llorar. ¿Es que nadie me entiende? ¡No soy una cosa, soy un ser humano! Aunque no pueda razonar bien y no me acuerde de las cosas, siento como los demás.

Solo pido un poco de paciencia, quiero una vida tranquila aunque me sienta perdido en este mundo que cada vez entiendo menos y del que poco a poco me alejo. Quiero seguirme sintiendo útil, vivo. ¡No me dejen solo. por favor! Necesito de "Alguien con quien contar".

Fundación Alzheimer.

C A P I T U L O I .

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

1.1) DEMENCIAS.

En toda sociedad, existen muchos grupos que han sido estudiados; sin embargo ha quedado relegado, el comprendido por las personas de la tercera edad, a las que se les llama despectivamente "viejos". La gerontología y la geriatría son dos ciencias encargadas del estudio de los aspectos sociales y médicos de los ancianos.

Hay que considerar que para que una vejez sea saludable, dependerá de muchos factores, ya sean genéticos, del ambiente material y psicosocial. En este último punto, se debe considerar el desarrollo humano óptimo, y cada una de las etapas (niñez, adolescencia, adultez, madurez), de esta manera la vejez no es más que el resultado final de las experiencias obtenidas de las etapas anteriores. Pero, un porcentaje considerable de la población senil, evoluciona hacia la enfermedad, ocasionada por el descuido de los factores genéticos, del ambiente material y psicosocial, mencionados al principio. Por otra parte existen enfermedades que es más común encontrarlas en esta edad, por ejemplo la

osteoporosis, la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, el infarto de miocardio, neoplasias diversas, artritis reumatoide, demencia, entre otras (Anónimo, 1992).

Esta última ha sido considerada por la sociedad como característica de la vejez, sin embargo hay que tomar en cuenta que la demencia puede ser causada por una variedad de padecimientos que llevan al deterioro progresivo de por lo menos tres de las cinco funciones mentales superiores: lenguaje, memoria, personalidad, cognición y habilidades viso-espaciales (Anónimo, 1991).

Otra de las características de la demencia, es que afecta todos los sistemas del cuerpo, y termina con la muerte. Es importante señalar que existen dos tipos de demencia:

1.1.1) AGUDAS.- Son aquellas que responden a un tratamiento farmacológico (médico), y son de carácter metabólico, las cuales están relacionadas con una mala nutrición, deshidratación, intoxicación por droga, alcoholismo agudo, depresión, condiciones cardíacas agudas, privación sensorial, variación en el estilo de vida.

1.1.2) CRONICAS.- Son aquellas que no responden totalmente a un tratamiento farmacológico (médico), solo hay remisión parcial; se caracterizan por un daño estructural e irreversible en el tejido cerebral, se puede deber a la

Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Pick, alcoholismo crónico, múlti-infartos, Enfermedad de Alzheimer (E.A.) (responsable además del 50% de todas las demencias crónicas).

Sin embargo la investigación médica ha reportado que en la mayoría de los pacientes es difícil diagnosticar un tipo de demencia crónica o aguda en específico, dado que en la mayoría de las ocasiones se encuentra una combinación de síntomas, como por ejemplo E.A.-Depresión, o E.A.-Múlti-infartos, entre otras, lo cual además de dificultar el diagnóstico, también dificulta el posible tratamiento, no obstante se tienen datos sobre la incidencia de las demencias en las que se maneja que el 1% se deben a problemas psiquiátricos, el 2% Parkinson, el 7% a tumores cerebrales y raras enfermedades neurológicas, otro 7% no tiene aun una causa conocida, el 14% mezcla de la E.A. y múlti-infartos, 17% múlti-infartos y el 52% restante a la E.A. (Escobar, 1995; Pichardo, 1995).

1.2) DEFINICION.

Con base en lo anterior, la E.A. se ha reportado como uno de los principales padecimientos que afectan a la población de la tercera edad. De ahí que la investigación médica ha intentado definir a este padecimiento tomando en

cuenta sus causas y características clínicas, siendo que en 1900 el Dr. Alzheimer (citado en Vasconcelos, 1990) fue el primero en reportar este tipo de padecimiento, al demostrar que ciertas lesiones en cerebros de pacientes con demencia no podían ser atribuidas a la arterioesclerosis y describió las placas seniles, todo esto documentándose en la sintomatología y evolución de una mujer de 51 años que presentaba los síntomas cognitivos propios de la edad, tales como desorientación, afasia, amnesia y apraxia, y que evolucionó con trastornos conductuales, hasta su muerte cuatro años después. A raíz de este importante descubrimiento es que este tipo de demencia recibe el nombre de Alzheimer, que se le conoce también como Demencia Senil Tipo Alzheimer (D.S.T.A.).

A partir de estos hallazgos, gran número de investigadores (principalmente médicos) se han abocado a la tarea de definir la enfermedad con base en sus causas, características clínicas y posibles tratamientos, esto con el fin de lograr una detección y posible diagnóstico, tal es el caso del Dr. E. Turrubiarres (1995) quién la define como una enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso Central con un componente hereditario, progresivo e irreversible, la cual es padecida en mayor número por personas mayores de 60 años.

Por otro lado, para el Dr. Mena (1995) es un trastorno neurodegenerativo cerebral, que se caracteriza clínicamente por un deterioro gradual de las funciones intelectuales.

Por su parte la Dra. Rangel (1996) la define como un síndrome que agrupa un conjunto de trastornos, caracterizados por una decadencia adquirida de las funciones intelectuales que produce una desintegración de la conducta y que tiene un curso progresivo e irreversible.

Para el Dr. Muñoz (1993), es un proceso patológico neurodegenerativo de causa todavía no bien conocida, es un deterioro global y progresivo de las funciones intelectuales y de la personalidad, producido por la pérdida irreparable y continua de las células de la corteza cerebral y de los centros de memoria.

Mientras que la Psic. Ruiz (1993) la define como un trastorno cerebral desconocido, caracterizado por un inicio insidioso y una pérdida progresiva e irreversible de las funciones intelectuales.

Woods (1994) la define como "...una reducción progresiva de la capacidad para pensar, recordar, aprender y razonar, que conduce a una reducción de la capacidad del enfermo para cuidarse y dirigirse... (pág.7)".

De acuerdo con los Drs. Garnier y Delamare (1981), la E.A. es una variedad de demencia presenil, caracterizada por una atrofia de la corteza cerebral, que se localiza principalmente en las regiones parietotemporoccipitales, y de forma clínica por una demencia masiva con acentuados trastornos en la memoria, desorientación espacial, afasia, apraxia, agnosia, hipertonia extrapiramidal y crisis

epilépticas, sobreviniendo la muerte en el espacio de unos cuantos años.

Según el DMS-IV la E.A. es clasificada como una demencia que puede ser de inicio temprano (anterior a los 65 años) o de inicio tardío (después de los 65 años), teniendo como características la presencia de múltiples déficits cognoscitivos que provocan un deterioro en la actividad laboral y social del paciente.

Como se puede observar, han sido múltiples los esfuerzos por definir la E.A; empero éstas se han enfocado a describir las características observadas por los médicos en determinados pacientes, encontrando así similitudes entre ellas, como es el caso de que todos a excepción de Turrubiarres, la consideran como una alteración de las funciones intelectuales superiores irreversible, causada por una lesión cerebral la cual sólo los Drs Garnier y Delamare la ubican en la región parietotemporoccipital; la Psic. Ruiz y Woods mencionan que su inicio es insidioso al no poder determinar una edad aproximada a su aparición; mientras que en el DSM-IV y el Dr. Turrubiarres señalan que la edad promedio es después de los 60 años.

Cabe señalar que aun cuando estos autores en sus definiciones no mencionan las etapas de evolución de la E.A; en investigaciones reportadas por Rangel y Ruiz se han mencionado las etapas inicial, media y avanzada.

Con base en todas las definiciones antes planteadas, podemos considerar que la enfermedad de Alzheimer es un proceso degenerativo, que consta de tres etapas inicial, media y avanzada, que afecta al S.N.C. de manera progresiva e irreversible, siendo sus repercusiones más características las relacionadas con trastornos en la memoria, esta enfermedad no tiene un tratamiento específico, ya que su etiología es desconocida aun para la ciencia médica, debido a que las manifestaciones de la enfermedad varían de una persona a otra, así como las condiciones bajo las cuales se presenta. (remitirse al apartado 1.5. Manifestaciones clínicas del Alzheimer) por lo tanto únicamente se puede obtener el diagnóstico de un posible Alzheimer (en vida), y ser confirmado mediante la autopsia, por lo que puede afectar a cualquier persona independientemente a su sexo, escolaridad, ocupación, raza, grupo étnico, enfermedades, estilo de vida, clase social, etc.

1.3) ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Por todo lo antes mencionado se han elaborado diferentes hipótesis respecto a los factores que promueven la presencia de la E.A. encontrando entre ellos los siguientes:

1.3.1) **GENETICAS.**- La cual establece que existe mayor probabilidad de padecer la E.A., si con anterioridad se presentó en algún otro miembro de la familia un caso de dicha enfermedad. O bien, cuando se presenta en la familia un caso de Síndrome de Down, debido a que la mutación que ocasiona este síndrome, se encuentra en el cromosoma 21, y da pauta a las características físicas y mentales propias del Síndrome de Down, por tal razón cuando la persona supera el promedio de vida (estadísticamente registrado), se encuentran características en ellos a nivel cognitivo y de comportamiento similares a los presentados por un enfermo de Alzheimer, y en investigaciones realizadas en personas Down, se ha encontrado en los cerebros las neurofibrillas „ que también caracterizan la E.A.

Esta relación entre Síndrome de Down y E.A. giran en torno a la creencia de una posible falla en el cromosoma 21, debido a una mutación en el gen precursor de la proteína aminoide (esta proteína es uno de los principales constituyentes de las placas „ y marañas que se observan en el cerebro de las personas que padecen de Alzheimer).

Generalmente se ha correlacionado la E.A. con una mutación del cromosoma 21, sin embargo se han reportado casos en donde la falla se ha asociado a los cromosomas 14 (inicio temprano), 19 (inicio tardío) y 20 (desconocido aun) (Anónimo, 1991; Mena, 1993; Mendoza, 1995; Owen, 1994;

Rangel, 1995; Schellenberg, 1992).

Por lo cual esta hipótesis no ha logrado determinar con certeza que cromosoma es el causante de la E.A.

1.3.2) BIO - QUIMICAS.- Se ha encontrado la existencia de la deficiencia de un compuesto químico asociado a un determinado sistema neurotransmisor (sistema colinérgico), el cual permite la transmisión de mensajes o sinapsis, que son necesarios para la realización de cualquier actividad o conducta, siendo que para los comportamientos se requiere de la noradrenalina, y para los movimientos y memoria la acetilcolina, de esta manera éste compuesto se ve asociado a la muerte de neuronas junto con la presencia de las marañas neurofibrilares en algunas zonas más profundas del cerebro, parte esencial del sistema acetilcolina. Sin embargo el número de neuronas que no han sido afectadas, pueden desarrollar nuevas dendritas, para tratar de cubrir las funciones de aquellas que murieron (Anónimo, 1991; Mena, 1995; Vivals, 1995; Woods, 1994).

Lo cual aun no se confirma y sigue siendo una hipótesis.

1.3.3) AMBIENTALES.- En este aspecto se ha manejado que la presencia de algunos metales en el organismo, sea el caso del plomo y/o aluminio pueden provocar demencias en la persona. De esta manera se ha encontrado en la biopsia

aplicada a los enfermos de Alzheimer que las neurofibrillas presentan una concentración inusual del aluminio, por lo que se ha abierto la posibilidad de que el aluminio desempeñe un papel importante en la formación de neurofibrillas. Siendo que tampoco se ha descartado que otros metales como el zinc, hierro, entre otros, tengan que ver con la producción de las neurofibrillas (Escobar, 1995; Woods, 1994).

Dentro de los factores ambientales, también se pueden considerar a la educación y/o al trabajo. Al respecto Stern y col. (1994) afirman que existe una prevalencia de la E.A. en individuos que tienen un grado de educación menor. Pues la educación contribuye con aportaciones en las actitudes o repertorios que le permiten al individuo solucionar sus problemas en un lapso de tiempo prolongado ante la manifestación clínica de la enfermedad. Con base en lo anterior, se concluye que el periodo de vida dedicado a la educación, podría no ser tan importante como la ocupación o el trabajo que el individuo desempeña en su vida, ya que estos son independientes y proporcionan una reserva que retrasa la expresión clínica de la E.A; por lo que se considera de mayor importancia que el enfermo este en constante actividad que no ponga en riesgo su integridad física.

Con todo lo anterior la E.A. aparece como un nuevo reto en el ámbito de la salud y su cuidado, tomando en cuenta que

en la actualidad el rango de vida esta entre los 50 y 70 años, y ha sido la medicina quien lo ha mantenido. Sin embargo el Alzheimer no sólo se presenta en las personas mayores, ya que puede manifestarse a una edad temprana que puede ser 30 o 40 años, y sólo se corrobora el diagnóstico con la autopsia, otros factores asociados a la aparición de la E.A; los encontramos en la presencia de traumas cráneo encefálicos (golpes en la cabeza), un estudio realizado por Schabel (1993), en donde se parte de la idea de que la E.A. es ocasionada por una inflamación cerebral, que se vuelve crónica, comparándosele con la inflamación de las articulaciones de los pacientes artríticos; enfermedades previas (como la osteoporosis, la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, el infarto de miocardio, neoplasias diversas, artritis reumatoide, diabetes, entre otras), historia psiquiátrica y de adicciones al alcohol, tabaco, solventes, marihuana, cocaína, así como a la exposición ocupacional a solventes, plomo, y aluminio.

1.4) CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

En investigaciones recientes, se ha encontrado que las áreas más afectadas por la enfermedad son: hipocampo, lóbulo temporal y frontal, y el sistema límbico; y en un menor grado el lóbulo occipital y parietal; pudiendo manifestar

diferentes anomalías dependiendo del área de la lesión. De esta forma si la lesión se encuentra en el hipocampo (sistema límbico) la sensación de consciencia emocional (placer, temor, ira, sexo, hambre, etc) y procesos motivacionales se verán afectados.

Por otro lado, si es el lóbulo temporal el que se ve afectado, las funciones de percepción de interacciones sensoriales-emocionales, así como la percepción de sonidos y el reconocimiento de éstos, pueden ocasionar trastornos clínicos como hipoacusia, acusia, zumbidos, agnosia auditiva.

En lo que concierne al lóbulo parietal cuando se encuentra lesionadas las funciones de dolor, temperatura, tacto y gustativas; así como sensaciones específicas que comprenden el aprendizaje se verán afectadas.

En cuanto al lóbulo occipital afecta a la percepción de las imágenes, así como el reconocimiento de éstas y la capacidad de distinguir texturas.

Por último, en el lóbulo frontal, las áreas que se ven afectadas son motora fina, movimientos oculares, cambio en el reflejo que controla la pupila o desviación de la mirada; la capacidad de abstracción, elaboración de juicios, razonamientos y deterioro de la personalidad y capacidad motora del habla.

Como es difícil delimitar donde termina cada uno de los lóbulos, debido a que hay áreas en donde se conjuntan, y

(marañas neurofibrilares).

La segunda alternativa característica de la E.A. es la presencia de cúmulos intracorticales de prolongaciones neuronales engrosadas, formada de un anillo regular que rodea a un depósito esférico de fibrillas de aminoide, las cuales han sido denominadas en la actualidad como placas seniles o neuríticas que se encuentran en el citoplasma que rodea al núcleo de las neuronas afectadas (Beal, s/f).

1.5) MANIFESTACIONES CLINICAS DEL ALZHEIMER.

Considerando las características a nivel fisiológico de la enfermedad, y que éstas van a repercutir en las habilidades mentales superiores y en el comportamiento del paciente; varios autores como Beal (s/f), Muñoz (1993), Ruiz (1993), Woods (1994) y Anónimo (1991) se han preocupado por determinar cuáles son las funciones que más se afectan con el Alzheimer, así como la evolución en el deterioro de las mismas en cada una de las etapas (inicial, media y avanzada), por lo que podemos contemplar las siguientes:

1.5.1) MEMORIA.- Es la primera habilidad mental que se ve afectada, (esto de una forma progresiva), ya que la memoria a corto plazo, se va perdiendo paulatinamente, por ello el paciente empieza a experimentar problemas ante

comparten funciones. tal es el caso de la encrucijada frontal-parietal-temporal, afecta emociones de contacto sensitivo, memoria reciente así como la percepción y reconocimiento de las sensaciones olfatorias; y la encrucijada temporo-parieto-occipital, que comprende las áreas asociativas intelectuales (planeación y entendimiento del lenguaje oral, escrito, cálculos matemáticos y autoconocimiento del cuerpo) (Harrison, 1994; Mena, 1993; Murray, 1975; Noback, 1993).

La alteración anatomopatológica más característica de la E.A. es la destrucción y desaparición de neuronas en la corteza cerebral. Esta pérdida neuronal produce finalmente una atrofia importante de las circunvoluciones, sobre todo en las regiones frontal, parietal y temporal. En consecuencia, se produce un aumento de tamaño del sistema ventricular, si bien no suele ser extremo.

Existen dos alteraciones microscópicas que son características de la E.A. La primera descrita originalmente por el Dr. Alzheimer, es la presencia de acumulaciones intraneuronales de material filamentososo en forma de ovillos, que se denominan ovillos de degeneración neurofibril de Alzheimer. La relevancia que tienen estas fibrillas es la intervención en el proceso de muerte neuronal, puesto que aunadas a la pérdida de la sinapsis constituye los rasgos neuropatológicos más característicos de la enfermedad

numerosos estímulos; sin embargo la memoria a largo plazo puede ayudar a superar situaciones estresantes por el olvido de información reciente, y la última en perderse es la memoria emotiva, por lo que en la última etapa puede observarse:

1.5.1.1) **AGNOSIA.**- Es la incapacidad de reconocer estímulos familiares (visual, auditivo, táctil, etc.), lo cual se aprecia cuando un enfermo quiere hacer referencia a algún objeto con el que está familiarizado y resulta incapaz de expresar el nombre del objeto.

1.5.1.2) **AFASIA.**- Es la pérdida o incapacidad que presenta el paciente para traducir el pensamiento en palabras, y de esta manera expresarlo ya sea verbal o por escrito, aun cuando no se presente un daño fisiológico en el aparato fonador. Por ejemplo el paciente puede tener la idea de lo que quiere responder en una conversación, sin embargo no lo puede transmitir.

1.5.1.3) **APRAXIA.**- Es la pérdida de la comprensión del uso de los objetos de uso común, que se traduce por actos más o menos absurdos, un ejemplo lo encontramos cuando un paciente que anteriormente conocía el uso correcto de los cubiertos, al momento de presentarse la

apraxia, puede intentar comer la sopa con el cuchillo. O bien para adaptar los movimientos al objeto, es decir llevar a cabo un movimiento deseado, sea para utilizar algo, un ejemplo lo tenemos en el caso de la acción de subir escaleras donde la persona no mide la distancia entre un escalón y otro, provocando una caída.

Es importante recordar que además de verse afectada la memoria, existen otras habilidades mentales y comportamentales que son alteradas al mismo tiempo cuando se presenta la E.A., entre las cuales podemos mencionar:

1.5.2) COGNICION.- Las capacidades cognitivas que se ven afectadas por la E.A. son: pérdida de memoria, de inteligencia, incapacidad para aprender técnicas nuevas o información, incapacidad en el manejo del dinero o hacer cálculos numéricos, incapacidad para resolver problemas, descenso de juicio y concentración, incapacidad para leer y/o escribir, incapacidad para entender conceptos abstractos, pérdida de orientación (tiempo - espacio - persona); dicho deterioro es progresivo e irreversible, debido a las lesiones que en el apartado anterior se manejaron, por lo cual el paciente día a día se vuelve más dependiente de su familia o de la gente que lo asiste.

1.5.3) FUNCION MOTORA.- Las personas con demencia, suelen presentar severos problemas de orientación, por lo cual es usual que este tipo de personas exhiban un constante ir y venir (vagabundeo), que en muchas ocasiones para los cuidadores le resulta difícil contener, debido a que aun cuando el paciente se encuentra en etapas avanzadas, su fuerza permanece casi intacta (comparándolo con un anciano sano).

1.5.4) COMUNICACION.- La comunicación es una habilidad que nos permite expresar nuestros sentimientos, temores y alegrías, así como lo que deseamos y demandan de nosotros; por lo que al presentarse la E.A. se ve afectado el uso correcto de las palabras, sonidos (fónemas), contenido gramático y el significado de la comunicación, que a la larga tienden a afectar el contenido completo de las oraciones y de una conversación. Sin embargo hay que recordar que las alteraciones en la comunicación se ven asociadas de forma paralela con la pérdida de la memoria, falta de habilidad para concentrarse y la disminución cognoscitiva, por lo cual es evidente que las personas afectadas sufran gran frustración y desesperanza al querer expresarse y no poderlo hacer, y en cuanto más difícil o compleja sea la situación, será más probable que no afloren a la superficie sus palabras al igual que la angustia que estos representan.

1.5.5) ALTERACIONES CONDUCTUALES.- Este es el aspecto al que menos atención se le ha dado, aunque cabe señalar que es una de las características que mayor impacto tienen en la familia y en el ambiente en el que se relaciona el paciente, y a su vez provoca una modificación en el estilo de vida que conlleva a sentimientos de frustración y ansiedad ante dichos cambios, los cuales pueden ser cambios de roles familiares, pérdida del empleo, pérdida de independencia para sus actividades cotidianas, convivir con personas desconocidas (cuidadores), ser reclusos en instituciones de cuidado especializado u hospitales; terminando por no tener el control de sus vidas. Lo que trae consigo un comportamiento sospechoso, cambios en el humor, ataque físico, conductas amenazantes, irritabilidad, impulsividad sexual, retraimiento, imprevisibilidad, ataque verbal y/o groserías, destructividad.

Cabe señalar que esta enfermedad se presenta bajo un carácter insidioso, esto es, que no va a afectar de la misma manera a todos los individuos, dado que ello va a depender de las áreas en las que se localiza mayor daño. De igual manera el desarrollo de la enfermedad no se da de manera uniforme, siendo que para una mejor comprensión en su evolución, se han manejado tres estadios o etapas, de acuerdo con Rangel (1996).

1.5.6) PRIMERA ETAPA (INICIO).- Se manifiesta una alteración en los procesos que corresponden a la memoria reciente, el enfermo puede olvidar sus citas, llamadas telefónicas o el nombre de las personas; teniendo problemas en el seguimiento de una conversación. Sus movimientos se mantienen intactos, por lo cual el enfermo no se pierde, puede conducir, se viste sólo y come bien. En relación al lenguaje, utiliza sonidos correctos, omite algunas palabras importantes, puede perder el tema de conversación, y ya no entender chistes, bromas o expresiones indirectas, el entendimiento del lenguaje reducido (las palabras van perdiendo su significado en base a su contexto). En lo que respecta al comportamiento el sujeto muestra bruscos y repentinos cambios de humor, puede mostrarse enfadado al darse cuenta que ha perdido sus llaves, o que ha perdido el control de lo que le rodea, y en algunos casos tiende a aislarse de su entorno familiar, sale menos y no quiere ver a sus amigos.

1.5.7) SEGUNDA ETAPA (MEDIA).- La memoria a corto plazo se sigue alterando, mientras que la memoria a largo plazo empieza a tener modificaciones que se verán reflejadas en la confusión de fechas, nombres o simplemente en la ubicación de un recuerdo en el tiempo. Dentro de la motricidad se presenta un cambio en los movimientos

haciendolos más torpes, además se presenta un aumento en la actividad en busca de confort y seguridad, se puede también observar en los pacientes gran interés por objetos pequeños y la coordinación fina empieza a no ser tan precisa como antes, y comienzan a presentarse calambres en alguno de sus miembros (brazos y/o piernas). En lo que respecta al comportamiento, el enfermo puede mostrar una indiferencia ante lo que le rodea, e incluso puede tener arranques de cólera que pueden mostrarse sin provocación. En el área cognitiva puede manifestar ideas delirantes que se conjugan con la aparición de alucinaciones y una dificultad para el cálculo. En el lenguaje se nota un empobrecimiento de su vocabulario, generalmente va a utilizar oraciones cortas, dificultándosele el entender oraciones complejas, presenta también una tendencia a repetir ideas y hablar sobre el pasado, responde lentamente a lo que se le pregunta, y en muchas ocasiones no termina las frases.

1.5.8) TERCERA ETAPA (AVANZADA)..- En el área de la memoria ya presenta un severo deterioro el enfermo olvida los hechos recientes y del pasado, no reconoce a su esposo (a) o sus hijos, aunque conserva su memoria emocional, está le permite recordar a las personas que le cuidan, le ayudan y le quieren. En lo que respecta a sus movimientos se presenta hipotonia, problemas en el equilibrio, va a tener serios

problemas con la marcha y sus movimientos van a ser torpes y lentos, acompañados de una notable desorientación visoespacial. En lo que respecta a las cogniciones, la actividad es casi inexistente, dado el deterioro que manifiesta la estructura cerebral.

En esta etapa, el paciente puede llegar a presentar un estado de pérdida total en su capacidad para percibir y emitir estímulos, pensar, hablar o moverse.

1.6) PRUEBAS DE DETECCION.

La enfermedad de Alzheimer, se ha convertido es un problema de salud pública, debido a que en las últimas décadas, a aumentado el número de casos reportados y por ello se requiere de un equipo multidisciplinario para realizar la identificación de un posible diagnóstico de Alzheimer, para lo cual se han realizado dentro del área de la salud, tres estrategias (niveles) para el diagnóstico, los cuales son nivel médico, nivel neurológico y nivel psicológico.

1.6.1) NIVEL MEDICO.- Se basa en el estudio del estado actual del paciente, así como en la indagación de posibles factores de riesgo que se vean involucrados en la E.A., como podría ser el obtener datos sobre la historia clínica familiar, antecedentes de enfermedades en la familia,

análisis sanguíneos, consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y/o drogas), enfermedades endocrinas, infecciosas, hepáticas, neurológicas, traumatismos cráneo encefálicos, efectos de la desnutrición, problemas cardiacos, síntomas orgánicos, así como enfermedades asociadas y el tratamiento que lleva, entre otras (Roche, 1995).

Para lo cual utiliza examen de química sanguínea, biometría hemática, determinaciones de B-12, pruebas de función tiroidea, electroencefalograma, radiografías torácicas, etc (Trujillo, 1995).

Todos estos estudios se realizan al paciente, con el objetivo de realizar un diagnóstico diferencial, que nos lleve a descartar la posibilidad de otro tipo de demencia, o bien descubrir otras causas o etiologías en los trastornos que presenta el enfermo.

1.6.2) NIVEL NEUROLOGICO.- En este caso es a partir del manejo de aparatos e instrumentos que permitan detectar el mal funcionamiento o déficit en cualquiera de las áreas del cerebro. Para lo cual se utilizan diferentes pruebas como el electroencefalograma (EEG), para detectar descensos en la actividad eléctrica; el manejo de la tomografía computarizada (TC), con la que se obtiene una imagen de los diferentes planos del cerebro; la tomografía por emisión de positrones (TET), que es capaz de medir la reducción de la actividad en

las áreas más afectadas del cerebro: tomografía por emisión de fotón único (TEFU), que sirve para diagnosticar una posible demencia vascular; y el mapeo cerebral que permite una presentación visual de los patrones de las ondas eléctricas alfa, beta, theta y delta, en cada área del cerebro (García de la Cadena, 1995; Muñoz, 1993; Turrubiarres, 1995; Vívells, 1995).

Este tipo de exámenes, tienen como propósito principal el detectar las áreas del cerebro en las cuales se manifiesta un mayor deterioro, localizando así, las habilidades que pudieran verse afectadas.

1.6.3) NIVEL PSICOLOGICO.- Por último en lo psicológico, se han creado diferentes instrumentos de evaluación (cuestionarios, escalas, inventarios, test), mediante los cuales se evalúa el deterioro cognoscitivo, depresión, calidad de vida, factores socio-económicos, actividades cotidianas y salud. Algunos de los instrumentos más utilizados son: prueba de Katzmin, escalas depresivas y de ansiedad, evaluación del estado mental, escala de Lawton, Tinneti, escala de depresión geriátrica Bring, escala de Hamilton, inventario de Beck, figura compleja de rey, escala de memoria Wechsler, entre otras (Gutiérrez, 1995; Woods, 1994). Aun cuando no se puede tener un diagnóstico con un 100% de veracidad, las pruebas psicológicas nos permiten

conocer el estado cognoscitivo y emocional del paciente, dando pauta para crear estrategias de intervención, al igual que permite el descartar otro tipo de padecimientos que pudiesen tener características similares.

A partir de la evaluación que cada profesional realiza elabora una forma tentativa de intervenir, así la atención que recibe el enfermo de Alzheimer, por parte del médico, puede no servir bien a personas con otro tipo de demencia; puesto que se ve a la enfermedad en términos de síntomas que pueden ser curados mediante el uso de estrategias como la cirugía y medicamentos, bajo un ambiente impersonal.

Por otro lado el psicólogo se involucra en el apoyo terapéutico, enfocándose en el cuidado a la motivación, la comunicación y el movimiento, retomando un ambiente simple, familiar y normal que le permita manejar y asimilar su capacidad deteriorada.

1.7) TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Aun cuando se han hecho varias investigaciones respecto a la etiología, cuadro clínico, y formas para diagnosticar la E.A., no han sido lo suficientemente claros como para explicar el origen de la enfermedad, y a partir de esto plantear un tratamiento que revierta o detenga los síntomas, sin embargo dentro del área de la salud, los esfuerzos han

sido dirigidos al control de malestares físicos (temblor, hipotónia, depresión, epilepsia, etc) y conductuales (hiperactividad, conductas inapropiadas, agresividad, etc), de ahí que se ha tenido la necesidad de manejar el tratamiento a dos niveles, los cuales son: nivel médico y nivel psicológico.

1.7.1) NIVEL MEDICO.- En este nivel Gottfries (1992), Heinze (1995), Muñoz (1993) y Rangel (1996) consideran que deben de seguirse nueve pasos, que son:

1) Antes de prescribir algún fármaco, el médico debe evaluar el estado mental, funcionamiento social, la historia psiquiátrica, así como identificar la presencia de otras enfermedades asociadas a la edad (la osteoporosis, la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, el infarto de miocardio, neoplasias diversas, artritis reumatoide, etc), con todo esto se busca formar la historia clínica del paciente.

2) El establecer un diagnóstico certero o lo más próximo posible, antes de iniciar algún tratamiento.

3) Es necesario identificar quien va a suministrar el medicamento de forma correcta, debido a que los enfermos de Alzheimer, tienen afectada la memoria a corto plazo, por lo que no pueden recordar las indicaciones en la administración correcta del medicamento.

4) No evitar el uso de psicotr6picos, s6lo porque el paciente es considerado de la tercera edad, debido a que mejoran la funci3n cognoscitiva, estado de alerta, memoria y 6nimo, en especial si se combinan con psicoterapia individual y familiar, encaminadas al mantenimiento de la independencia del anciano..

5) La dosificaci3n, cuando se prescribe alg6n f6rmaco, deber6 ser gradual, empezando por dosis bajas inicialmente, y aument6ndolas paulatinamente, dependiendo de los requerimientos del paciente.

6) El m6dico debe tener pleno conocimiento de cada uno de los componentes del f6rmaco, asi como los posibles efectos colaterales, que pudieran aparecer en la salud del paciente.

7) Evitar la polifarmacia, debido a que algunos medicamentos combinados con otros, pueden ocasionar efectos contraproducentes.

8) En la medida de lo posible, optimizar el medio ambiente en el que se desenvuelve el enfermo, ya que est6 es uno de los aspectos m6s importantes para su rehabilitaci3n (siendo este punto, uno de los principales, para el planteamiento a nuestra propuesta).

9) Se deben vigilar constantemente los efectos secundarios que ocasionan los medicamentos prescritos, ya sean favorables o adversos, para ajustar la dosis o cambiar el f6rmaco.

Dentro de los fármacos más utilizados en el tratamiento sintomático de la E.A. se encuentran los psicoestimulantes (anfetaminas), vasodilatadores (papaverina e isoxsuprina), analépticos (pentetaxol), y nootrópicos (mesilato de codergina); siendo importante señalar que estos medicamentos sólo sirven como apoyo al tratamiento psicológico, ya que permiten aminorar o estimular (dependiendo el caso) la actividad en el paciente, creando condiciones óptimas para la estimulación constante a nivel físico y cognoscitivo del enfermo.

Un ejemplo de que muchos de los medicamentos se encuentran todavía en periodo de investigación, se tiene en el estudio realizado por Schabel (1993), en donde se parte de la idea de que la E.A. es ocasionada por una inflamación cerebral, que se vuelve crónica, comparándosele con la inflamación de las articulaciones de los pacientes artríticos, en base a lo cual se parte de la hipótesis de que un anti-inflamatorio podría disminuir o aliviar la E.A. en un lapso no mayor a seis meses, sin embargo los resultados encontrados, no fueron los esperados, ya que estos demostraron que el medicamento provocó úlceras, y graves problemas gastrointestinales, entre otros.

Otra de las limitantes que se encuentran en el tratamiento médico, es que la mayoría de los médicos, no diagnostican una Demencia Tipo Alzheimer, prefieren utilizar

el término de demencia senil, dejando gran ambigüedad en cuanto a la sintomatología, características clínicas, así como de la etiología, lo cual dificulta aun más el poder prescribir algún medicamento. Aunado a esto se tiene que los fármacos utilizados en enfermos de Alzheimer, para controlar su sintomatología, algunos son de carácter experimental.

1.7.2) NIVEL PSICOLOGICO.- Una vez hecha la evaluación diagnóstica, puede hacerse uso de cualquiera de los puntos que abarca el tratamiento psicológico, ya sea de manera conjunta o aislada, entre los cuales tenemos:

1) La psicoterapia, a través de las teorías actuales (psicoanálisis y sus derivados, humanista, comunicación humana, neo-conductismo, cognitivas) restan importancia a los conceptos de involución y regresión, pero hacen énfasis en el desarrollo de la personalidad, función adaptativa, importancia de las pérdidas y duelos, de la dialéctica del tiempo vivido y por vivir, depresión, delirium, demencia entre otros. Los aspectos que pueden interferir entre el paciente y el terapeuta son principalmente problemas con las figuras parentales, temor a la vejez, invalidez, locura, muerte, entre otros dentro de los aspectos negativos; mientras que en los positivos podríamos hablar de una sobreprotección, empatía, interés (Krassoievitch, 1995).

Las metas, indicaciones, técnicas y procesos

psicoterapéuticos, se establecen en base a la funcionalidad que aun conserva el paciente, más no por su edad cronológica; para lo cual se puede aplicar de forma individual o grupal (donde se favorece la socialización, el altruismo, la universalidad de los problemas), lo importante es la motivación de los participantes (pacientes), y para lograrlo se requiere que el terapeuta sea directivo, los horarios flexibles, las sesiones sean de cuatro a diez, y la intervención adecuada de un equipo de profesionistas, que sepan guiar con éxito el tratamiento.

Entre las diversas terapias se cuenta con la socioterapia, conductismo, orientación a la realidad, movimiento y danza, psicodrama, terapia de grupo, musicoterapia, entre otras.

En relación con la E.A. se tienen datos sobre la aplicación de la musicoterapia, la cual busca controlar algunos síntomas a nivel conductual y cognitivo del enfermo con Alzheimer, mediante la combinación de sonidos, pues hay que recordar que a pesar de la pérdida de ciertas habilidades cognitivas y motoras, el enfermo puede experimentar diferentes emociones con el simple hecho de escuchar una determinada melodía, esto permite que se le pueda manipular con la ayuda de la música (Manzano, s/f).

2) Aprovechar las capacidades que aun conserva el paciente, utilizando para ello, la estimulación constante a

nivel físico y mental, ya que cabe recordar que conforme evoluciona la enfermedad, se van perdiendo habilidades; por ello es importante conservar el mayor tiempo posible las capacidades residuales que le permitan al paciente cierto grado de independencia (Anónimo, s/f).

3) Terapia ocupacional, en este tipo de intervención, se hace mediante diferentes actividades que se adecúan, considerando el nivel de evolución de la enfermedad, como el realizar determinados ejercicios, que ayudan al enfermo a prolongar en la medida de lo posible su autonomía y confianza en sí mismo (Risteen, 1992).

Estas formas de intervención psicológica, pueden ser utilizadas de forma individual o grupal, cabe recordar que sea cual sea la forma de intervenir, el factor afectivo es de suma importancia, ya que el paciente aun sabe identificar emociones, y al mismo tiempo permite al familiar tranquilizarlo cuando se presenta una crisis, o bien facilita el manejo del paciente en cualquier situación (Rangel, 1995).

Dentro de los tratamientos psicológicos, aun cuando se han hecho intentos por trabajar con la familia, estos han sido esporádicos, ya que en nuestro país, instituciones especializadas ofrecen grupos de autoayuda, en donde los familiares de un enfermo con Alzheimer, adquieren mayor conocimiento de la enfermedad a nivel teórico, y escasamente a nivel práctico, dejando de lado la importancia de crear una

terapia grupal, en donde se les den las herramientas necesarias para el afrontamiento y aceptación de la E.A.

Con base en lo anterior, concluimos que para poder brindar un tratamiento adecuado al enfermo de Alzheimer se debe de trabajar de manera multidisciplinaria (nivel médico y nivel psicológico), ya que el tratamiento médico, permite tener un mejor manejo del paciente, y a su vez aminorar en la medida de lo posible la evolución de la E.A; lo que permite que el tratamiento psicológico se pueda llevar de una manera más constante, puesto que el enfermo se encontrará en mejor disposición de realizar las actividades planteadas por el psicólogo, teniendo como finalidad preservar en la medida de lo posible habilidades cognitivas y físicas que le dan mayor autonomía al paciente.

1.8) ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS SOBRE EL IMPACTO SOCIAL DEL ALZHEIMER EN EL MUNDO Y EN MEXICO.

Considerando la estadística acerca de la demencia en los ancianos, debemos tomar en cuenta que en este tipo de padecimientos más del 50% se refieren a la E.A; la cual tiene una incidencia mayor en las personas que han rebasado los 60 años de edad. Esto ha obligado a los profesionales de la salud y a las autoridades de diferentes países a rescatar la investigación acerca de los ancianos, puesto que en algunos

países como el Reino Unido, se han realizado estudios demográficos, que han mostrado un notable aumento de esta población. De hecho en el censo de 1981 se indicó un incremento del 3.3% en las personas que superaban la edad de jubilación, lo cual ha previsto incrementos aun mayores en personas que incluso rebasen los 75 y 85 años de edad para el 2001. Ello también debido a los avances registrados en las últimas décadas en lo que respecta a la salud; y en lo relacionado a la E.A. se ha hipotetizado que con los datos anteriores será cinco veces más frecuente la presentación de dicha enfermedad (Woods, 1994).

Así, en Canadá, se ha registrado un aumento notable en los casos de Alzheimer, puesto que de la población total del país, se han registrado 300,000 afectados, lo que ha requerido de un costo social de 1.25 billones de dolares para su atención, considerando a la enfermedad hoy en día como la cuarta causa principal de mortalidad, rebasando a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Por su parte el gobierno de los E.U.A. ha tomado ya numerosas iniciativas en este terreno, y el Alzheimer ha sido cubierto ampliamente por los medios de comunicación, dado el reconocimiento público de personajes famosos con este padecimiento como la actriz de cine Rita Haiyworth, la suegra del actor Jack Lemmon, el cantante Frank Sinatra, entre otros. Siendo que en este país se ha comprobado que está

demencia (al igual que en Canadá) es la cuarta causa de muerte entre los adultos, ya que incluye aproximadamente el 10% de los mayores de 65 años, el 19% entre los 75 y 84 años, y el 48% después de los 85 años. Por lo que se piensa que estas cifras se triplicaran para el año 2025. Por tal razón es que en Boston en el año de 1989 se realizó la captura de la información acerca de la enfermedad, enviando cuestionarios sobre los grupos de apoyo, encontrando que la mayor asistencia era por parte de las mujeres con pareja o solas 50%, jóvenes con un 40% y el 10% restante otros; además de que el 50% van en las últimas etapas, porque ya no tienen recursos y no saben que más pueden hacer (Díaz y García de la Cadena, 1996; Groues de Schnaas, 1996).

En lo referente a México, las estadísticas señalan que en 1985 la población mayor de 60 años era de 3,942,492, la cual incrementó a un 46% aproximadamente en 10 años (es decir se estima que para 1995 había 5,747,843), con base en esto se ha determinado que aproximadamente el 6% de las personas mayores de 60 años pueden padecer la E.A; si tomamos en cuenta los estudios demográficos que se siguen realizando se piensa que para el año 2000 serán cerca de 7,000,000 las personas de 60 o más años, siendo en promedio unas 420,000 las afectadas por Alzheimer, puesto que la esperanza de vida al nacimiento será para las mujeres de 72 años y para los varones de 68 años (Mendoza, 1995; Rangel, 1996).

Debido al incremento de la E.A. la sociedad mexicana. en 1992, crea dos Centros de Atención Diurna "Francisco Espinosa Figueroa" (D.F. y Querétaro) con el propósito de apoyar al enfermo y a su familia, pero debido al incremento que se sigue dando se han construido más en el resto de la República. con la finalidad de que en cada estado exista al menos un Centro de Atención Diurna.

Este creciente aumento ha llevado al establecimiento de nuevas condiciones, en las cuales se han involucrado los efectos que tiene sobre el enfermo desde un punto de vista médico o biológico, al igual que el efecto que tiene sobre la sociedad (familia, comunidad, trabajo) y los efectos psicológicos. Ya que con el Alzheimer se da una desintegración de la personalidad, se vuelven tan frágiles, que un resfriado puede complicarse en una neumonía, y aunque la memoria se ve afectada, conservan hasta el final (como ya fue mencionado) la memoria emocional (Rangel, 1996).

Por lo anterior, consideramos que en este proceso no se pueden incluir sólo al que padece la enfermedad, sino que hay que incluir todas aquellas circunstancias (como el trabajo) y personas (como familia), que forman y han formado parte de su realidad.

De esta forma el Alzheimer a nivel mundial está entre las cinco primeras causas de muerte. Provocando desconcierto en diferentes países, lo cual permitió la creación a nivel

mundial de la Federación Internacional de Alzheimer con la participación de 33 países, la cual retoma las estadísticas de cada uno y ha estipulado que para el año 2025 habrá 100,000,000 de personas con la E.A; o más.

1.9) IMPACTO FAMILIAR.

Como ya se ha manejado en los apartados anteriores, el estudio de la E.A. es reciente aunque su existencia es larga por lo cual aún se están haciendo investigaciones sobre todos los factores que se ven relacionados con ella.

La familia es el primer lugar donde tiene repercusión la E.A. y en donde es más evidente la sintomatología. Debido a que desde las primeras manifestaciones de la enfermedad (olvidos repentinos, cambios de carácter) hasta el deterioro característico de las últimas etapas, en donde el paciente se vuelve totalmente dependiente de la familia, es quien le asiste y provee de cuidados tanto físicos, afectivos y emocionales. Esto se considera característico de las sociedades latinas (como la Mexicana) donde conviven diferentes generaciones, a diferencia de la sociedad Estadounidense donde las personas mayores son remitidas a instituciones especializadas.

Cabe señalar que uno de los momentos más difíciles que tiene que afrontar la familia, es el subsiguiente al

diagnóstico, debido al impacto que causa el enfrentarse a una enfermedad desconocida.

En este sentido, la familia se ve envuelta en un proceso de duelo, que es la vivencia de aquellos sentimientos y estados de ánimo que experimentan al enfrentarse a la pérdida próxima o consumada de algún pariente. En el caso de la familia del paciente con Alzheimer, el darse cuenta de la gradual pérdida de habilidades y modificación de la personalidad de su ser querido, provoca que se produzca un duelo anticipado, que al igual que un duelo en cualquier otra circunstancia, va a constar de 5 etapas principales, las cuales son negación, rabia, regateo, depresión y aceptación, siendo definidas por Gómez (1994); Lazcano (1996); Mendoza (1995) y Tackenberg (1993), de la siguiente forma:

1) NEGACION.- Puede ser entendida como el primer confrontamiento de la enfermedad y la familia, en la cual no se acepta el diagnóstico con todas sus implicaciones. Generalmente la negación se presenta como una defensa provisional, que funciona para disminuir el impacto de la noticia, que en este caso, se presenta de manera inesperada.

2) RABIA.- Se manifiesta en que la familia al no encontrar una solución, respecto a la E.A, experimenta sentimientos de frustración, culpa, incapacidad, ira, etc; además existe una tendencia a culpar a otro miembro de la familia, respecto a conflictos anteriores que creen pudieron

propiciar la presencia de la E.A; o el resurgimiento de conflictos no resueltos a lo largo de la historia familiar y que imposibilita el establecimiento de una adecuada comunicación dentro del sistema familiar para encontrar alternativas hacia la aceptación.

3) REGATEO.- En esta etapa la familia empieza a aceptar la posibilidad de la enfermedad, y sus consecuencias, sin embargo, sigue buscando alternativas de solución, aun cuando estas sean irreales. A la familia lo que le interesa es que el paciente se mejore y su vida vuelva a ser la de antes.

4) DEPRESION.- Es la etapa más difícil del proceso, ya que la familia en muchas ocasiones no cuenta con las herramientas necesarias para superarla, se caracteriza por un sentimiento de desamparo, tristeza profunda, falta de esperanza, soledad, aislamiento, etc; que provoca el continuo deterioro de la salud del paciente. De tal manera que vislumbran cada vez más alejada la recuperación de su familiar. Otra característica importante es que la salud del cuidador primario se ve notablemente deteriorada (no por un proceso de enfermedad, sino por el aislamiento y agotamiento que implica el cuidado del enfermo de Alzheimer). También es importante el descuido que genera en el resto de la familia, los celos de los otros miembros, etc.

5) ACEPTACION.- En esta etapa la familia, se ha hecho a la idea de que el proceso de la enfermedad que padece su

familiar es irreversible, aun cuando no dejan de sentir angustia y dolor, buscan mejores formas de atender a su paciente, ya sin formularse falsas ilusiones.

Así mismo, en el proceso del duelo se pueden ver implicados otro tipo de factores como son la culpabilidad, el estrés, el resurgimiento de conflictos del pasado no resueltos, la vergüenza, la confusión, el temor, el papel que juega el enfermo dentro de la familia, la rigidez o flexibilidad de la misma hacia el cambio, etc; lo cual puede influir en la duración del proceso e incluso en que se pueda llegar a una aceptación.

Al respecto Bonilla y Chávez (1995), reportaron en una investigación realizada con población mexicana que asistían al grupo de apoyo Colonos de Echegaray, que en su mayoría, en el primer momento en que se enteraron de la enfermedad, desconocían su etiología, manifestaciones clínicas y evolución, lo cual les llevaba a presentar una negación (angustia), que se reflejaba en buscar diferentes opiniones médicas. Además de que en muchos de los casos la estructura familiar se veía alterada parcial o totalmente, a consecuencia del diagnóstico.

Tomando como base todo lo manejado en este capítulo, podemos decir que gran parte de las investigaciones respecto a la enfermedad de Alzheimer se han enfocado únicamente al descubrimiento de su etiología, para que con ello se pueda

llegar a una posible cura; dejando de lado un factor de suma importancia como lo es la familia, que atraviesa por un duelo, el cual repercute en dos niveles tanto individual como grupal. Por tal razón en el siguiente capítulo se abordará el tema de la familia considerando antecedentes, definiciones, tipos y funciones de la familia así como su ciclo vital.

NOTAS.

1) Neurofibrillas: Son prolongaciones de las neuronas que tienen la función de comunicarlás entre sí; existen dos tipos de neurofibrillas unas son cortas y otras alargadas, ambas están formadas por neurofilamentos delgados o microtúbulos que son los encargados de transportar materiales desde el cuerpo celular hasta las terminales sinápticas. Por lo tanto las neurofibrillas son un grupo de neurofilamentos.

2) Placas: En este sentido se considera las placas neuríticas, que son también conocidas como placas seniles; están formadas por depósitos amiloideos rodeados por una telaraña de prolongaciones de astrocitos (que proporcionan estructura de soporte y proliferan para ayudar a reparar el daño en el tejido neuronal; contribuyen en la transmisión sináptica), axones dilatados y restos de neuronas.

Consultado en: De Groot, J. y Chusid, J.G. (1989). Neuroanatomía correlativa. México, El Manual Moderno.

CAPITULO II.

LA FAMILIA.

HIJO.

Si quieres amarme
bien puedes hacerlo.
Tu cariño es oro
que jamás desdeño
más quiero comprendas
que nada me debes.
Ahora soy el padre.
Nunca en mis angustias
por verte contento
he trazado signos
de tanto por ciento.
Ahora pequeño,
quisiera orientarte:
mi agente viajero
llegará a cobrarte...
Será un niño tuyo,
gota de tu sangre.
Presentará un cheque
de cien mil afanes...
y entonces mi niño,
como un hombre honrado
a tu propio hijo
deberás pagarle.

Rudyard Kipling.

C A P I T U L O I I .

LA FAMILIA.

2.1) ANTECEDENTES.

La familia es una de las instituciones más antiguas que existen, la cual a través de la historia ha evolucionado hacia determinar las relaciones que se presentan entre sus miembros.

Lo que ha despertado el interés de diferentes disciplinas, encargadas del ámbito social y psicológico, las que independientemente de la corriente teórica que intente conceptualizar a la familia, por factores que intervienen en su caracterización, tenemos que todas están encaminadas a cumplir con funciones universales, las cuales son: la satisfacción de las necesidades biológicas básicas para sobrevivir y otras necesidades materiales que mantienen la vida y provee protección ante peligros externos, que se realizan mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social; provee la unión social que es lo principal dentro de los vínculos de las relaciones familiares; brinda las oportunidades para desplegar la identidad personal, ligada a

la identidad familiar; moldea los roles sexuales. lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual; fomenta la ejercitación para integrarse a los roles sociales y aceptar la responsabilidad social; fomenta el aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual y mantiene la unión y solidaridad en la familia, con un sentido positivo de la libertad (Páramo, 1985).

2.2) DEFINICIONES.

La familia como una estructura social ha sido definida desde diferentes puntos de vista, como es el caso de la antropología, para la cual es un conjunto de individuos que pueden mostrar tres formas de relacionarse ya sea de primer, segundo y tercer orden en el parentesco consanguíneo; mientras que la sociología la considera como un sistema abierto multilíneal, Berenstein, (1987) ha tomado tres tipos de familia principalmente, las cuales son:

1) Extendida.- La cual combina el mayor número de generaciones posibles, (existen padres, abuelos, tíos, etc, conviviendo).

2) Troncal.- Se refiere al tipo predominante en otras sociedades, donde el hijo mayor se quedaba en la unidad familiar, y los varones jóvenes formaban familias independientes.

3) Nuclear.- Donde el padre desempeña el papel de proveer el soporte económico para la familia, mientras que la madre juega el papel de líder expresivo teniendo que velar por los aspectos emocionales de los hijos, en este tipo de familias unicamente conviven dos generaciones, padres e hijos.

Desde el enfoque psicológico Lyman C. Wynne (citado en Berenstein, 1987), ha definido a la familia como una unidad formada por padres e hijos; donde lo relevante es el tipo de relaciones que se establezcan entre ellos (y no tanto los lazos consanguíneos), lo cual repercute en el comportamiento de cada uno de sus integrantes y en que se mantenga o modifique la forma de interactuar.

De ahí que Minuchin (1986) define a la familia como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo modificándose o adaptándose, de acuerdo a los parámetros culturales, y que sin embargo conserva su estructura y raíces universales. Por lo que la familia es un sistema humano básico de naturaleza abierta, integrado por cuatro subsistemas fundamentales que a su vez integran el sistema familiar.

1) Constituido por lo individual, que son las características particulares de la persona o individuo que lo forma.

2) Conyugal, se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, y ejercer tareas o funciones específicas y vitales para el funcionamiento de ese sistema, siendo importante la complementariedad que cada uno de los esposos se brinde, de modo que sin perder su individualidad, se conforma un sentimiento de pertenencia.

3) Parental, se forma cuando la pareja ya establecida tiene a su primer hijo, desempeñando nuevas tareas, como la de socialización sin que implique esto el renunciar al apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal.

4) Fraternal, esta integrado por las relaciones que se mantienen entre los hijos de una pareja (hermanos), en este contexto los niños se apoyan, se aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente, además de que desarrollan habilidades que facilitan sus relaciones sociales con otros subsistemas (amigos, compañeros y pareja).

Con base a todo lo anterior, la familia es un sistema que puede ser considerado como la unidad básica de crecimiento, de experiencia, de éxito y fracaso al igual que es la unidad básica de salud y enfermedad. La familia esta integrada por una fusión de variables biológicas, psicológicas, sociales, económicas y axiológicas. Los miembros de la familia se encuentran unidos psicológicamente

por relaciones mutuas y por la satisfacción de sus respectivas necesidades afectivas, que evolucionan ante las exigencias de su entorno y de sus integrantes, por ello independientemente de la corriente teórica que trate de dar cuenta de lo que es la familia, debemos considerar que los factores socio-económicos, políticos y culturales, así como el contexto histórico otorgan características y pauta de comportamiento e interacción únicas para ella. De tal forma que podemos encontrar diferentes tipos de familias.

2.3) TIPOS Y FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Retomando lo anterior las familias de acuerdo con Barrios (1983) y Becerra (1997), se pueden clasificar con base a su desarrollo, lugar geográfico, ocupacional, funcional y estructural:

2.3.1) EVOLUCION HISTORICA: Se consideran dos etapas evolutivas, la arcaica que se subdivide en salvajismo y barbarie (divididos a su vez en tres estadios cada uno); y en civilización que se subdivide en tradicional y moderna. De tal manera se tiene que:

2.3.1.1) SALVAJISMO: Durante el estadio inferior el hombre vive en los bosques, la alimentación es

rudimentaria, no existe propiamente dicho una familia integrada, se unen en grupos para sobrevivir. En el estadio medio, se descubre el fuego, y en lo que respecta a la familia sigue sin cambios. Ya en el último estadio, empiezan a tener más recursos alimentarios, y aparece la familia Punalua caracterizada por una promiscuidad total, presentándose el matrimonio por grupos (las mujeres pertenecen a todos los hombres y viceversa).

2.3.1.2) BARBARIE: Se inicia la domesticación de animales, la agricultura y un poco la ganadería, la familia Punalua inicia su decadencia y comienza el matrimonio monogámico (por el problema del reconocimiento de los hijos), dando origen así a la familia Sindiásmica. En el segundo estadio, aparece el sedentarismo y con ello la formación de comunidades donde las familias viven en casas protegidas y continua con su evolución. En el último estadio la familia continua su evolución dentro de la monogamia.

2.3.1.3) TRADICIONAL: Queda enmarcada por la industrialización de los alimentos y otros avances propios de la época, donde a la mujer se le educa para cubrir el rol de esposa-madre, resaltando la importancia de la procreación y cuidado de los hijos; mientras que el hombre se encarga de

proveer todo lo que requiere la familia, y es quien toma las decisiones de importancia o trascendencia para la misma.

2.3.1.4) MODERNA O CONTEMPORANEA: Donde las funciones tanto del padre como de la madre no son claras, es decir la mujer inicia su independencia laboral, quedando en segundo término las labores del hogar, en este sentido el padre suele apoyar en las labores domésticas y cuidado tanto educacional como emocional de los hijos. En este periodo las labores son compartidas, aun así la mujer sigue jugando tres roles 1) esposa-madre (encargada del cuidado y educación de los hijos), 2) esposa-compañera (al compartir aspectos emocionales y sexuales con el esposo) y 3) esposa-colaboradora (al organizar las labores del hogar, y en ocasiones cooperar con trabajo adicional que le remunere económicamente), los cuales se alternan de acuerdo al momento.

2.3.2) SEGUN SU UBICACION FISICA: Retoma tres ubicaciones considerando el lugar en que se desenvuelve la familia, estas pueden ser la rural, la suburbana y la urbana:

2.3.2.1) RURAL: Este tipo de familia es representativa del campo, aunque también puede vivir en forma dispersa, se caracteriza por no contar con algunos servicios

tales como agua potable, luz, drenaje, etc. Entre los momentos de la familia se da una cooperación ya que esta es necesaria para que su situación económica no se vea alterada bruscamente y se puedan seguir satisfaciendo las necesidades básicas de sus integrantes. Los hijos mayores en ocasiones sirven de guía a sus hermanos menores como figura de autoridad parecida a la del padre.

2.3.2.2) SUB-URBANA: Vive en los grandes suburbios de las ciudades o poblaciones menores de 10.000 habitantes, tienen en forma parcial los servicios urbanos, la gente se encuentra sub-empleada o desempleada.

2.3.2.3) URBANA: Estas familias se encuentran en las inmensas ciudades y se organizan de acuerdo a las condiciones encontradas en los centros de producción, cuestiones económicas y sociales, que son necesarias para el mantenimiento de sus miembros, cuentan y gozan de todos los adelantos propios de la época.

2.3.3) SEGUN SU OCUPACION: Esta clasificación se hace de acuerdo con las actividades que desempeña, por lo cual se tiene la campesina, la obrera y la profesional:

2.3.3.1) CAMPESINA: Se dedica a las labores propias del campo, como son la agricultura, ganadería, y en algunas ocasiones artesanías ya sea en barro, bordados, tejidos, etc.

2.3.3.2) OBRERA: Labora en las grandes, medianas y pequeñas empresas, son las que realizan el trabajo más pesado (mano de obra), y los sueldos muchas veces no están acorde con lo que realizan.

2.3.3.3) PROFESIONAL: Es aquella que cuenta con estudios superiores y título que los avala como profesionales en alguna rama, y le permite desempeñar o aspirar a puestos calificados como directivos, de confianza, o por cuenta propia.

2.3.4) SEGUN LAS RELACIONES QUE PREVALECE: Esta clasificación se basa en las relaciones que se presentan entre sus miembros, las cuales son integrada, semi-integrada y desintegrada:

2.3.4.1) INTEGRADA: Es donde se cuenta con la colaboración de cada uno de los miembros en forma total y desinteresada, cada miembro juega el rol que le corresponde con armonía, la comunicación es clara y directa, superan las

crisis sin repercutir sobre ningún miembro, manteniendo la funcionalidad en forma integral.

2.3.4.2) SEMI-INTEGRADA: Las interacciones que se dan en esta familia o afectan directamente a los miembros, presentándose cambios de roles, los límites pueden estar ligeramente confusos, aun así mantienen o tratan de mantener una comunicación lo más clara posible.

2.3.4.3) DESINTEGRADA: No se cuenta con la colaboración o apoyo de los miembros, cada uno realiza sus actividades de manera aislada, se puede encontrar un juego de roles rígido, la comunicación no es lo suficientemente clara y se manejan mucho las interpretaciones, los malos entendidos o las confusiones, esto trae como consecuencia que en las crisis que se presentan siempre exista algún miembro que resulte lesionado por ella.

2.3.5) SEGUN SU ESTRUCTURA: Considera tres tipos de familia según el número de integrantes y los lazos consanguíneos que los unen teniendo, el nuclear y la extensa.

2.3.5.1) NUCLEAR: Se encuentra constituida por el padre, la madre e hijos, viviendo bajo un mismo techo, designando y compartiendo deberes y obligaciones.

2.3.5.2) **EXTENSA:** Esta formada por la pareja, los hijos, además de convivir con ellos otras personas que pueden ser parientes consanguíneos o políticos, formando también otro núcleo familiar que conviven bajo el mismo techo.

Como se ha podido observar estos autores Barrios (1983) y Becerra (1997) han intentado clasificar o caracterizar los diferentes tipos de familias que existen, sin embargo cabe señalar que en la práctica resulta difícil encontrar una familia delimitada por dichas características, debido a que cada definición surge en un ámbito histórico distinto.

2.4) CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

Al considerar a la familia como un organismo, el término sugiere el aspecto biológico, que le adhiere las cualidades de un proceso viviente y una unidad funcional. La familia posee una historia, un ciclo vital, es decir, algo que se repite en lo relativo al desarrollo de las familias (González, 1993).

Este ciclo se considera aquí como una serie de estadios o etapas, por las que ha de pasar la familia a lo largo de su desarrollo, es una forma en la cual los diferentes autores han vislumbrado el estudio de la familia a partir de los

procesos que en ella se dan. sin embargo hasta ahora no existe acuerdo entre ellos respecto al número y características de cada etapa.

En este sentido Peniche (1984), considera tres etapas por las cuales atraviesa el desarrollo de las familias de clase media urbana en México, siendo estas: a) Prenupcial, que se caracteriza por la selección del cónyuge, conocida también como noviazgo. b) Nupcial, se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, en donde se presenta una reorganización, para una nueva forma de vida. Y c) Formación de los hijos, inicia con la llegada de un nuevo miembro a la familia (hijo) el cual provoca un fuerte cambio en la vida de la pareja.

Esta etapa supone un largo y continuo aprendizaje en el proceso de convertirse en padres que repercute en las actividades y en la practica sexual de la pareja, por lo que es necesario no perder la intimidad, replantearse los roles que habian estado desempeñando, y buscar ampliarlos y enriquecerlos en lo relativo a la crianza y educación del niño.

Por otro lado, Estrada (1993) nos menciona que el ciclo vital de la familia esta constituido por 7 etapas, las cuales representan cambios dentro de la estructura familiar estas son:

1) Pareja (matrimonio sin hijos).- En esta etapa del ciclo vital de la familia, se da un encuentro entre dos personas de sexos opuestos, los cuales plantean la posibilidad de vivir juntos en una forma de contrato, el cual puede estar sustentado en una base jurídica y en una moral-afectiva. Aquí ambos miembros tratan de aceptarse en un sentido individual, para poder compartir una serie de aspectos (como sus expectativas, identidad, creencias, economía, etc.), y con ello estabilizar una relación.

2) Pareja con niños pequeños (menores de cinco años).- Después de que se estabiliza la relación conyugal, los miembros empiezan a vislumbrar la posibilidad de tener hijos. Se piensa que existen las condiciones económicas y emocionales para poder educar a un nuevo ser, sin embargo la pareja tiene que lograr una reorganización y adaptación a nuevas condiciones dentro de su hogar.

3) Pareja con niños de edad escolar (entre 6 y 12 años).- En esta etapa los padres son sometidos a una nueva reorganización, ya que el niño al asistir a la escuela, traerá consigo una serie de necesidades nuevas en lo económico y emocional. El niño empieza a relacionarse con nuevas personas las cuales se comportan de diferente manera a él, lo cual le permite experimentar nuevas cosas y fomentar su curiosidad, que se vera en algunas ocasiones satisfecha por sus padres.

4) Familia con adolescentes (entre 12 y 20).- Durante esta etapa del ciclo vital, se presentan fuertes problemáticas, que ponen a prueba la capacidad de adaptación de la familia. Ya que los adolescentes buscan una identidad propia y una independencia emocional que provoca conflictos con los padres, porque poco a poco van perdiendo control sobre ellos (sus hijos). También puede ocurrir que en los padres muestren un sentimiento de desilusión, si el hijo no ha alcanzado las expectativas que tenían hacia él. Por su parte el adolescente empieza a comparar a sus padres con otras personas como maestros, amigos, ídolos musicales, deportistas, y actores con quien el joven se identifica, haciendo que sus vínculos de identificación inicial (padres) se vayan debilitando. Con todo esto, los padres se ven en la necesidad de reestructurar las reglas familiares donde las ideas suelen no ser compatibles con las de sus hijos llegando a presentar conflictos.

5) Pareja con hijos adultos dentro del hogar (mayores de 21 años).- Después de haber afrontado la etapa de la adolescencia, los hijos dentro del hogar se encuentran con una personalidad más estable, lo cual no le excluye del seguimiento de reglas dentro de la familia. Dándose cuenta que su independencia no es total puesto que recibe aun el apoyo económico y/o emocional de sus padres.

Los hijos pueden casarse y seguir viviendo con los padres, lo que obliga a admitir nuevos miembros a la familia y replantear nuevas formas de convivencia, además de el enfrentamiento que se genera por los conflictos intergeneracionales. De igual manera, esta etapa puede anteceder la independencia de los hijos, que pensaron en vivir de forma independiente con sus familias.

6) Pareja sola (nido vacío).- En esta etapa se presenta el "síndrome del nido vacío", para hacer referencia al aislamiento y depresión de la pareja que a estas alturas ve culminada sus actividades de crianza.

La pareja se encuentra sola y con la necesidad de reencontrarse uno al otro (en un plano tanto emocional como sexual), puesto que se dan cuenta que se desconocen, después de que sólo se relacionaban para la crianza de los hijos. Por lo tanto es frecuente que se den discusiones fuertes entre los cónyuges, que alertan a los hijos, y se empieza a abrir el camino para la última etapa de la vida, la vejez.

7) Vejez.- La pareja se enfrenta a nuevas problemáticas, como la jubilación, al aislamiento producto de la discriminación social o/e incluso a la viudez en donde se ha visto que cuando es el hombre quien queda sólo, busca establecer una nueva relación de pareja, no así cuando es la mujer quien enviuda.

En esta etapa la enfermedad que se ve asociada con la edad donde va perdiendo poco a poco su independencia, por lo cual en algunas ocasiones son reclusos en hospitales o asilos, sin embargo hay que recordar que la mayoría de los ancianos en México permanece en el núcleo familiar.

En relación a esta última etapa, hay que tomar en cuenta que no es únicamente el estadio final de la evolución familiar, sino que también es la última etapa del desarrollo del individuo, por lo cual en el siguiente capítulo retomaremos las definiciones, características y la atención institucional que se le brinda a las personas de la tercera edad o llamadas despectivamente "viejos".

CAPITULO III.
ANCIANIDAD O VEJEZ.

LAS BENDICIONES DEL ANCIANO.

BENDITOS sean aquellos que excusan mi torpeza al caminar v la poca firmeza de mi pulso.

BENDITOS los que comprenden que ahora mis oidos mucho se esfuerzan para escuchar lo que me dicen.

BENDITOS aquellos que se dan cuenta de que mis ojos están empañados y limitado mi sentido del humor.

BENDITOS los que disimulan el que alguna vez derramé el café sobre la mesa.

BENDITOS los que sonrientes se detienen a charlar conmigo por unos instantes v escuchan con interés lo que les digo.

BENDITOS los que excusan mis olvidos v nunca me dicen: eso va me lo habias contado.

BENDITOS los que me permiten evocar recuerdos felices del pasado que me hacen sentir querido v respetado y que no estov solo en el mundo.

BENDITOS aquellos capaces de comprender lo difícil que me es hallar fuerzas para sobrellevar mi vejez.

BENDITOS aquellos que de vez en vez se acuerdan de hacerme algún obsequio por sencillo v pequeño que éste sea.

BENDITOS aquellos que con amor me ayudan a esperar tranquilo y sonriente el dia de mi partida.

Anónimo.

C A P I T U L O I I I :

ANCIANIDAD O VEJEZ.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, la vejez o ancianidad, es la etapa final en el desarrollo de cualquier individuo, puesto que aun cuando hay un decremento en algunas habilidades (físicas o mentales), la persona sigue manteniendo relaciones e influencia reciproca con otros grupos (amigos, familia, trabajo, comunidad). Por lo cual es de suma importancia el esclarecer y/o definir el verdadero significado de ancianidad o vejez, así como sus características y las medidas que se han creado en la sociedad para la atención de este sector.

3.1) DEFINICIONES.

Al hablar de la vejez, se toman en cuenta muchas características, que dificultan el tener una definición clara y que agrupe todos los aspectos que la integran y caracterizan. Prueba de esta falta de unificación, la podemos encontrar en las diferentes formas en las cuales se hace mención de la etapa de la vejez como: senilidad, tercera

edad, adultez, ancianidad, senectud, entre otras; y la tendencia a ser analizadas desde diferentes puntos de vista sin tomar en cuenta la totalidad de las características que la integran, como es el caso de la sociología, medicina y psicología (Martínez, 1996).

Desde el punto de vista de la sociología, la vejez es definida en términos de productividad y edad cronológica en el sentido de haber alcanzado la edad de 65 años.

En este sentido el punto central de la definición concierne a lo que el individuo puede aportar a su sociedad (productividad). Por lo que aquellas personas que ya no tienen las capacidades físicas para laborar en cualquier área de la sociedad se les considera como viejos, aun cuando se sabe que la edad no puede determinar las capacidades y limitaciones de una persona.

La medicina por su parte, la define como el último periodo de la vida de la persona, que se ve caracterizado por un déficit de las actividades fisiológicas y una vulnerabilidad o propensión al surgimiento de enfermedades (Gómez, 1988).

En lo que respecta a esta definición, podemos observar que se aboca a los aspectos fisiológicos del individuo, dejando de lado otras áreas de gran importancia como lo social y psicológico; y aunque en esta etapa se consideran

vulnerables a la enfermedad, estas pueden presentarse en cualquier etapa de la vida.

Por su parte desde la psicología se define al envejecimiento como un proceso complejo, de características individuales, en el que las motivaciones personales a partir de los 65 años de edad y los significados de las situaciones ante las que se enfrenta influyen poderosamente en su comportamiento, lo mismo que en otras etapas de la vida (Gómez, 1988).

Dentro de esta definición, se retoman los aspectos sociales y psicológicos del individuo, pero le resta importancia al aspecto biológico, que si bien no es determinante, debe tomarse en cuenta para cualquier definición de la vejez que se pretenda realizar.

Según Kunter, gerontólogo (citado en Martínez, 1996) "el envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de los roles y funciones sociales, que ocurre a medida que el individuo envejece cronológicamente, y aflora debido a cambios en el rol y status impuesto sobre él, tanto por su sociedad o por mala suerte, o deliberadamente aceptado por él"...(pág. 2).

Otra definición es la mencionada por Hunt (citado en Martínez, 1996), quien define a la vejez "como la disminución esencialmente irreversible con el pasar del tiempo, de la habilidad del organismo o alguna de sus partes, de adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés al que esta sometido y que culmina con la muerte del organismo" ...(pág. 12).

Vergara por su parte (citado en Martínez, 1996) define al envejecimiento como "una disminución de la capacidad de adaptación, como un periodo de vida en el que las pérdidas exceden a las ganancias" ... (pág. 14).

Martínez (1996) la define como la última edad de la vida, cuyo comienzo se inicia en los 60 años, pero que puede ser retrasado o adelantado más o menos, según la constitución individual, el tipo de vida y las circunstancias que la rodean.

Dada la dificultad para definir vejez, se concluye que dicha definición dependerá de la época, el lugar, actividades y necesidades de cada cultura, la edad del observador y no solo de las características de la persona que se encuentran viviendo esta etapa. Al respecto se afirma que la edad y el envejecimiento se relacionan con fenómenos biológicos y sociales, pero el significado de ambos está determinado por la sociedad y la cultura. Se afirma que la edad social es un concepto relativo que varía de acuerdo a los diferentes contextos culturales y, al tratar de comprender las condiciones sociales que afectan a la vejez, es importante que comprendamos que las definiciones del envejecimiento, como también las condiciones y funciones sociales de cada grupo de edad, no solo han cambiado significativamente con el transcurso del tiempo, sino que además varía en las diferentes culturas (Moragas, 1991).

3.2) CARACTERISTICAS.

Las unicas dos disciplinas encargadas de estudiar los aspectos tanto sociales como médicos, son la gerontologia y la geriatria respectivamente.

Sin embargo, estos han sido limitados por la falta de parámetros de comparación, puesto que la mayoria de los estudios de desarrollo normal y anormal se limitan hasta la adolescencia y son muy escasos los que se concentran en la edad adulta (Escobar, 1995).

Y debido a que no hay parámetros para la definición de la vejez, Katenbaum, (1980) y Laforest, (1991) han considerado tres aspectos, los cuales son:

3.2.1) ASPECTO CRONOLOGICO.- Se define como el hecho de haber cumplido 65 años, y aunque este dato es importante no es determinante de la etapa, ya que a cualquier edad se suman cuestiones personales y ambientales que determinan un cambio global en el estado de la persona, que se puede considerar un viejo.

3.2.2) ASPECTO BIOLOGICO.- Este aspecto se relaciona con el anterior, ya que con el tiempo el organismo sufre un deterioro estructural y funcional que disminuye la

capacidad del individuo, llevandolo a situaciones como la jubilación o incapacidad para participar en actividades productivas (que requieren de un esfuerzo físico), cosas que tiempo atrás realizaba sin problemas, poniendose también de manifiesto, en esta etapa, un aumento en las probabilidades de aparición de enfermedades o bien sus efectos son más marcados.

3.2.3) ASPECTO SOCIAL.- La sociedad ha dado ciertos calificativos a la vejez, entre ellos están la debilidad, enfermedad, dependencia, decadencia, ociosidad, etc; esto ha llevado a que se aisle generalmente al anciano, en algunas ocasiones por considerarlo una carga, mientras que en otro tipo de sociedades la vejez es considerada como sinónimo de sabiduría y experiencia.

Para que una vejez sea saludable, depende de muchos factores, entre los cuales encontramos los genéticos, el contexto en el que se desenvuelve, psicosocial y afectivo.

En este último punto, se debe considerar el desarrollo humano óptimo en todas sus esferas, y en cada una de las etapas por las que atravesó (niñez, adolescencia, adultez, madurez). De esta manera la vejez no es más que el resultado final de las experiencias obtenidas de las etapas anteriores (Morangas, 1991).

Sin embargo hay que considerar que un porcentaje de la población senil evoluciona hacia la enfermedad, ocasionado por el descuido de los factores antes mencionados, por otra parte existen enfermedades propias de la edad, considerando el factor biológico, entre las cuales podemos mencionar a la osteoporosis, la hipertensión, los accidentes vasculares cerebrales, el infarto de miocardio, neoplasias diversas, artritis reumatoide, demencias, entre otras.

Estas enfermedades contribuyen a que muchas veces sean las propias familias quiénes limitan y/o rechazan al anciano, ya que empiezan a presentarse algunos problemas a nivel físico y/o mental que le limita en la elaboración de tareas. Además de que piensan que los temas de interés no son compartidos por la diferencia de edades, al considerar que en ellos los ancianos se da un retroceso en sus funciones cognitivas; y en casos más extremos no es capaz de atender su cuidado personal (Pyke, 1992).

Estas personas son considerados inapropiadamente como niños nuevamente, sin otorgarles el respeto que se merecen por parte de familiares, lo cual le impide enriquecer su vida. La familia es la fuente elemental de apoyo emocional que presenta características particulares, debido a que en ella se combinan diferentes generaciones y diversas situaciones sociales (matrimonio, viudez, divorcio, nietos, amistades, hermanos), (Papalia, 1995; Rangel, 1995).

En lo referente al matrimonio: podemos considerar que son pocos los que llegan a durar toda la vida, 50 o más años, debido a que por cuestiones de salud o sociales pierden a su pareja, sin embargo en las existentes los aspectos más gratificantes son la compañía y la capacidad de expresar sentimientos, sin que por ello se pierda el romance, diversión y sensualidad, en contraposición al mito que se tiene de que las personas mayores no tienen demandas sexuales.

Estos mitos en relación a la sexualidad del anciano se presenta de una manera aun más marcada en las personas que padecen una demencia, sin tomar en cuenta, que las personas de la tercera edad (enfermas o sanas) buscan satisfacer su sexualidad (no siempre a un nivel genital), sino mediante caricias, contacto físico y convivencia, puesto que a pesar de las posibles deficiencias biológicas que pueda presentar, lo emotivo sigue siendo algo muy importante como en cualquier etapa del desarrollo (Estrada, 1993; Kastenbaum, 1980; McCary, 1983; Papalia, 1995; Rangel, 1995).

Si bien es cierto que estas personas tienen aun la capacidad de manifestar su sexualidad, en la mayoría de las ocasiones se ven inhibidas por su ambiente social, en el que se les considera como situaciones ridículas, y que conlleva a que ellos las consideren como tales.

Por otra parte, en esta etapa la viudez es más frecuente en las mujeres que en los hombres, debido a que cuando una mujer se casa, tiende a hacerlo con un hombre mayor que ella; y al enviudar no suele volverse a casar, además de que el promedio de vida de las mujeres es más alto que el de los hombres.

Empero, tanto para hombres como para mujeres es una situación impactante, puesto que el viudo enfrenta grandes problemas emocionales y prácticos, puesto que ha perdido a un amante, un confidente, un gran amigo (a) y un compañero (a) constante; así como con la persona con quien se han acostumbrado a discutir y tener diferencias.

La vida social también sufre cambios, puesto que los amigos y la familia tienden a reunirse inmediatamente con quien ha enviudado, siendo estas uniones temporales debido a la necesidad de regresar a sus actividades cotidianas dejando nuevamente sola a la persona viuda.

Los aspectos que se relacionan para que una persona supere esta crisis son: su personalidad y de las circunstancias por las que enviudo, dado que las personas que más fácil se adaptan a esta situación, suelen ser aquellas que se mantienen ocupadas, desempeñan nuevos papeles o participan en actividades que ya conocen, aunque hay algunas otras que por el contrario tienden a deprimirse, aislarse,

perdiendo el interés por la vida, dejándose morir (Moragas, 1991; Papalia, 1995; Pyke, 1992).

No es común en esta etapa que ocurra un divorcio, y en los pocos casos que llegan a presentarse, los cónyuges pueden manifestar algunos problemas para adaptarse a los cambios. En el caso de los hombres divorciados se sienten menos satisfechos con los amigos en las actividades extralaborales, lo que no ocurre con las mujeres, aunque la mayoría de los hombres tienden a buscar otra pareja, mientras que las mujeres se enfocan a realizar otro tipo de actividades en vez de pensar en otra pareja, dichas actividades pueden ser el cuidado de los nietos, el conservar amistades, asistir a eventos recreativos, dedicarse a actividades religiosas, entre otras (Rangel, 1995).

Entre las relaciones afectivas que se dan en la tercera edad, tal vez una de las más importantes es la que se establece con los nietos, a través de fuertes vínculos afectivos con ellos, cuestión que se ve mantenida por la convivencia ocasional y la compañía que se brindan mutuamente. Este vínculo presenta diferencias de acuerdo con el sexo, puesto que las abuelas tienden a tener relaciones más íntimas y cálidas, y actúan como madres sustitutas, a diferencia de los abuelos.

Así, si presentan crisis o no, los abuelos son importantes fuentes de sabiduría, compañero de juego y

simbolos de la vida futura. Por lo cual se considera la función de los abuelos como una expresión del deseo humano, para trascender la mortalidad a través de poder transmitir sus conocimientos a nuevas generaciones.

En lo que concierne a las relaciones de amistad, estas se hacen más estrechas que en la edad adulta, debido a que no se sienten comprendidos y aceptados por sus familias, por lo que suelen buscar personas con las que se puedan identificar al compartir temas, gustos, experiencias, entre otras cosas; de tal manera que cuando uno de los amigos llega a faltar, la persona experimenta una gran soledad y un sentimiento de pérdida del interés por la vida, ya que la única persona con quien se podía identificar no estará más con él; y lo mismo sucede cuando pierde a su pareja (Estrada, 1993; Rangel, 1995).

Por último la relación con los hermanos tiene gran importancia, puesto que son uno de los principales apoyos emocionales que se pueden encontrar en esta etapa, aun cuando la gente a esta edad se siente más cerca de sus hijos y nietos, pueden recurrir a sus hermanos cuando necesitan apoyo (Kastenbaum, 1980; Moragas, 1991; Papalia, 1995). Por supuesto que en esto, como en algunos otros aspectos que se han mencionado, tienen que ver con la historia personal, lo que quiere decir que depende del como haya vivido la persona

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

en las etapas anteriores y de las relaciones que haya mantenido.

Algunas de las relaciones sociales antes descritas, se pueden dar tanto dentro del vinculo familiar como fuera de este, es decir en instituciones encargadas de su cuidado, públicas o privadas, como seria la amistad con otras personas de su edad, el volver a establecer relaciones de pareja, considerar a las personas que las cuidan como si fueran sus hijos, ya que todo esto debe ser considerado por las personas que los rodean (familiares y cuidadores) para permitirles que la última etapa de su vida sea más placentera, al disfrutar cada instante.

3.3) ATENCION INSTITUCIONAL.

La atención institucional hacia el anciano se ha convertido en un tema de gran trascendencia debido a las disminuciones en la mortalidad y al aumento de la expectativa de vida, permitiendo un crecimiento en la expansión demográfica.

Cuestión que ha originado el surgimiento de los servicios de planificación familiar, dado que se estima que la población en México crecera a 100 millones para el año 2000 y 137 millones para el 2030, considerando una tasa del 1% hacia la segunda mitad del primer decenio del siglo XXI;

con la que se espera un cambio en la estructura por edad, donde la población menor de 15 años para el 2030 sera del 23%. mientras que la población de 65 años ira aumentando de forma absoluta y relativa, que para el 2030 se estima que sera de 11.8 millones aproximadamente (8.4% del total poblacional) (Carvalllo, 1997).

Por otro lado, se considera que la esperanza de vida se ira incrementando, de tal forma que se estima que para el 2030 sera de 77 años, esto lleva a la modificación de patrones conductuales y sociales, tan es asi que el interés por el estudio de la vejez ha ido en aumento, gracias al enriquecimiento de las diferentes ciencias y disciplinas.

En México, por el año de 1937 se colocó la primera piedra para la construcción de la casa hogar para ancianos "Arturo Mundet". Y fue hasta el 22 de agosto de 1979, cuando por decreto presidencial se decide crear el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), asignandosele los objetivos de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana, asi como estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas (Márquez y Vázquez, 1996).

A principios de los 50's se iniciaron las investigaciones y los gerontólogos buscaron comprender los cambios psicosociales, viendolos en su contexto histórico, politico y económico.

Por su parte en México, a partir de la década de los 80's, en el INSEN se ha fomentado la participación de psicólogos, buscando disminuir depresiones y ansiedades, e incrementando autoestima y redes de apoyo social.

Por su parte el IMSS ha buscado también la posibilidad de disminuir patologías en grupos, todo esto promovido por los psicólogos (Carvallo, 1997).

Por ejemplo, actualmente en el Departamento de Fomento de la Salud del IMSS, delegación uno, región La Raza, se realizó entre 1996 y 1997 un programa de búsqueda de factores de riesgo ante enfermedades o padecimientos del anciano, con un equipo multidisciplinario, que ayude a satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Entre las cuales se encuentra el estudio de la familia, en la que se fundan lazos, deberes y derechos.

Con el fin de apoyar a la población anciana del país, algunas instituciones se han dado a la tarea de brindar sus servicios dentro del territorio nacional.

En este sentido Vázquez (1993, citado en Márquez y Vázquez, 1996) revisó los programas de asistencia dirigida a personas de la tercera edad, de dos instituciones: el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que en nuestro país son las únicas instituciones que otorgan una asistencia social al

anciano. Estas instituciones atienden diversos aspectos relacionados con los ancianos, como son el económico, el social, el educativo y el psicológico. Dentro de este último, el INSEN imparte actividades culturales y sociales, recreativas, vocacionales, residencias diurnas, talleres de terapia ocupacional y terapias psicológicas.

Por su parte en el DIF, se brindan servicios de talleres de terapia ocupacional y grupos de consejos de ancianos, además de la atención psicológica.

De acuerdo con Vázquez (citado en Márquez y Vázquez, 1996) el DIF tienen como tarea principal el brindar a los ancianos elementos primarios de subsistencia como son la alimentación, el alojamiento, la salud física; mientras que el INSEN se enfoca a brindar un bienestar social y psicológico.

El INSEN cuenta con un programa de educación de la familia y la sociedad en el conocimiento del anciano, que tiene como objetivo el cambiar la actitud de la familia y la sociedad en relación con su trato al anciano, propiciar el reconocimiento de su respeto y dignidad, propugnar por su bienestar, y dar a conocer características físicas y el papel que podría desempeñar dentro de la familia y la sociedad con base en el cúmulo de conocimientos y experiencias que posee. Para poder cumplir con dicho objetivo llevan a cabo conferencias y pláticas en centros de instrucción, proyección

de películas educativas y la organización de campañas educativas a nivel nacional, para lo cual se utilizan los medios de comunicación masiva.

Una vez revisados los aspectos generales de las características que se presentan en la etapa de la vejez, consideramos necesario hacer una revisión en el siguiente capítulo de los aspectos generales de la terapia familiar que nos brinde los elementos necesarios para la comprensión de esta investigación, así como para el intervenir en dicho sistema, retomando la importancia de las relaciones familiares y afectivas para la calidad de vida que se le brinde al anciano.

CAPITULO IV.

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.

MINUTOS DE SABIDURIA.

No te dejes abatir por la tristeza.

Todos los dolores terminan. Espera que el tiempo, con sus manos llenas de bálsamo, traiga alivio.

La acción del tiempo es infalible y nos guía suavemente por el camino seguro, aliviando nuestros dolores, así como la brisa suave mitiga el calor del verano.

Antes de lo que supones, tendrás una respuesta al consuelo que necesitas

No te dejes engañar: sólo tú serás responsable del camino que eliges.

Nadie podrá rendir cuentas por ti.

Procura, por lo tanto, vivir acertadamente, de acuerdo con tu conciencia.

¡No dejes que la calumnia te perturbe!, todos estamos sujetos a ella.

No pierdas tu serenidad.

Cuando nos mueve la cólera, la salud se descontrola, los órganos se perturban y sufrimos terriblemente.

Si tu amigo te traiciona, si un familiar inventa una calumnia, si aquellos a quienes ayudaste cometen una injusticia, una ingratitud, perdónalos.

Son personas enfermas: compadécelas.

Pero tú no pierdas la serenidad, no demuestres que estás ofendido.

P. Torres Pastorino.

C A P I T U L O I V .

TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.

En capítulos anteriores; se ha hablado de una serie de procesos que intervienen y afectan tanto al individuo como a su familia ante los síntomas de una enfermedad degenerativa, como en este caso es la Demencia Tipo Alzheimer, por lo cual para poder dar un apoyo terapéutico a nivel psicológico, es indispensable el contar con un enfoque pluridimensional en donde se influyan la mayoría de los elementos que conforman una totalidad, lo cual permita tener mayor campo de acción.

Una parte fundamental de dicho campo de acción es la familia, con la cual se debe trabajar de manera integrada, abarcando desde el diagnóstico de la enfermedad crónica (Alzheimer) hasta la muerte del paciente.

Es por ello que sugerimos como marco teórico, las ideas sistémicas y más específicamente las técnicas de Terapia Breve, Terapia de Crisis y Terapia Estructural.

4.1) TERAPIA BREVE.

Su desarrollo empieza en los años setentas, como resultado de los avances en la investigación y aplicación de

terapias familiares basadas en un paradigma circular que dejaba atrás la manera lineal de abordar los trastornos individuales y familiares.

Dentro de las propuestas de Terapia Breve, una de las principales fue desarrollada en el Mental Research Institute, de Palo Alto, California (M.R.I). Este grupo estuvo formado por un equipo multidisciplinario cuyo ideologo fue el antropólogo Gregory Bateson, quien junto con el ingeniero químico John Weakland, el sociólogo Jay Haley, el psiquiatra William Fry y el psiquiatra y psicoanalista Don Jackson, fundan en 1952 el M.R.I. Todos ellos tenían como interés común el estudio de la comunicación humana (Herrera, 1993).

El objetivo de este tipo de terapia se dirige a la solución de problemas en un periodo de tiempo corto, donde desde la primera entrevista se plantea una duración de la intervención, seguido de un planteamiento de metas, la intervención propiamente dicha (basándose en el empleo de paradigmas, redefiniciones y diseño de tareas para que el paciente realice en casa), y finalmente se hace una revisión de los progresos del paciente; dándole la pauta a seguir en una dirección correcta que le permita alcanzar logros futuros por su cuenta.

De acuerdo con Herrera (1993) este modelo se basa en los siguientes postulados:

1) Sistemico: El todo es mayor que la suma de las partes.

2) Interaccional: Una parte afecta y es afectada por las otras.

3) Estructural: Tomando en cuenta la totalidad, identifica las pautas de interacción que se repiten formando un todo invisible que da coherencia a las partes.

4) No patológico: Este modelo no busca patologías sino trabajar la disfuncional familiar.

5) El problema muchas veces está relacionado con una forma inadecuada de resolver las dificultades normales que se presentan en el vivir cotidiano.

4.2) TERAPIA DE CRISIS.

En los modelos sistémicos se considera que la familia como elemento vivo atraviesa por diferentes etapas de desarrollo, marcadas por diferentes crisis, las cuales según Wehster (citado en Pittman, 1990) "es un estado en el cual es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otro...pág.25". Con lo cual las cosas pueden mejorar o empeorar.

La crisis se produce cuando una tensión afecta al sistema familiar y éste requiere un cambio en la forma habitual de interactuar de sus miembros, siendo los cambios más representativos aquellos que sufre el sistema donde los

limites se aflojan permitiendo la intervención del terapeuta, las reglas y roles se confunden, así como las metas y los valores pierden importancia y pueden llegar a desaparecer, reviviendo conflictos irresueltos del pasado prestándoles demasiada atención.

Con todo este cambio en la estructura familiar se incrementa la tensión en los miembros del sistema.

En cada crisis se pone en juego la interacción de la tensión y las características de la familia, dándole un matiz particular a dicha tensión. Sin embargo, Pittman (1990) considera que existen cuatro tipos generales de crisis basadas en la naturaleza de la tensión, las cuales son:

4.2.1) DESGRACIAS INESPERADAS: Se considera la más simple y menos común de las crisis. La tensión es de tipo manifiesto, específica, real y extrínseca. Por ejemplo cuando alguien muere, se pierde una propiedad costosa, el secuestro de un hijo, etc.

En estos casos se requiere de un esfuerzo común de los miembros del sistema para disminuir la tensión y los cambios que ésta demanda. Este tipo de crisis provoca irremediablemente un cambio en la estructura del sistema.

4.2.2) CRISIS DE DESARROLLO: Este tipo de crisis se considera universal y puede llegar a preverse. Son

manifiestas, sin embargo presentan algunos rasgos encubiertos. pueden provocar cambios permanentes en el estatus y función de los miembros de la familia. Las crisis de desarrollo surgen a partir de factores biológicos y sociales, más que de la estructura familiar. Por ejemplo el matrimonio, nacimiento de los hijos, la vejez, etc.

4.2.3) CRISIS ESTRUCTURALES: Son aquellas que se presentan recurrentemente en el sistema familiar ayudando, de alguna manera, a regular sus demandas funcionales.

Este tipo de crisis suelen ser las que mayor dificultad presentan para su tratamiento, puesto que la crisis en este caso no es un esfuerzo para producir un cambio efectivo, sino por el contrario es un esfuerzo para evitar dicho cambio. De tal forma que la estructura se siga manteniendo y la familia tenga un motivo por el cual permanecer juntos. Por ejemplo en el caso de las familias con un miembro adicto.

4.2.4) CRISIS DE DESVALIMIENTO: Se presenta en familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes. Estos cumplen con la labor de mantener a la familia a la expectativa de sus demandas de cuidado y atención. De tal manera que el sistema al agotar sus recursos y necesitar ayuda externa, pueda llegar a

tomarla como indispensable para la organización y buen funcionamiento de la misma (familia).

La crisis de desvalimiento por tanto se presenta cuando la ayuda externa no es fácil de conseguir o no cubre totalmente los requerimientos. Ante lo cual la tensión se presenta por una falta de control de la situación. Por ejemplo una familia con un enfermo crónico, suele ser incapaz de controlar su organización diaria puesto que los tratamientos, recetas y restricciones, hacen que los miembros de la familia dependan de los expertos.

4.3) TERAPIA ESTRUCTURAL.

La terapia familiar estructural se empieza a desarrollar a partir de los años 50's debido a que los procedimientos psicoanalíticos no daban respuesta para resolver la patología de las familias. Para comprender la terapia familiar estructural se debe tomar en cuenta que no tiene semejanza con el paradigma psicoanalítico ya que éste último es mecanicista en el análisis de la vida interior del individuo y por consiguiente es lineal en su concepción de causalidad; mientras que en el paradigma estructural la causalidad es circular, siendo importante el contexto de interacción del individuo.

Por lo que la terapia estructural es un derivado pragmático del paradigma del todo organísmico, basado en la Teoría General de los Sistemas (T.G.S.).

Dentro de los eventos que llevaron a postular esta nueva forma de terapia se encontraban los resultados de interacciones psicodinámicas en el tratamiento de niños, los cuales solían presentar retrocesos cuando estos se reintegraban nuevamente a su familia, al igual que el hecho de encontrar varios miembros sintomáticos en una misma familia.

De ahí que este nuevo paradigma se interese tanto por el individuo como por su contexto social (familia).

Minuchin (1993), como el principal exponente de la terapia estructural señala que ésta se inicia a través del proceso de coparticipación con la familia, lo que significa experimentar la realidad como sus miembros la viven y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar, de manera que el observador, en este caso el terapeuta puede plasmar el pensamiento y la conducta de las personas.

Minuchin considera que este enfoque de terapia es de acción y tiene como principal propuesta el modificar el presente y no explorar e interpretar el pasado. Se considera que el pasado influyo en la creación, organización y

funcionamiento actual de la familia. Teniendo que ese pasado de la familia se manifiesta de igual manera en el presente y en consecuencia cambia a través de una intervención que se realiza en el presente.

Minuchin (1986), considera tres axiomas principales en terapia familiar los cuales son:

1) La vida psíquica de un individuo no es solo resultado de un proceso interno ya que el individuo influye y es influido por el contexto, de ahí que debe adaptarse a el (familia), siendo que dicho comportamiento se vera regido por las características del sistema, es por ello que se debe de analizar en su conjunto.

2) Se toma en cuenta que la modificación en la estructura familiar, produce cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de cada uno de los miembros que conforman un sistema.

3) Creación de un nuevo sistema, cuando el terapeuta trabaja con un paciente o con una familia, la conducta del terapeuta se incluye dentro del contexto formando un nuevo sistema, el sistema terapéutico.

En la terapia familiar estructural se toman en cuenta algunos conceptos básicos para el análisis de las pautas interactivas del sistema las cuales son:

4.3.1) ESTRUCTURA: Según Minuchin (1986), define a la estructura familiar como "un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia...pág.86".

Minuchin nos brinda la anterior definición puesto que considera a la familia como un grupo natural que establece pautas de interacción a medida que evoluciona. Dichas interacciones repetidas establecen la forma de relacionarse de los miembros de la familia (con quién, de qué manera, cuándo, etc.).

La familia necesita de una estructura viable para poder llevar a cabo sus tareas principales las cuales son:

Apoyar la individualización así como el proporcionar un sentimiento de pertenencia a cada uno de sus integrantes. Para lograr un adecuado funcionamiento de un sistema familiar se requiere que esté constituida por subsistemas u holones.

4.3.2) HOLONES: Según Minuchin (ibid), un holón es un término que se utiliza para describir entidades que son en sí mismas un todo y simultáneamente parte de un todo supraordinario, por lo que la unidad de intervención terapéutica es siempre un holón.

En el caso de la terapia familiar resulta importante retomar este concepto puesto que la familia está constituida por holones o partes que interactúan de una manera compleja y

organizada por un orden jerárquico. La teoría estructural señala cuatro tipos de holones que conforman el sistema familiar, a saber:

1) Holón individual: En este ha presentado considerable atención al individuo como un subsistema distinto, que se desarrolla en contexto. De tal manera que dicho holon es resultado de un proceso de interacción con otros sistemas o subsistemas, de tal manera que influye y es influido por estos.

Entre sus funciones se tiene que permite al individuo experimentar con libertad las interacciones que pueda adquirir con otros subsistemas, permitiendo con ello una diferenciación de sí mismo con otros sistemas individuales.

2) Holón conyugal: Este se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de establecer una familia. Dicho holón se caracteriza por poseer tareas y funciones vitales para el funcionamiento de una familia.

En este tipo de interacción cada cónyuge tiene que ceder parte de su individualidad, para poder obtener pertenencia con lo cual se forma un nuevo sistema.

Entre las funciones del holón conyugal se consideran las siguientes: Fijación de límites, los cuales son de suma importancia para determinar la viabilidad de la estructura familiar. Es el contexto donde un integrante de la familia puede ser confirmado o descalificado.

Proporciona a los integrantes del sistema las bases para el trato con el contexto extrafamiliar, y a su vez los apoya cuando existen tensiones de fuera.

3) Holón parental: Este se constituye cuando la pareja concibe un hijo por lo que alcanzan un nuevo nivel de funcionamiento familiar, siendo que aquí, el subsistema conyugal debe diferenciarse para lograr las actividades de crianza de ese nuevo ser; como ya se ha mencionado este holón incluye la crianza y socialización de los hijos, enseñando al niño a afrontar los conflictos y llevar a cabo negociaciones, también se establecen nuevos límites.

Este holón al igual que los anteriores está en constante cambio con base en las necesidades y crecimiento del niño, cabe señalar que no siempre está compuesto por los padres, sino que en muchas ocasiones incluye a un abuelo, tío, hermano o alguna otra persona que se encarga de la ejecución de estas tareas.

4) Holón fraterno: Minuchin (ibid), la define como "el primer laboratorio social en el que los niños pueden relacionarse con sus iguales, en el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente...pág.97".

Por lo tanto podemos considerar que el establecimiento de este holón es importante para el desarrollo individual ya que en él se promueve el sentimiento de pertenencia a un grupo, en el se aprenden posibilidades de negociación, capacidad de competencia y habilidades de socialización.

4.3.3) **JERARQUIA:** Son reglas universales que gobiernan la organización familiar; este concepto se retoma de la T.G.S. para designar una regla de ordenamiento que tiene como tarea subordinar elementos de un sistema a otros elementos. Se considera que todo sistema vivo se encuentra organizado en un ordenamiento jerárquico con la finalidad de promover la diferenciación de las partes del sistema y su capacidad para desarrollarse como un todo.

4.3.4) **LIMITES:** Según Minuchin (ibid) los límites de un subsistema "están constituidos por las reglas que definen quién participa y de qué manera... siendo ...que la función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas...págs.88,89".

Minuchin distingue diferentes tipos de límites:

1) Límites claros: Estos se designan cuando los límites de una familia son suficientemente adecuados y precisos para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencia, al igual que permite el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

De esta manera se conserva un nivel de comunicación equilibrado al interior y al exterior que permite mantener

distancia o individualidad con el resto de la familia y cuando es necesario se permite el involucramiento, cuidado y apoyo.

2) **Limites difusos:** Estos se presentan cuando las familias se vuelven hacia ellas mismas para desarrollar su propio microcosmos, lo que trae como consecuencia, un incremento en la comunicación y preocupación entre sus elementos, de tal manera que las distancias y los límites desaparecen. Por lo que las familias con este tipo de límites suelen sobrecargarse y con ello carecer de las pautas necesarias para adaptarse a una situación de estrés.

3) **Limites rígidos:** Aquí la comunicación entre subsistemas se hace difícil y con ello las funciones de protección de la familia no funcionan adecuadamente. Existiendo una imposibilidad de cambio ante las necesidades internas o externas del sistema.

4.3.5) ALIANZAS: La cercanía entre dos o más miembros de la familia se manifiesta a través del afecto que se muestran, que tanto platican y el modo en que comparten actividades.

El afecto en una familia refleja procesos familiares, tales como: el grado de ligazón entre los miembros y la cantidad de reforzamiento dado.

El afecto puede ser de cariño o de enojo. Esto distingue a las alianzas positivas, donde los miembros están cercanos y se muestran cariño; y las negativas donde se demuestran enojo y recelo principalmente.

Para Haley (citado en Minuchin, 1986), se forman cuando dos individuos concuerdan en sus intereses, sin que esto implique una maniobra en contra de un tercero.

La alianza de dos o tres personas tiende a separarlos de los otros miembros, lo cual produce cambios en todo el sistema que a su vez repercuten en dicha alianza.

La formación de alianzas es natural y necesaria, son cambiantes y permiten la convivencia de unos miembros con otros; si la alianza es rígida, entonces no permite un adecuado funcionamiento familiar, ya que impide la utilización de variadas alternativas para facilitar la adaptación al contexto. Por lo cual el terapeuta debe de identificar las alianzas y su grado de rigidez.

4.3.6) COALICIONES: Se designa como un ordenamiento de varios miembros de una familia, en perjuicio de un tercero, existiendo dos tipos de coaliciones según Umbarger, (1983).

La primera se identifica como desviación de conflicto y se presenta cuando dos padres en la intervención clínica se

manifiestan como ausentes de conflicto entre ellos, sin embargo se encuentran solidamente unidos en contra de un hijo o una subunidad de hijos.

La segunda se desenlaza como coaliciones intergeneracionales inadecuadas, se caracteriza por una alianza entre un progenitor y su hijo contra otro progenitor.

4.3.7) CENTRALIDAD VS. PERIFERIA: La primera se refiere cuando un miembro del sistema participa en un mayor número de alianzas y acapara la atención de los demás; lo cual le permite estar expuesto a más información de lo que ocurre a su alrededor, generalmente a expensas de que otro miembro mantenga una posición lejana (periferia) y por lo mismo con menos oportunidad de recibir y dar información a los demás miembros de la familia.

Tanto la persona central como la periférica, están más propensas a no desarrollarse armónicamente, la primera es agobiada por la constante información de los que le rodean que puede interferir en su proceso de autonomía; la segunda puede carecer de apoyo necesario, para su adecuado desarrollo y sentido de pertenencia a un grupo.

4.3.8) TRIANGULACION: Es una pauta vincular que se presenta cuando en una relación ya establecida por dos

personas. se agrega un tercero, el cual puede tener dos funciones:

- 1) Estabilizar esa relación, o
- 2) Servir de vehiculo para desviar un conflicto ya existente en la diada.

4.3.9) GEOGRAFIA: Es la distribución que se hace del espacio físico entre los miembros del sistema familiar y la manera en que cada uno de ellos la ocupa, y sobre el tiempo que se mantiene esta distribución.

4.3.10) MAPA FAMILIAR: Es una representación gráfica del grupo familiar y sus interacciones, puesto que señala la posición reciproca de los miembros, así como las coaliciones, alianzas, conflictos explicitos e implicitos y la manera en que se agrupan los miembros de la familia para solucionar los conflictos existentes. Marcando a su vez los roles que juegan, obteniendo un panorama a través de esta representación del movimiento existente en la familia.

Estos mapas permiten al terapeuta ordenar los datos respecto a la estructura de la familia.

Umbarger (1983) lo define como "el mapa de una familia es un diagrama de su organización. No representa la riqueza de las transacciones de la familia, como tampoco un mapa refleja la riqueza de un territorio. Es estático, y en cambio la familia está en movimiento constante.

Pero el mapa de la familia es un potente artificio de simplificación, que permite al terapeuta organizar la diversidad del material que recoge. El mapa le permite formular hipótesis sobre las áreas en que la familia funciona bien y aquellas otras en que acaso es disfuncional. También lo asiste en la determinación de metas...pág.56".

4.4) HERRAMIENTAS DE EVALUACION Y ANALISIS EN TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.

En terapia familiar el terapeuta puede recurrir a algunos instrumentos que le ayuden a organizar la información y a su vez a formular algunas hipótesis respecto al tratamiento, dichos instrumentos pueden ser la entrevista, el genograma y el modelo circuplejo, entre otros.

4.4.1) ENTREVISTA: Bajo este marco teórico Minuchin (1986) la define como "un encuentro entre dos unidades sociales de extraños, la cual asume la forma de reunión social...pág.288".

En este sentido se considera que la entrevista comienza en el momento en que la familia realiza el primer contacto con el terapeuta, el cual muchas veces puede ser via telefónica o personalmente.

Entre sus objetivos se tiene el que facilita la manera en que el terapeuta conducirá la sesión, sobre todo si se trata de una sesión inicial donde se presentan

características de un encuentro entre dos unidades de extraños, asumiéndola como una reunión social.

La entrevista puede hacerse a un miembro o preferentemente a todos los miembros de la familia; lo cual permite observar las interacciones, y la manera en que analizan un hecho desde diferentes perspectivas (Mc Goldrick, 1993).

De ese modo, la sesión inicial desde el punto de vista de Minuchin (1986) puede dividirse tentativamente en tres etapas; siendo la primera donde el terapeuta sigue las reglas culturales de etiqueta. En la segunda, interroga a cada miembro de la familia acerca de cuales son en su opinión los problemas de la familia. Y por último en la tercera, explora la estructura familiar ayudando a la familia a poner en juego su drama familiar.

4.4.2) GENOGRAMA: El genograma evoluciono en primer lugar de la teoria de los sistemas familiares de Murray Bowen (1989) en la cual se considera que la persona se encuentra dentro de sistemas familiares de acuerdo con su generación, edad, sexo, o constelación familiar. Por lo que, se ven asociados; ayudando a la planeación multigeneracional del sistema emocional de la familia, para ello se utiliza la estructura propuesta por Bowen, la formulación de hipótesis

sistémicas para las intervenciones paradójicas y según la escuela de Milan, la descripción de los personajes de la familia.

Por lo que los genogramas son representaciones gráficas de los datos de una familia: que permite explorar el problema clínico que altera la estructura y contexto familiar, en su evolución a través del tiempo de una forma clara, que permite ir poco a poco actualizando la información (Mc Goldrick, 1993).

Generalmente se hace durante la primera sesión, los terapeutas familiares no separan la evaluación del tratamiento; se utiliza como ya se mencionó para recopilar información sobre la estructura, permite vincular el funcionamiento de la familia a través del genograma la cual puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar, y de forma vertical a través de las generaciones. De ahí que para la elaboración de un genograma según Mc Goldrick (1993) deben tomarse en cuenta tres aspectos: 1) Trazado de estructura familiar. 2) Registro de información de la familia. 3) Delineado de las relaciones familiares.

Las interacciones y las relaciones familiares tienden a ser recíprocas, pautadas y reiterativas, y son estas pautas las que nos permiten realizar predicciones tentativas a partir de los genogramas. Por lo que cuando estudiamos al sistema familiar desde un punto de vista histórico y

evaluamos las previas transiciones de ciclos vitales se pueden situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia, por lo que se pueden incluir al menos tres generaciones y los sucesos más importantes de su historia familiar, considerando mitos, reglas y emociones de las generaciones (Mc Goldrick, 1993).

4.4.3) MODELO CIRCUMPLEJO: El modelo Circumplejo, fue elaborado en 1976 como respuesta a la necesidad de establecer criterios claros e instrumentos válidos, confiables y fáciles de manejar, que a la vez se sustentaran en la T.G.S. (Olson, 1986).

Este modelo pretende entre otras cosas:

a) Identificar y describir las dimensiones centrales de la cohesión y adaptabilidad familiar.

b) Describir de una forma más directa y clara las propiedades del grupo familiar, en vez de tomar en cuenta solo las propiedades diádicas o las características individuales.

c) Crear un modelo dinámico, que describa como los sistemas familiares pueden adaptarse a situaciones de crisis y a los cambios del desarrollo que ocurren en el ciclo vital de la familia (Olson y col. op.cit.).

El modelo circumplejo enfatiza la evaluación de tres aspectos: la comunicación, la cohesión y la adaptabilidad.

La comunicación: Es un elemento importante que se debe considerar al estudiar a una familia. Simón y col. (1993) mencionan que los procesos de investigación humana pueden dividirse en dos tipos:

a) Digital: Por lo que en general al referirnos a comunicación digital, hacemos referencia principalmente a la palabra hablada.

b) Analógica; Donde existe una similitud fundamental entre lo que se expresa y el modo en como se expresa. Este tipo de comunicación se manifiesta entre los seres humanos, por el comportamiento no verbal, el cual influye, el tono, el ritmo, etc.

Aunque se han marcado algunas diferencias entre ambos tipos de comunicación, estas se hacen solo para efecto de estudio, pero es importante señalar que dentro del proceso de interacción humana, no existe separación alguna entre los dos modos de comunicación.

Otro punto a tratar es la cohesión: Este es el grado en que los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente entre ellos, y se define como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros, y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. Esta dimensión involucra diversos factores como son ligas afectivas, fronteras, límites, coaliciones, intereses y diversiones.

En este renglón y de acuerdo con Olson (1986) existen cuatro niveles que clasifican al tipo de vínculo que se da en la familia con base en el nivel de cohesión:

Tipo de vínculo:	Nivel de cohesión:
- Desvinculada.	- Muy bajo.
- Separada.	- Moderada baja.
- Conectada.	- Moderada alta.
- Amalgamada.	- Muy alta.

Un tercer punto que se considera es la adaptabilidad de la familia, la cual nos muestra la flexibilidad del sistema familiar ante el cambio y se refiere a la habilidad que tiene la familia para cambiar su estructura de poder, roles, reglas de relación, en respuesta a estres situacional y al desarrollo de sus miembros.

Este modelo al igual que el de cohesión incluye cuatro niveles que son:

Tipo de flexibilidad:	Nivel de adaptabilidad:
- Rígida.	- Muy baja.
- Estructurada.	- Moderada baja.
- Flexible.	- Moderada alta.
- Caótica.	- Muy alta.

Cuando hay un balance entre cambio y estabilidad se caerá en los niveles intermedios y habrá reciprocidad en los estilos de comunicación, liderazgo igualitario, negociaciones exitosas, retroalimentación positiva y negativa, distribución

y ejecución de roles, elaboración de reglas con menos aspectos implícitos y más explícitos (Mora, 1992).

Este modelo contempla 16 tipos de familia que surgen de la combinación de los cuatro niveles de cohesión y los cuatro niveles de adaptabilidad. Es necesario tener en cuenta que este modelo es dinámico y se supone que en el transcurso del tiempo puedan ocurrir cambios en los tipos de familia. De esta forma la clasificación que se haga de las familias puede moverse libremente como consecuencia de: la situación, estado, ciclo de vida familiar o socialización de sus miembros.

Los 16 tipos de familia antes mencionados se pueden agrupar en cuatro que son:

- Flexiblemente separada.
- Flexiblemente conectada.
- Estructuralmente separada.
- Estructuralmente conectada.

Estos sistemas familiares son los más funcionales.

Existen otros ocho tipos de familia que representan la funcionalidad de manera parcialmente adecuada y son:

- Caóticamente separada. - Flexiblemente desvinculada.
- Caóticamente conectada. - Flexiblemente amalgamada.
- Rigidamente separada. - Estructuralmente desvinculada.
- Rigidamente conectada. - Estructuralmente amalgamada.

Los otros cuatro tipos de sistema familiar que se encuentran en los extremos de las dimensiones y que por lo tanto resultan disfuncionales son:

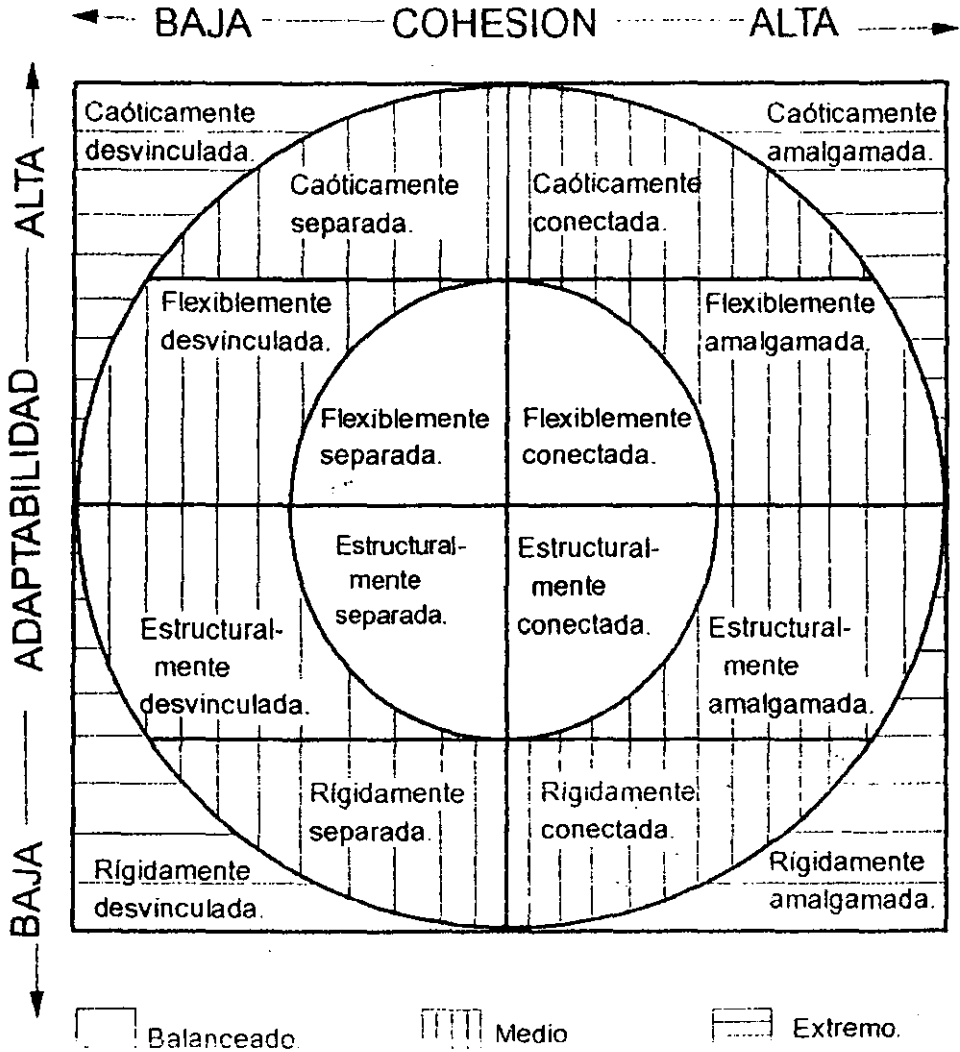
- Caóticamente desvinculada.
- Caóticamente amalgamada.
- Rígidamente desvinculada.
- Rígidamente amalgamada.

Dependiendo de los puntajes totales que obtenga la familia en cohesión y adaptabilidad, será ubicada en alguno de los 16 tipos de familia del modelo circuplejo.

A partir de esta revisión teórica, consideramos que la terapia familiar estructural se presenta como la mejor alternativa de apoyo terapéutico a familias con un enfermo de Alzheimer.

Por lo que en el siguiente capítulo se presenta la justificación, metodología y resultados de la presente investigación.

MODELO CIRCUMPLEJO



CAPITULO V.

PROPUESTA DE INVESTIGACION.

TEN FORTALEZA,
LIBERA TU ANGUSTIA,
SE HUMANO.
DA AMOR Y COMPRESION,
PARA QUE ESTO
!! TENGA SENTIDO !!.

Familiares con
pacientes de Alzheimer.

C A P I T U L O V.

PROPUESTA DE INVESTIGACION.

5.1) JUSTIFICACION.

La familia se encuentra sujeta a una serie de transformaciones, debidas al desarrollo personal de cada uno de sus miembros, y a un proceso de evolución llamado ciclo vital; el cual esta conformado por 7 etapas que van del matrimonio a la vejez. Siendo en esta última donde menos investigaciones se han realizado, sobre todo a nivel psicológico, acentuándose más dicha cuestión, cuando existe un problema de salud mental terminal como es el caso de la Demencia Tipo Alzheimer. D.T.A. o Enfermedad de Alzheimer E.A. Ante tal situación, la familia presenta un desequilibrio en su adaptabilidad y cohesión, que se ve reflejada en la estructura familiar.

Ante esto en México se crea la Fundación Alzheimer "Alguien con quién contar" (I.A.P) que se ha preocupado por crear grupos de apoyo para los familiares; estos se ven limitados en su función, debido a que sólo brindan información, sin tomar en cuenta los procesos psicológicos de quienes asisten a estas reuniones en busca de apoyo y ayuda (familiares y cuidadores).

Por esta razón se plantea la realización de ésta investigación de carácter exploratorio debido a que en el área Metropolitana de la ciudad de México no se tienen reportes de estudios dirigidos a la familia de enfermos con Alzheimer, y por lo tanto la relevancia de esta investigación consiste en sondear las características de dichas familias, en el proceso de la enfermedad.

Siendo los aspectos que se investigaron la aceptación y adaptación a nivel tanto individual como familiar de la E.A y su influencia en la calidad de vida del cuidador primario y el enfermo.

Así como la manera en que la familia ha tenido que cambiar su estructura para afrontar las continuas crisis que se presentan con la D.T.A. o E.A.

5.2) METODOLOGIA.

OBJETIVO GENERAL:

Observar y analizar de qué manera se ve afectada la estructura familiar ante la presencia de la Enfermedad de Alzheimer, en familias mexicanas del área metropolitana.

OBJETIVO PARTICULAR:

Detectar las necesidades de las familias de pacientes diagnosticados con la Demencia Tipo Alzheimer.

SUJETOS: Participaron en la investigación 8 personas que estuvieran a cargo de un familiar diagnosticado con la D.T.A.

Considerando las características del ciclo vital, se retomaron algunos aspectos de 3 etapas: hijos de edad escolar, adolescentes y adultos dentro del hogar.

Por lo tanto en dos familias el paciente identificado es el marido, por lo que se analizarán como familia de procreación, respetando su ciclo vital. En las otras seis familias el paciente identificado es el padre o la madre, por lo que serán analizadas como familias de origen y de procreación, respetando su ciclo vital correspondiente.

Entendiendo por familia de origen aquel sistema que le permite al individuo tener las condiciones necesarias para desarrollarse adecuadamente en todas las áreas, siendo el holón en donde se ubica al individuo en el fraterno; mientras que en la familia de procreación el mismo individuo pasa al holón conyugal, y provee las condiciones necesarias para el desarrollo de sus descendientes.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y MATERIALES:

1) Formato de entrevista semi-estructurada, la cual consistió en sondear diferentes áreas en la familia, que guardan cierta relación con la aparición de los cambios

dentro del sistema familiar a consecuencia del diagnóstico o primeros síntomas de la D.T.A.

Las áreas fueron: Datos demográficos, Antecedentes familiares de la D.T.A., Características de la familia antes de la aparición de la D.T.A., Primeros síntomas asociados a la aparición de la D.T.A., Reacción de la familia ante el diagnóstico de la D.T.A., Modificaciones de la organización y estructura familiar ante la D.T.A. y Tipo de ayuda solicitada (ver anexo 1).

2) El FASES II, que es un cuestionario en escala likert que mide la cohesión y adaptabilidad que existe en la familia, a partir de 30 reactivos, que se califican considerando 5 niveles que van desde casi nunca hasta casi siempre (ver anexo 2).

Este cuestionario se basa en el modelo circunplejo que de acuerdo con Olson (1986), permite ubicar a la familia en alguno de los 16 tipos de familias existentes, ya sean funcionales, parcialmente funcionales o disfuncionales.

3) Genograma, el cual nos permite hacer una representación gráfica de cada una de las familias, explorando de que manera el problema clínico altera la estructura y el contexto familiar.

Para ello se apoya en una entrevista (ver anexo 5), que tiene como finalidad obtener información que permita cubrir seis categorías, según Mc Goldrick (1993) son:

Categoría 1: Estructura familiar: Permite conocer cómo está conformado el hogar, si es nuclear intacto o conviven tres generaciones; el orden de nacimiento, así como la diferencia de edades y el género de los hermanos.

Categoría 2: Adaptación del ciclo vital: Las edades y las fechas permiten ver las transiciones que ha tenido y el cómo se ha adaptado la familia a su ciclo vital.

Categoría 3: Repetición de pautas a través de las generaciones: Permite conocer las pautas del presente en base a las del pasado.

Categoría 4: Sucesos de la vida y funcionamiento familiar: Los sucesos críticos y cambios en el funcionamiento familiar, permiten hacer conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, y evaluar el impacto que han tenido en el funcionamiento familiar y a la vulnerabilidad de futuras tensiones.

Categoría 5: Pautas vinculares y triangulaciones: Se detectan relaciones intensas en una familia, dada la estructura y la posición en el ciclo vital, pudiendo formular hipótesis sobre importantes lazos dentro de la familia.

Categoría 6: Equilibrio y desequilibrio familiar: Busca pautas de contraste y equilibrio en la estructura, roles, funcionamiento y recursos que la familia utiliza para adaptarse a los desequilibrios que pueden tensionar al sistema.

Además de manejar una simbología específica, que nos permite identificar al paciente, si la relación es distante o muy compenetrada, si existen alianzas, divorcios, abortos, etc. (ver al final de la metodología).

4) Una grabadora y audio cassettes.

ESCENARIO: Las entrevistas fueron realizadas en los hogares de los participantes en dos momentos.

Debido a que se planteó la realización de ésta investigación de carácter exploratorio con dos cortes transversales con una duración de dos meses (teniendo un intervalo de 4 meses), dado que en el área metropolitana de la ciudad de México no se tienen reportes de estudios dirigidos a familias con pacientes de Alzheimer.

PROCEDIMIENTO:

REMISION:

Primeramente se presentó un protocolo a la Fundación Alzheimer "Alguien con quién contar" (I.A.P.), en el cual se explicó la relevancia de ésta investigación; así como la participación que se requería de la Institución para poder contactar a las familias y llevar a cabo la investigación.

Una vez aceptado el protocolo por la Fundación Alzheimer, la directora autorizó revisar las historias clínicas de los pacientes de la Fundación, así como el directorio del grupo de apoyo, con lo cual se les invitó vía telefónica a 21 familiares, y se enviaron circulares, por lo menos de los pacientes que en el centro cuidan, a una junta que se realizó el 23 de enero de 1998, a las 16:30 horas en las instalaciones de la Fundación; en dicha junta nos presentamos y explicamos los objetivos y etapas de la investigación, contando con la asistencia de 4 familiares, los cuales aceptaron participar en el proyecto.

El resto de las personas fueron contactadas tras un segundo intento vía telefónica (basándonos en la información proporcionada por la Fundación), explicándoles las características de la investigación y su finalidad, participando de esta manera 4 personas más.

FASE I:

Una vez contactadas las familias que aceptaron participar, se procedió a la realización de una entrevista semi-estructurada en sus domicilios, si es que ellos eran los que vivían con el enfermo o se hacían reponsables de su cuidado, ya que el objetivo de dichas entrevistas era conocer los cambios que ha habido en su familia a raíz del

diagnóstico de la enfermedad, así como las demandas que ésta les había generado, tanto a ellos como a cada uno de sus miembros, ya que no podríamos generalizar debido a que cada persona lo ve y lo siente de diferente manera, quizá por ser el cónyuge, hijos o incluso nietos, considerando que va a existir dentro de la familia un miembro al que se le cataloga como cuidador primario (C.P.), y es aquella persona que brinda mayor cuidado al enfermo.

Además de poder aplicar el FASES II, que como ya se explicó, evalúa a las familias considerando su cohesión y adaptabilidad; éste se aplicó únicamente al C.P.

Esto durante los meses de Febrero y Marzo.

FASE II:

Después de cuatro meses, se volvieron a realizar las entrevistas y se aplicó el FASES II a los participantes; considerando que las familias con un paciente de Alzheimer se enfrentan a diversas crisis por la evolución de la enfermedad.

Esta segunda entrevista, durante los meses de Agosto y Septiembre permitió indagar si hubo alguna modificación en la estructura y/o dinámica familiar a partir de la primera entrevista, y la manera en que la afrontaron.

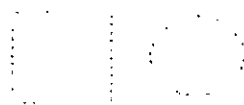
Simbología del genograma.



varón



mujer



muerte



persona indice



matrimonio



unión libre



separación



divorcio



mellizos

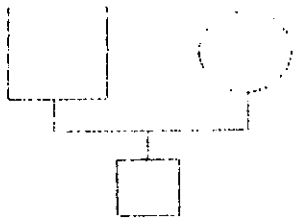


gemelos dicigóticos

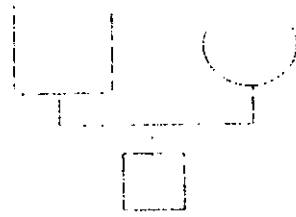


gemelos idénticos

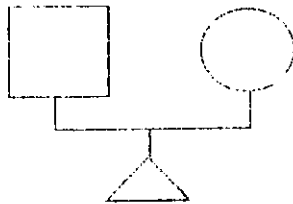
continuación...



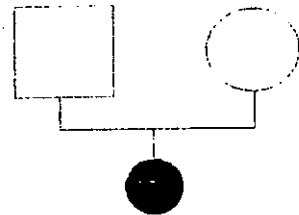
hijo



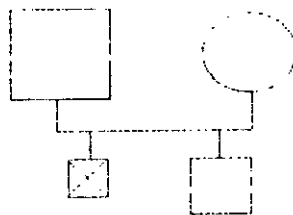
hijo adoptado



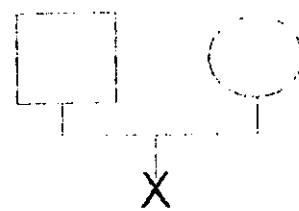
embarazo



aborto espontáneo

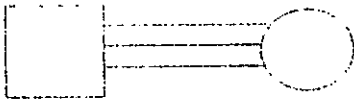


nacimiento de
feto muerto

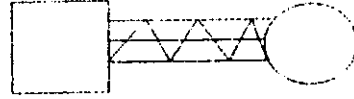


aborto inducido

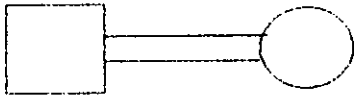
continuación...



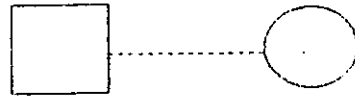
relación muy íntima



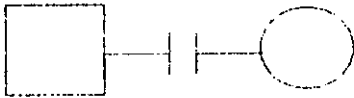
fusionada y conflictiva



relación unida



relación distante



separación o
distanciamiento



relación conflictiva



fuera del hogar

5.3) RESULTADOS Y ANALISIS.

Por cuestiones de ética, las personas que aceptaron participar en ésta investigación no serán manejadas con sus verdaderos nombres, sino que se utilizarán otros para el manejo de los datos.

Los casos serán analizados a nivel de procreación y de origen (lo cual ya se explicó en la metodología), de acuerdo al paciente identificado (P.I.).

Los datos serán presentados de la siguiente manera:

I) Datos demográficos; en donde se retoma el número de integrantes que conforman el sistema, sus edades, las actividades a las que se dedican, así como el nivel socio-económico al que pertenece el sistema.

II) Historia familiar; en este punto se reconstruye el cómo se conoció la pareja, en qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia, y una breve cronología de los sucesos más importantes a lo largo de su ciclo vital.

III) Antecedentes de la D.T.A; retomando las hipótesis que se tienen con respecto a la aparición de la enfermedad, (remitirse al capítulo 1, 1.3 Etiología de la E.A), por lo que podemos mencionar el estilo de vida que ha llevado el paciente, considerando nivel de escolaridad, cuestiones de salud, así como si tenía alguna adicción.

IV) Alternativas o intentos de solución; en este

aspecto se considera las opiniones de los profesionistas (médicos, geriatras, psicólogos, etc), así como la manera en la que se ha organizado el sistema familiar para el cuidado del paciente.

V) Impresión diagnóstica: para lo cual se analizará el FASES II en dos momentos diferentes, además de retomar al genograma, con la finalidad de comparar si hubo o no cambios en un lapso de cuatro meses.

En el genograma se retomaran las seis categorías, que ya fueron mencionadas en la metodología.

El FASES II y el genograma se analizarán en base al marco teórico, planteado por Olson (1986) y Mc Goldrick (1993) respectivamente.

VI) Área problema: la cual se determinará a partir del punto anterior comparando la información obtenida por un instrumento estructurado (FASES II), en relación a la arrojada por dos instrumentos semi-estructurados (entrevista y genograma).

Dado que al analizar la información recabada por dichos instrumentos se encontraron discrepancias, en la percepción que el C.P. tiene de su familia.

VII) Conclusiones: en este apartado se retoma aquella información que sustente que la familia ha presentado cambios en su estructura familiar debidos a la presencia de la D.T.A. a modo individual.

CASO I: FAMILIA AGUIRRE.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Aguirre, se encuentra conformada por 6 integrantes, la madre de 52 años de edad, el padre de 54 años que es quién se encuentra diagnosticado con la Demencia Multi-Infartos (D.M.I.), 3 hijos varones y una hija. El menor de ellos Juan Alberto de 21 años de edad, le sigue Alfonso de 24 años, Mayra con 25 años, y el mayor José Cristián con 26 años.

La señora Celia funge en la actualidad el rol de proveer económicamente a la familia, así como del cuidado de los hijos y principalmente del enfermo, por lo que se le considera como cuidador primario (C.P.). Los cuatro hijos laboran, siendo la única que a la vez estudia Mayra. Cabe mencionar que Alfonso radica en provincia por cuestiones de trabajo, por lo cual únicamente convive con su familia en fechas festivas o conmemorativas. De ahí que el resto de los miembros conviven con el enfermo de manera cotidiana.

Se puede considerar a la familia dentro de un estatus socio-económico medio.

Dentro de la etapa del ciclo vital, la familia se encuentra en la de hijos adultos viviendo dentro del hogar.

HISTORIA FAMILIAR: La pareja se conoció hace 29 años, en un club recreativo del D.F., el noviazgo duro

aproximadamente 2 años, comprometiéndose formalmente para casarse por el civil y la iglesia; un año después nace su primer hijo José Cristián, luego Mayra y Alfonso con un año de diferencia, 3 años después nace Juan Alberto.

Los primeros 17 años de la familia se desarrollan en el D.F. (1971 - 1988). Posteriormente en 1988, la familia decide radicar en provincia, por razones de trabajo, y deciden montar un negocio propio el cual no funciono, marcando el declive económico de la familia, con éste declive los hijos se ven obligados a trabajar para sostener sus estudios, de igual manera la señora Celia empieza a buscar empleo, ante lo cual el señor Miguel presenta una depresión profunda.

En 1995 la familia decide regresar a México, quedándose un tiempo más en provincia Mayra y Alfonso. Esto debido a que Miguel tenía una propuesta de trabajo que representaba el resanar el bache económico que había sufrido la familia. Aunque ya estando en el D.F. no pudo obtener el empleo haciéndose más evidentes sus cambios de humor y olvidos, presentando una depresión que se vio aunada al fallecimiento de su hermano gemelo (que era con el que mejor se llevaba), con lo que Miguel no logra salir de su depresión y empiezan a manifestarse los primeros síntomas de la demencia, la familia no se percataba del estado de salud de este último, por considerarlo pasajero.

Sin embargo algunos vecinos son quienes indican los cambios que presentaba el señor, ante esto la familia empieza a tomar conciencia del estado de salud de Miguel que ya no era normal, puesto que la depresión se habia hecho demasiado prolongada, por lo cual Celia decide buscar una opinión medica que explicara dichas circunstancias.

Con ello la vida social de la familia se ve alterada, puesto que tienen que prescindir del club y otro tipo de actividades recreativas y de esparcimiento, perdiendo algunas relaciones sociales con familiares y amigos; la dinámica familiar se ve alterada tras un drástico cambio de rol del padre, quien de ser el único proveedor económico de la familia, se convierte en un hombre deprimido, que pierde interés por sus actividades sociales, de trabajo y familiares.

Siendo el diagnostico que obtuvieron D.M.I., que es un posible antecedente de la D.T.A., ante esto Celia asume la responsabilidad de buscar trabajo para mantener a su familia, los hijos deciden trabajar también, siendo muy marcados los problemas económicos de la familia.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A.: El paciente es originario del D.F., su escolaridad es a nivel primaria, trabajo la mayor parte de su vida en un negocio propio.

En cuanto a su salud Miguel es una persona que se le puede catalogar como sano, aunque según el reporte de su esposa, tendía a sufrir depresiones, y en los últimos 5 años ha presentado fuertes trastornos de salud, ya que ha sido sometido a dos intervenciones quirúrgicas por problemas del aparato digestivo; y estuvo internado a causa de los infartos cerebrales para la realización de estudios de laboratorio y gabinete que permitieron llegar al diagnóstico de la D.M.I.

En lo que respecta al estilo de vida, Miguel se caracterizaba como una persona muy sociable que gustaba de salir con la familia a clubs y otro tipo de eventos. Siendo que su familia lo consideraba como un hombre muy responsable en cuanto a su trabajo, un padre que siempre estuvo al pendiente de las necesidades de sus hijos y con una gran educación y modales.

El paciente a lo largo de su vida mostró tener una dependencia por el cigarro que lo llevó incluso a fumar más de una cajetilla diaria; sin embargo en la actualidad se muestra aficionado al café, refresco de cola y al cigarro, aun cuando este último lo tiene prohibido por sus problemas neurológicos y gástricos.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCIÓN: A raíz de sus problemas depresivos, la familia decide tomar la opinión del médico familiar, el cual manifestó desde un principio que no

se trataba de una depresión normal por lo que el paciente fue sometido a una serie de estudios neurológicos (tomografía, electroencefalograma, etc.) los cuales revelaron una serie de infartos cerebrales, por lo que se contó con la colaboración de un neurólogo que concluyó con un diagnóstico final de D.M.I., (la cual se considera como antecedente de la D.T.A) por lo cual en la actualidad se le suministra medicamento que atenúe principalmente su agresividad y se ha buscado la ayuda del Centro de Cuidado Diurno, en el cual pasa la mayor parte del día, mientras su esposa e hijos trabajan.

En lo correspondiente a las actividades de cuidado en su hogar, no se le permite entrar a la cocina, bañarse solo; debido a que no tiene un control y/o conocimiento sobre el uso de ciertos artículos, como son jabón, pasta, shampoo, etc; tampoco se le permite salir solo a la calle.

Cabe señalar que la familia, principalmente la esposa (C.P.), están en constante investigación sobre alternativas que mitiguen o disminuyan los síntomas de la enfermedad.

IMPRESION DIAGNOSTICA: De acuerdo con el FASES II, la familia se ubico en un nivel de cohesión que la caracteriza como una familia conectada, existiendo una moderada dependencia entre los miembros de la familia, y límites claros generacionales, caracterizado por una coalición marital fuerte. En cuanto a su tiempo les parece

importante la convivencia familiar, aun así se les permite compartir tiempo con personas ajenas al sistema familiar. La convivencia familiar en cuanto a la distribución de su espacio se da al máximo, teniendo un mínimo de espacio privado: las decisiones en la mayoría de los casos se dan al tomar en cuenta la opinión del resto de la familia, y en cuanto a sus intereses y recreación se da una convivencia en horarios específicos, al igual que tratan de involucrarse en los intereses de cada uno de los elementos en lo individual.

En cuanto a la adaptabilidad, se caracteriza como una familia flexible, que maneja un tipo de interacción asertiva con un control igualitario. Que permite una adecuada expresión de sentimientos, emociones y formas de pensar de los elementos que integran a la familia.

La disciplina se maneja en base a una democracia, donde la opinión de cada uno de los miembros del sistema familiar es tomada en cuenta, para llegar a una solución conjunta, por lo que las negociaciones son buenas, llegando a la solución de un determinado problema; los roles son compartidos y en ocasiones se dan cambios drásticos, algunas reglas pueden ser cambiadas aunque en su mayoría están de manera implícitas más que explícitas.

En la segunda aplicación del FASES II, se encontró que la familia había cambiado, pues de ser flexiblemente conectada paso a flexiblemente separada; con lo cual se puede

observar que el nivel de cohesión disminuyó teniendo que la coalición marital se vuelve clara, los tiempos de convivencia dentro y fuera del sistema son igual de importantes, los espacios familiares se vuelven más separados, aunque se mantienen algunos, las relaciones entre amigos, de manera individual y familiar se vuelven equilibradas, por lo que las decisiones son tomadas más en el plano individual que en lo familiar, y en cuanto a los intereses sólo se realizan actividades familiares de manera espontánea y son más las actividades individuales.

Este cambio se debió a las actividades de sus integrantes, puesto que los hijos en la actualidad mantienen trabajos, que les absorben la mayor parte de su tiempo y comienzan a establecer relaciones de noviazgo, lo cual les limita a tener una convivencia amplia con otros miembros de la misma familia; y la relación de cuidado se ha vuelto más una labor de la cónyuge.

En cuanto al genograma se encontró que en la categoría 1: este hogar se ve constituido por 6 elementos, la madre de 52 años, el padre de 54 años que es quien se encuentra diagnosticado con la D.M.I., 3 hijos varones y una hija. En la constelación fraterna, los 3 primeros hijos del matrimonio Aguirre, presentan una diferencia de edad de un año, cabe señalar que la pareja había planeado procrear únicamente a estos 3 hijos, sin embargo 3 años después se da un embarazo

imprevisto, pero aceptado por la pareja.

En la categoría 2: la familia Aguirre a lo largo de su desarrollo ha demostrado que sabe adaptarse a los diferentes estadios que desde su conformación se han presentado; sin embargo en la etapa de hijos adolescentes se empiezan a manifestar transtornos de salud en el padre, lo cual conlleva a la presencia de conflictos que pusieran en riesgo la estabilidad familiar, ya que durante ese periodo los hijos tuvieron que dejar los estudios para solventar los problemas económicos.

En la actualidad la familia se ubica en la etapa del ciclo vital de hijos adultos viviendo dentro del hogar, y aun presentan una serie de dificultades para organizarse y funcionar de acuerdo con sus necesidades familiares e individuales.

En la categoría 4: se observa que a raíz del diagnóstico de la D.M.I. en el señor Miguel, se da una ruptura con su familia de origen, puesto que según el reporte de la familia Aguirre, estos retiraron todo apoyo moral y económico, a pesar de que anteriormente mantenían una relación satisfactoria.

Debido a la negación de ayuda por parte de la familia de origen de Miguel, la familia Aguirre, se ha visto forzada a organizarse para satisfacer las necesidades de cuidado y familiares que requieren.

Por otro lado, en cuanto a la familia de Celia, ella contaba con el apoyo emocional de su madre quien se llevaba muy bien con Miguel, pero fallece en marzo de 1998 y a partir de esta situación, la familia ha tenido que afrontar dicha pérdida junto con la enfermedad de Miguel.

En la categoría 5: esta familia se encuentra caracterizada por la presencia de un triángulo conformado por la madre, el hijo menor y el padre que es el paciente identificado (P.I.). Dicho triángulo tiene la función de proveer al enfermo del cuidado necesario, ya que los otros integrantes del holón fraternal se encuentran distantes debido a sus actividades citadas.

Por otra parte como se puede observar José C. (el hijo mayor) mantiene una relación distante tanto con su padre como con su hermana.

Finalmente en la categoría 6; ambos cónyuges de la familia Aguirre provienen de familias numerosas, siendo los dos cónyuges catalogados como hijos intermedios de sus respectivas familias. Cabe señalar que en el caso de Miguel y su hermano gemelo son los varones mayores de su familia, por lo cual desempeñaban la función de vigilar la estabilidad familiar tanto en su familia de origen como en la de procreación y cuando Javier (gemelo del P.I.) fallece víctima de un aneurisma y un paro cardíaco, Miguel empieza a manifestar severa depresión que dió inicio a la D.M.I.

Con respecto a Celia, se coloca como la menor dentro de las mujeres de su sistema familiar, por lo que de acuerdo con Mc Goldrick (1993), la relación de pareja y familia se encontraba equilibrada, puesto que Miguel asumió siempre un rol de responsable del cuidado de otros (familia de orientación y procreación).

Ahora bien abocándonos específicamente a la familia Aguirre, los roles que juegan los integrantes en ella de acuerdo con los que establece la Terapia Estructural se tiene que la madre es la central, mientras que José Cristián, Mayra y Alfonso se catalogan como periféricos debido a la postura que asumen ante el cuidado del P.I. y la situación familiar.

En la segunda aplicación, se vieron cambios en la categoría 4, pues la familia Aguirre vive en constante conflicto debido a las demandas de cuidado del paciente, que requiere de un gasto económico constante y atención por parte de Celia principalmente. Esto debido a que es una enfermedad degenerativa que presenta cambios constantes e incontrolables por lo que incluso se olvidan las necesidades de los otros integrantes del sistema.

En la categoría 5, ya que el triángulo desaparece, aunque la relación de Juan Alberto con su madre sigue siendo bastante favorable. Sin embargo Juan Alberto se involucra de menor manera en el cuidado del paciente. En lo

correspondiente a la relación de José Cristián y Mayra permanecen distantes.

En la categoría 6. se observa una actitud más periférica por parte de los hijos, que desemboca en una mayor carga en el cuidado que Celia le provee al enfermo, debido a que las actividades de los hijos son cada vez más limitantes y les llevan a una menor convivencia familiar, y en el caso específico de Mayra su horario de trabajo es muy inestable, (ver genograma 1).

AREA PROBLEMA: Una vez analizada la información del FASES II y del genograma junto con la entrevista, encontramos que existen ciertas discrepancias, entre lo que teóricamente debiera presentarse y que en la realidad no se da, tal es el caso de que en el FASES II en ambas aplicaciones, nos remite a una coalición marital fuerte, lo cual con el genograma y la entrevista se identifica como una relación muy estrecha que presenta conflicto, esto debido a la evolución de la demencia en uno de los cónyuges, y al sentimiento de soledad e impotencia del otro.

Y un segundo punto, es que en el FASES II se determina que los roles son compartidos por los miembros de la familia, sin embargo el genograma y la entrevista permitieron observar que el rol de C.P. ha sido perpetuado por Celia; por lo que

todos los roles manifestados dentro de éste sistema familiar se mantienen estables.

De ahí que a raíz de la presentación de la D.M.I., la familia Aguirre ha presentado problemas, principalmente en la relación conyugal, debido a que el P.I. es el esposo y dadas las características de la enfermedad la comunicación se ve alterada así como su forma de interactuar.

"...Te voy a decir una cosa, me da mucha tristeza porque para mí la vida de mi marido no es vida; porque él era un hombre irectísimo!, y de la noche a la mañana no le importa nada; cómo pide cigarros en la calle, cómo se mete a tomar un café y se va sin pagar. Antes era prudente, ahora no puede convivir con uno, porque aunque uno quiera platicar con él, ya no te contesta, a mí ni me pela. Por eso yo pienso que no es vida ni para él, ni para nadie, no sabes que pasa por su cabeza, qué es lo que quiere hacer, qué piensa, qué opina, y muchas veces, bueno, ¿qué siente?, ¿qué le duele?, porque a lo mejor le duele algo y no te lo sabe decir.

Además el no tener pareja me ha afectado mucho; la tienes y no la tienes...como pareja..."

Otra área en la cual se observan repercusiones es en la económica, ya que la función que desempeñaba el P.I. era la de proveer a su familia y a raíz de la aparición de los primeros síntomas, se ha dado un cambio en las funciones del resto de la familia para solventar los gastos económicos a los que se enfrenta la familia.

"...Mira cuando mi marido se quedó sin trabajo, yo en provincia anduve repartiendo curriculums, y llegue a un trabajo y me preguntaron ¿qué edad tiene?, le dije voy a trabajar con la edad, le dije pruebame, si ve que no sirvo no me pague y ya; me di la media vuelta y me fui; y creeme que esto me paso muchas veces, y es que desgraciadamente a la edad de 40 años ya no sirves..."

Así como la atención y el tratamiento del paciente, entre otros.

"...Pero como en el trabajo, no tienes tiempo de sentirte mal y pensar, solamente...yo sé que en el Centro está muy bien, yo, haz de cuenta que cuando vienen por él me siento liberada, porque sé que esta bien atendido, además sé que en cualquier momento pueden hablar por teléfono para cualquier emergencia..."

En lo que respecta al área social, se encuentra que se tienen problemas a dos niveles, a lo interno y externo del sistema familiar. En el primer caso se da un cambio en las funciones de sus miembros lo que conlleva a que éstos disminuyan el tiempo que pasan en convivencia como familia, por lo que al C.P. le es más difícil manifestar sus necesidades al resto de la familia.

"...Mira, pensé, si por ejemplo la cabeza de la familia, no puede afrontar los problemas de la misma, entonces ¿a quién le corresponden?, a la pareja; en el momento en que por ejemplo...si mi marido me falla, pues yo me desmorono, o sea me puede dar depresión o puedo chillar; y sería lo mismo, si yo como pareja de mis hijos, les fallo, ¿qué sienten ellos?, pues como que si no te apoyo, no sirves para nada, por eso uno tiene que ser fuerte, agarrar la responsabilidad de ser el pilar de la familia, porque el pilar mayor no está..."

Mientras que en la segunda instancia se detecta que la familia limita sus redes sociales, puesto que tiene que dejar de realizar ciertas actividades sociales.

"...Yo creo que afecta el no poderte ir de vacaciones, por el hecho de que se te vaya entre tanta gente y se pierda o se ponga agresivo; también afecta en el transporte que no aguante ir por mucho

tiempo y se desespera, el cambio de lugar, etc: entonces afecta a la familia porque no pueden salir todos juntos, yo lo acabo de vivir.

En lo social afecta porque ya no pueden convivir con la gente, porque dependiendo en que grado de la enfermedad éste, pues se para si esta cenando y va de mesa en mesa, o se pone impertinente; la familia ya no esta tranquila, porque anda uno con el pendiente de que se salga, o que rompa algo, o entre a la cocina y se quee, o que ande grito y grito, y todo eso resulta incomodo, aunque hay gente que te entiende y otros que son hijos de la mañana.

La convivencia tampoco puede ser familiar, porque aunque hagas un rompecabezas, juegues domino o lo que quieras, ellos ya no se concentran, entonces como ya no se puede convivir cada uno se va a su cuarto, te fastidias.

Afecta también en lo emocional, porque se presume de la mamá o el papá, el marido, y ya no puedes presumir que te ganaste el premio tal; y en la relación de pareja también se afecta mucho porque ya no es lo mismo..."

Esto a consecuencia del no poder o saber como controlar a su enfermo; y por parte del resto de la sociedad al no comprender las características de la enfermedad.

"...Yo me siento frustrada y mis hijos también, al ver que la gente como que se aparta, no sé a que le tienen miedo, no se les va a pegar, y la gente es un poquito sádica o mala, por eso yo les he dicho a mis hijos que no platiquen mucho de su padre con sus compañeros y amigos, de hecho mi hijo el mayor solo tiene un amigo con el que se desahoga, pero el chico que es quién más tiempo pasa con su papá no, yo siento que la gente es muy especial, por eso como que me he retraido un poco, he dejado de ir a algunos lugares y me siento como enojada con la gente.

Porque el otro día, el jefe de mi hijo, sin conocer a mi marido, es un psicólogo, le recomendo que internáramos en un manicomio a su padre, porque ese problema de la casa no lo dejaba rendir en el

trabajo, yo le dije, ¡ya ves, la culpa la tienen ustedes, para qué andan contando más de lo que deben platicar!..."

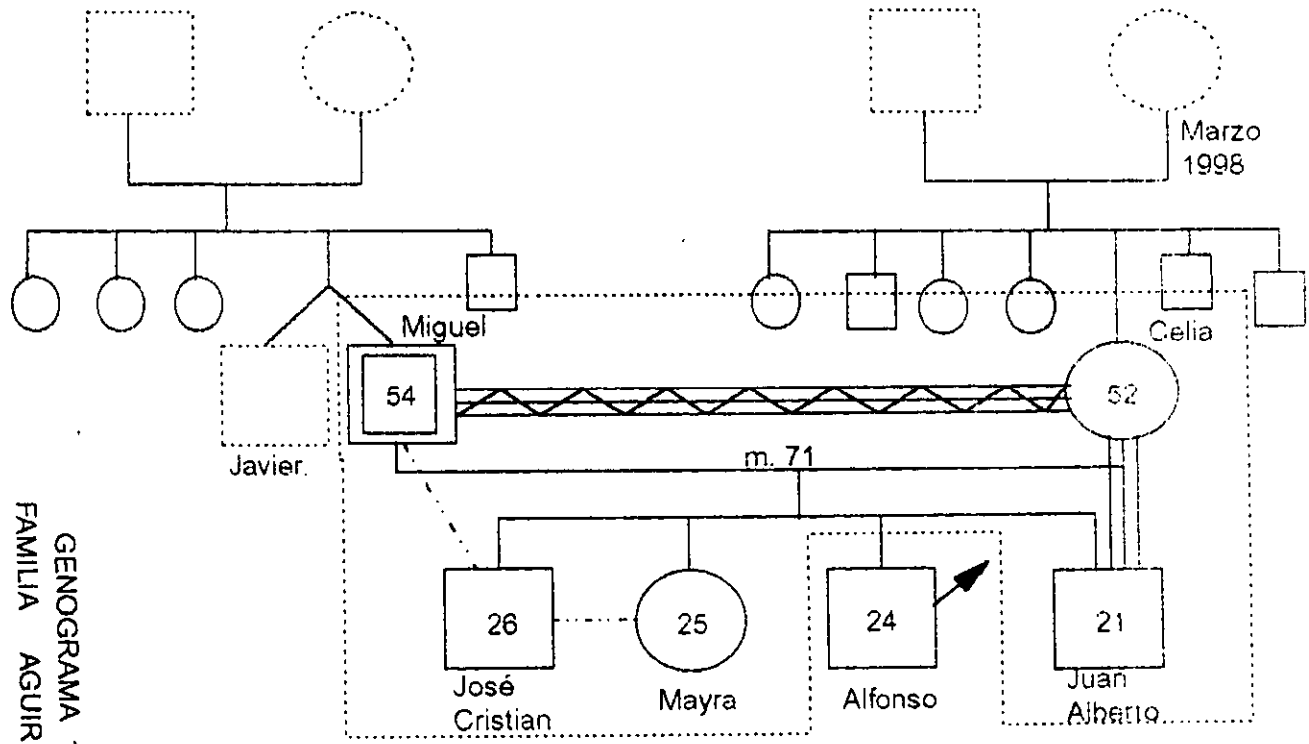
Por último a nivel individual, considerando las características del cuidador primario, que en este caso es la esposa encontramos que presenta tristeza frecuente, llanto, sentimientos de culpa y soledad; poca actividad social, una disminución en su motivación por actividades nuevas, a menos que guarden una relación con la enfermedad; por lo cual como lo mencionan diferentes autores, entre ellos Caballo (1993), estos síntomas pueden ser indicativos de una depresión frecuente, en este caso por la situación del deterioro gradual de su esposo.

CONCLUSIONES: Por lo cual podemos ver en este caso que la presencia de la D.M.I. ha alterado la estructura familiar, aun cuando la familia Aguirre; dentro de la evaluación del FASES II se ubicó dentro de las familias con mejor funcionamiento mostrando tener una buena diferenciación de las funciones de sus integrantes, así como por el presentar niveles moderados de adaptabilidad y cohesión, sin embargo a través de la entrevista y el genograma nos dejó ver que este nivel de funcionamiento era aparente, debido a que les resulta difícil aceptar los cambios que han ocurrido en

el sistema familiar a raíz de la presencia de un miembro con demencia.

En la actualidad se requiere que la familia cambie debido a que Celia como madre sigue con las mismas demandas aunadas con el cuidado de su esposo mientras que los hijos siguen sin involucrarse adecuadamente en el cuidado de su enfermo, lo que centraliza el estrés en una sola persona.

1998



GENOGRAMA 1
FAMILIA AGUIRRE.

CASO II. FAMILIA RAMOS.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Ramos, se encuentra constituida por la madre de 51 años, que es el sosten económico de la familia, y su hijo menor de 14 años quien se dedica a sus estudios y por temporadas trabaja.

Esta familia también cuenta con otra hija de 30 años, la cual al momento de la primera entrevista vivía independiente de su mamá y se encontraba embarazada.

Pudiendo ser clasificada como una familia nuclear con un solo progenitor, perteneciente a un nivel socio-económico de clase baja.

HISTORIA FAMILIAR: La pareja se conoció en 1962 cuando Griselda contaba con 15 años y Manolo con 28 años de edad. Duraron aproximadamente un año de novios, tiempo en el cual Griselda resulta embarazada, ella busca a Manolo y se entera por una amiga que éste es casado. Este último no niega el apoyo económico, pero Griselda sigue viviendo con sus padres, por lo que tiene conflictos graves con su familia.

En 1963 nace el hijo de Manolo. Para 1967, la pareja se seguía frecuentando, y Griselda resulta nuevamente embarazada, en ese tiempo Manolo se va a radicar a provincia, y al enterarse del embarazo pide nuevamente a Griselda que se

vaya con él, ante lo cual ella se sigue negando.

En 1971, Manolo regresa al D.F. solo para conocer a su hija, posteriormente en 1976 Griselda decide terminar definitivamente con él.

En 1978 Manolo radica en el extranjero y empieza a tener conflictos con su esposa por lo que inicia sus tramites de divorcio.

Para 1981 Griselda consigue un trabajo estable y con mejor remuneración económica que le permite independizarse de su familia, sin tener noticias de Manolo.

En 1982 Manolo regresa ya divorciado por lo que busca a Griselda y se reconcilia con ella empezando a vivir juntos. Dándose una serie de conflictos con los hijos de la pareja.

En 1984 nace el último hijo de la pareja: Ulises, y en este mismo año muere la madre de Griselda de manera violenta. Dos años después, en 1986 muere el hijo mayor de la pareja también de forma violenta, cosa que vuelve a deprimir a Griselda, de tal forma que se olvida del cuidado de su persona y familia; por la misma causa el señor Manolo cae en una depresión muy fuerte, la cual se asocia con los primeros síntomas de la D.T.A.

Para 1993 los síntomas ya eran muy notorios, el señor Manolo se perdía, olvidaba realizar su trabajo. Por lo cual lo llevan al médico y lo diagnostican con la D.T.A. Un año

después, en 1994, la hija de la pareja se casa, y sigue viviendo con Griselda, aunque no por mucho tiempo, razón por la cual Griselda no comenta con su hija lo que sucedía con su padre, y ésta última sentía que su madre ya no quería que ella siguiera viviendo ahí.

A principios de 1997, el señor Manolo se sale de su casa y sufre un accidente, por el cual fallece.

Finalmente, en 1998 nace su primer nieto.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A.: El señor Manolo era una persona que solía mantener una conversación con cualquier persona, ayudaba en las labores de la casa, le gustaba jugar con sus hijos, ser muy sociable, y no decía ni permitía que se dijeran groserías en su casa, en su arreglo personal era muy cuidadoso; de ahí que cuando comenzó a tener los primeros síntomas se percataron de ello, pero pensaron en un principio que se debía al reciente fallecimiento de su hijo, o bien al exceso de trabajo, a la fatiga, o por cualquier otra cosa, menos que fuera una D.T.A.

Durante mucho tiempo fue afecto a las bebidas alcohólicas llegando a estado de embriaguez frecuentemente y al fumaba 10 cigarros por día.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCIÓN: En 1993 cuando los síntomas de la enfermedad fueron más evidentes (se perdía, olvidaba realizar sus envíos al trabajar transportando mercancías) buscan apoyo médico y es llevado al Seguro Social donde lo diagnostican como D.T.A.

Al momento de saber el diagnóstico, no conocían algo con respecto a la enfermedad de Alzheimer, por lo que tuvieron que documentarse, asistiendo a los grupos de apoyo que brinda la Fundación Alzheimer, así como a los cursos que se llegaban a impartir y a los cuales podían asistir.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Al aplicar por primera vez el instrumento la familia se ubico por su nivel de cohesión al tipo de familias denominadas separadas, que se caracterizan por poseer una moderada independencia entre sus miembros, con lazos internos y externos semi-abiertos y generacionales claros, aunada a una coalición marital clara. La distribución de su tiempo se da tomando en cuenta lo importante que es el tiempo que pasan juntos como familia y separados, por lo que el espacio separado es mantenido y solo se dan pocos espacios a nivel familiar.

Los amigos son en algunos casos individuales y familiares; mientras que la toma de decisiones se da en su mayoría en lo individual y en menor forma en lo familiar. En

lo que respecta a intereses y recreaciones algunas son en familia y de naturaleza espontánea. siendo mayor las de índole individual.

En lo que respecta a su adaptabilidad, se encontró como perteneciente a los sistemas denominados como estructurados, en los cuales se maneja generalmente una comunicación de manera asertiva que les permite a sus elementos expresar su forma de pensar abiertamente. Para tener un manejo de la disciplina de forma democrática y sus negociaciones son buenas; sus roles en ocasiones son compartidos, sin embargo existe un líder estable, y finalmente las reglas cambian, siendo manejadas de manera explícita.

En la segunda aplicación, la familia por su nivel de cohesión fue catalogada entre los sistemas familiares desvinculados, los cuales se caracterizan por poseer una independencia muy alta entre sus elementos, al mismo tiempo que mantiene buenas relaciones con gente ajena a la familia lo cual no sucede a lo interno de la misma y los lazos generacionales son rígidos. En cuanto a sus coaliciones tienden a ser débiles y por lo regular se usan como forma de escape a los conflictos, por lo que la distribución de su tiempo se da para permanecer separado del resto de la familia (al máximo) al igual que en la distribución de su espacio físico.

Las amistades tienden a ser preferentemente de manera individual, existiendo pocos amigos familiares, y su toma de decisiones se da en lo individual. Por lo que finalmente las actividades recreativas son también de naturaleza individual.

En lo que respecta a su adaptabilidad, no se encontraron cambios, pues se siguió ubicando entre los sistemas denominados estructurados.

Los cambios observados de la primera a la segunda aplicación del FASES II, son debidos a que la familia pasa de ser un sistema nuclear a un sistema extenso, al regresar la hija con su familia de procreación, a la familia de origen, por los cuidados post-parto que requería, por lo que se presenta una modificación en la estructura y organización familiar.

Aunado esto a los ciclos vitales individuales de cada miembro, por ejemplo Ulises la adolescencia, Griselda el convertirse en abuela, Paola y Manuel el encontrarse en la etapa de hijos pequeños.

En cuanto al genograma se encontró que en la categoría 1. la estructura familiar se encuentra conformada por la madre de familia y su hijo de 14 años de edad.

En la constelación fraternal, en esta familia los hermanos presentan una diferencia de edades de 16 años; este factor así como la profunda depresión que sufrió la señora

Griselda cuando Ulises era pequeño, provocó que Paola asumiera el rol de hermana parental, haciéndose cargo y responsable de su hermano.

En la categoría 2, la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia es la de con hijos adolescentes.

La adaptación al ciclo vital de ésta familia se ve afectada a partir de la segunda etapa; ya que la pareja no se caso por el hecho de que el señor tenía otra familia, ante lo cual Griselda asume los roles de padre y madre.

En la categoría 3, dentro de las pautas de funcionamiento, en la familia de origen de Griselda, al ser ella la hija mayor, juega un papel importante, puesto que asume el cuidado de sus hermanos menores, ya que los padres se dedicaban a trabajar y por eso delegan esa responsabilidad en ella.

En la tercera generación Paola, hija mayor de Griselda, asume el cuidado de su hermano menor, ante la fuerte depresión que provocó en su madre la muerte de su hermano mayor; y podemos hipotétizar que en la familia Ramos el papel de la hija mayor, es asumir las características de hermana parental y los padres ante algunas circunstancias se vuelven periféricos.

Dentro de la categoría 4, los sucesos que se ven asociados en relación al funcionamiento de este sistema

familiar son los siguientes: en 1986 muere el hijo mayor de la pareja, y empiezan en ambos a manifestarse cambios de conducta y a nivel emocional; sin embargo cabe señalar que la depresión experimentada por el señor Manolo fue opacada por la sintomatología que presentaba Griselda en ese momento. Por lo que se da una fuerte alianza entre Paola y Ulises.

Otro suceso importante en la historia familiar es que en 1994 Paola, la hija mayor de la pareja Ramos decide casarse, en esta época los síntomas de la D.T.A. eran más evidentes, ante lo cual se había buscado un diagnóstico. La señora Griselda no informo a sus hijos de esto, y se alejó de ellos para no preocuparlos, ante esto Paola se siente rechazada y la relación que existía entre ellas se vuelve tensa y aparecen fuertes conflictos que ocasionan que Paola por un año aproximadamente no visite a su familia.

En enero de 1997 fallece a causa de un accidente el señor Manolo (P.I.), lo cual implica una nueva dinámica familiar: puesto que Ulises y Griselda ahora viven solos, y tienen conflictos por la atención que ella ahora le brinda a él. Debido a que durante el tiempo que el esposo manifestó los síntomas de la D.T.A., Griselda se dedicó a su atención, descuidando algunas de las necesidades de su hijo, por lo que ahora, busca centrar toda su atención en él, aun cuando este último demanda mayor libertad por su adolescencia, lo cual ha

provocado conflictos entre ambos.

En la categoría 5, podemos observar un triángulo que involucra a la señora Griselda, Paola y Ulises, en donde se encuentra un fuerte vínculo entre Griselda y su hija, sin embargo respecto a su hijo Ulises la relación se torna conflictiva y tensa. Cabe señalar que la relación entre los hermanos es muy estrecha.

Finalmente en la categoría 6, se observa que la señora Griselda siempre ha ocupado y ejercido el rol de padre y madre, ya que aún cuando vivió con ellos el señor Manolo éste tomaba una posición periférica en las decisiones familiares.

Los roles que juegan los integrantes de esta familia, retomando la Terapia Estructural son en la centralidad Griselda y en el periférico Ulises.

Dentro de esta familia en la segunda entrevista se presentaron cambios en la categoría 1, debido a que ahora la estructura familiar esta constituida por la señora Griselda, Ulises, Paola con su esposo Manuel, e hijo Oliver. (ver genograma 2).

AREA PROBLEMA: En esta familia, al revisar los datos obtenidos por los instrumentos, se observan algunas discrepancias en la forma en que esta estructurada la familia, ya que se da la inexistencia de una coalición

marital, dado que el esposo ya falleció.

En el caso de los roles, son designados como compartidos, aspecto que en la realidad no se da, debido a que la madre e hijos conservan una forma de funcionamiento, que no implica grandes cambios; cabe señalar que en la segunda aplicación del FASES II se asemeja más a la realidad.

Por lo que entre las alteraciones que esta familia presento a raíz de la aparición de la D.T.A., tenemos que en el área social, no existieron modificaciones significativas, puesto que la señora Griselda continuo con sus actividades laborales y recreativas (ir a misa, fiestas, salir al parque).

"...Yo fui sola al principio; y no se me hizo difícil resolver mi situación, porque volvi a quedar sola cuando mi esposo se enfermo, entonces me puse a pensar que si cuando mis hijos estaban pequeños, tenia que trabajar y salir adelante, ahora con más ganas y debo de estar más fuerte, porque esta mi hijo, y le pido a Dios poderlo levantar a él, como hice con mis otros dos hijos.

Yo solo estaba pendiente de que no se saliera; la gente que no sabia lo que tenia se le quedaba viendo, pero nunca le tuvieron miedo; simplemente cada ocho días ibamos a misa, y así como entrabamos saludaba a todo mundo.

Por ejemplo yo lo veia, le daba la mano, le decia ¿quieres bailar?, y él era feliz bailando, y con todo mundo bailaba, antes de que falleciera todavía fuimos a unos 15 años..."

Con respecto a lo económico aunque el paciente contaba con una pensión tuvieron algunos problemas ya que en ocasiones el paciente solía escaparse con el dinero de su

pensión y gastarlo, cuando se perdía por 2 o 3 días. Por lo que Griselda seguía trabajando.

En lo que respecta a la relación familiar, se vio muy afectada, puesto que el cuidado que demandaba el paciente hacía que Griselda descuidara la atención de sus hijos, lo que la llevo a tener importantes conflictos con ellos.

"...Yo no me considero una madre ejemplar, pero si me lo dice mi hija, siento que aún con regaños, castigos, problemas económicos y morales, logre sacarlos adelante, además de que me admira por la fortaleza que he tenido, y más que nada cuando su papá estaba enfermo, la paciencia que le tuve.

Yo no tuve apoyo ide nadie!, de mi hija si, pero yo no supe...como mi hija se acababa de casar, no veía que tan malo estaba, yo la veía tan feliz, que entonces lo que me había dicho el médico, no quería decirselo a ella, a quiénes les dije fue a la familia de él, pero nunca me apoyaron, y a ella no le dije, no quería truncar su felicidad. Entonces al ver ella todo eso, lo que hizo fue irse, y yo llegue a sentir resentimiento.

Ahora es con Ulises con quien constantemente estoy discutiendo, bueno a raíz de que mi esposo murió discutimos mucho, y no porque sea un vago, callejero, sino por el contrario, se la pasa en la casa, yo he querido que realice otras actividades, pero a él solo le gusta estar en la casa..."

Y en lo que respecta el área emocional, encontramos que aun sigue presentando ciertos conflictos, debido a la presencia de varios duelos continuos (ver historia familiar), que busco afrontar de determinada manera, y que le trajo como consecuencia sentimientos de culpa, los cuales busca resolver en la actualidad.

"...Cuando murió mi hijo, a través de cartas que le he escrito, me he reconciliado con él, pues

yo la verdad me he sentido muy sola, porque no tengo el apoyo de la familia de mi marido, a veces escribo sobre la muerte de mi hijo, y otras en relación a Manolo..."

CONCLUSIONES: En el caso de esta familia, se encuentran características diferentes a las de los demás casos presentados, puesto que algunas de sus etapas como familia las vive con un sólo progenitor, a pesar de lo cual, se ha logrado mantener como una familia funcional o medianamente funcional, que en su momento pudo ajustarse a las demandas del paciente, el cual se incorpora a la familia cuando los dos primeros hijos se encuentran en la adolescencia, y en poco tiempo empieza a manifestar los primeros síntomas de la enfermedad.

Y en la actualidad aun cuando el paciente ya falleció, la familia ha seguido adelante con su ciclo vital, aunque presenta conflictos en su relación familiar.

CASO III. Familia Ochoa.

DATOS DEMOGRAFICOS: La señora Hilda vive en su casa, y con ella su hijo Gustavo; es el mismo terreno pero cada quien en su departamento.

HISTORIA FAMILIAR: La señora Hilda es originaria de Tlaxcala, quedando huérfana a muy temprana edad, y es adoptada por unos tíos, vivió con ellos hasta los 18 años. Después decide venir al D.F. a laborar como empleada domestica, donde finalmente conoce a quien seria su esposo y deciden casarse.

El matrimonio solo concibió a 4 hijos, dos varones (Benito y Gustavo) y dos mujeres (Magda y Elvira), de los cuales en la actualidad tres son casados (Magda, Elvira y Guillermo): por su parte Benito vive en unión libre y anteriormente vivió en otra unión libre de la cual nacieron dos niñas, que fueron cuidadas por la señora Hilda, ya que su hijo Benito no veía por ellas por ser alcohólico, y la madre las abandono, la mayor de ellas, Juana que cuenta con 20 años, tuvo un hijo a la edad de 16 años, del cual no se hizo responsable, y lo dejo también al cuidado de la señora Hilda, pero al enfermar ella se hizo cargo de él, el señor Gustavo (tio abuelo del niño).

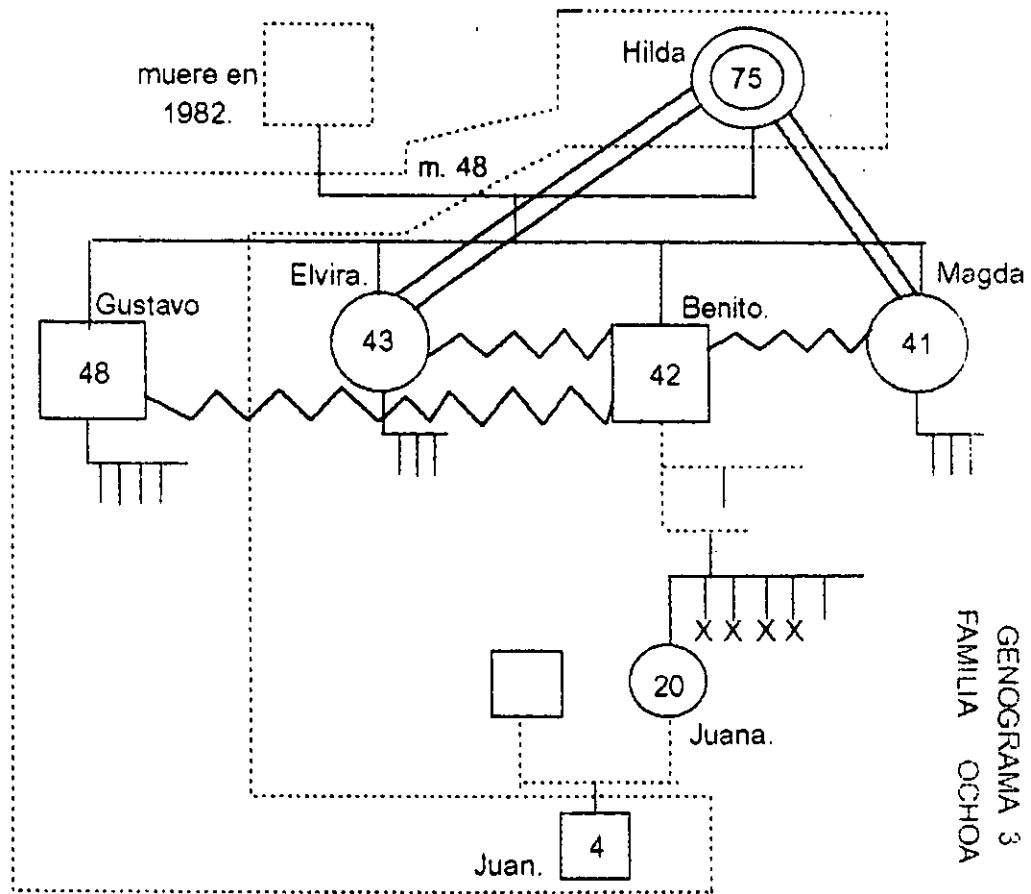
Cabe señalar que el esposo de Hilda falleció hace aproximadamente 16 años.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A: En cuanto a su salud, la señora Hilda a los 12 años padeció de fiebre reumática; a los 28 años comienza con problemas del corazón, por lo que le empiezan a administrar penicilina, como a los 30 años es sometida a una operación de las válvulas del corazón.

En cuanto a su estilo de vida, siempre se caracterizó por ser una persona muy activa, que tuvo que trabajar desde niña, y destacaba su cuidado en el orden y la limpieza, al igual que en su posición estricta de la educación que debían recibir las mujeres. Cabe mencionar que aun casada la señora siguió trabajando constituyéndose en el principal soporte económico de la familia.

La señora Hilda empieza a manifestar depresión, cuando decide hacerse responsable del cuidado de dos nietas, hijas de Benito, (ver genograma 3).

En el cuidado de la señora Hilda, se han involucrado sus dos hijas Magda y Elvira, por lo que a continuación se presentan sus familias de procreación.



GENOGRAMA 3
FAMILIA OCHOA

III.A) Familia Reséndiz Ochoa.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Reséndiz esta integrada por siete miembros; el jefe del hogar, su cónyuge, tres hijos varones, el abuelo paterno y una sobrina. Por lo que es considerada una familia extensa, en una etapa intermedia del ciclo vital, la cual corresponde a hijos adultos dentro del hogar.

Tanto el padre como el hijo mayor son económicamente activos, el padre trabaja como chófer de una Universidad, y ambos como empleados.

El padre de familia tiene 44 años, la madre es de 41 años, el hijo mayor de 24 años, el segundo 22 años, el tercero y la sobrina de 17 años todos ellos estudian, y el abuelo tiene 77 años:

En cuanto al nivel socio-económico la familia Reséndiz puede ser ubicada dentro de la clase media.

HISTORIA FAMILIAR: La señora Magda es la cuarta hija del matrimonio de sus padres, y es su madre quien en la actualidad presenta los síntomas de la D.T.A.

La pareja Reséndiz se conoció en 1970, cuando la señora Magda cursaba el quinto año de primaria. El noviazgo duró aproximadamente dos años, el cual se vio interrumpido por el

embarazo inesperado de la señora Magda, ante tal hecho la pareja decide casarse en 1972, contando únicamente con el apoyo y aprobación de la familia del señor Martín.

De 1972 a 1976 la familia Reséndiz radica en la casa de la familia de él, en este lapso nace Pablo en 1973, y Eduardo en 1976, en el mismo año (1976) la familia se muda a la casa de la madre de Magda, debido a que en su antigua residencia existían algunos conflictos que los llevaron a tomar dicha decisión, en este lugar viven hasta 1980, puesto que aquí también presentan problemas familiares.

A partir de 1980, esta familia regresa a la casa de Martín, en donde construyeron su propio hogar independizándose de ambas familias de origen; naciendo en 1981 el último hijo de la familia; Carlos. A partir de este evento la familia Reséndiz mantiene una estabilidad en cuanto a su residencia y a sus relaciones con ambas familias de origen.

En 1991, la señora Magda y su familia de origen se empiezan a percatar de algunos cambios de conducta de su mamá (P.I.), ante lo cual deciden buscar ayuda profesional. Cabe señalar que las actividades de la familia Reséndiz se vieron modificadas; sin embargo desde la aparición de los primeros síntomas de la demencia en su madre, su familia de origen y de procreación han tenido que organizarse para brindar el

cuidado que la P.I. requiere; por lo que la señora Magda se encarga de acompañar a su madre a sus visitas médicas, así como el recogerla del Centro de Cuidado Diurno, brindándole posteriormente un cuidado de 16:00 a 22:00 horas en la casa de la P.I.

En 1993 la familia sufre nuevamente cambios en su estructura, puesto que el señor Martín consigue un segundo empleo, y se integra un nuevo elemento (compañero de trabajo de Pablo), quien vive con ellos hasta 1996.

En 1995, la pareja Reséndiz a consecuencia de un fuerte conflicto vislumbra la posibilidad de separarse, por lo que Magda acude a tratamiento psicológico, y toma la decisión de continuar juntos.

En 1998, la señora Magda y sus cuñadas tuvieron un fuerte altercado, que ocasiono un serio conflicto de pareja, además de que ella se saliera de su casa por una semana, Pablo también decidió dejar la casa e irse a vivir con unos amigos. Posteriormente se aclararon todos los malos entendidos de la pareja y deciden volver a vivir juntos y Pablo también regresa.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: A raíz de los cambios de conducta que presentaba la P.I., la familia de la señora tanto la de origen como la de procreación, han buscado

ayuda profesional que les oriente sobre cual es la causa de dicho trastorno, así de cómo cuidarla.

En la actualidad es atendida en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en donde se le brinda medicamento para controlar algunas conductas, cabe señalar que aun no se cuenta con un diagnostico preciso respecto al tipo de demencia que presenta la señora Hilda. Sin embargo recibe tratamiento de rehabilitación en el Centro de Cuidado Diurno.

Por otra parte, las familias se han distribuido el cuidado de la paciente. En cuanto a los gastos económicos contribuyen de manera equitativa solo 3 hijos de la P.I.

Magda y su familia, atienden a la paciente de lunes a jueves de las 16:00 a las 22:00 horas, proporcionando dicho cuidado en la casa de la P.I.

IMPRESION DIAGNOSTICA: En la primera aplicación del FASES II a la señora Magda, se encontró que ella percibe a su familia como caóticamente conectada, este tipo de familia según el modelo circuplejo de acuerdo con Olson (1986) representa a los sistemas que funcionan de manera parcialmente adecuada y sus características son las siguientes:

En cuanto a su cohesión, las familias conectadas se distinguen por tener un funcionamiento familiar más efectivo

Y un mejor desarrollo individual de sus integrantes, de tal manera que la familia logra manejarse de una manera adecuada ante las crisis y el cambio, de ahí que la dependencia e independencia de sus miembros es moderada.

Los lazos familiares y externos son semi-abiertos, existe una coalición marital fuerte, en lo referente a los tiempos de cada integrante del sistema es importante el que pasan juntos, sin embargo se permite pasar tiempo con personas ajenas al sistema familiar; en el espacio familiar existe un equilibrio entre el que pasan juntos como familia y el que designan para otro tipo de actividades en lo individual.

En este tipo de familias, las decisiones se toman pensando en el bienestar de todos los integrantes.

En cuanto a la dimensión de la adaptabilidad de la familia Reséndiz, se ubica como caótica, siendo las características que esto implica que los estilos de asertividad dentro del sistema familiar fluctúen entre pasivo-agresivo en cuanto al control de la familia no se distingue un líder y por lo tanto hay falta de control, las reglas se modifican con facilidad y la mayoría de estas son de carácter implícito más que explícito, por otra parte la negociación en esta familia puede durar por mucho tiempo sin llegar a una solución real del problema; lo que causa que en

ocasiones se carezca de un control en la manera en que interactúan los miembros de la familia, dándose frecuentemente cambios en las reglas que maneja el sistema.

En la segunda aplicación del FASES II, la familia no mostró cambios significativos, ya que se mantiene en las mismas condiciones.

Esto debido a que las funciones y el número de integrantes de la familia no han sufrido cambios, por lo que el cuidado de la enferma, sigue recayendo principalmente en su hija Magda.

En lo que al genograma se refiere, en la categoría 1; la familia Reséndiz esta conformada por tres generaciones y miembros anexos, puesto que en él viven el abuelo paterno, los padres o cónyuges y los hijos o nietos; esto a consecuencia de que la familia Reséndiz desde 1980 hasta la fecha ha vivido en casa de la familia de origen de él, y al morir la madre del señor Martín, su padre es atendido e incorporado como un integrante de la familia Reséndiz, siendo característicos los límites generacionales claros que ha desarrollado el sistema. Además en dos ocasiones esta familia ha incorporado a otras personas ya sean familiares (Sandra, sobrina del señor Martín) y/o amigos (remitirse a la historia familiar) que en un momento dado requieren de apoyo económico y/o un lugar en donde radicar.

En la constelación fraterna de este sistema se observa que el hijo mayor es quien ha asumido más responsabilidades en cuanto a la manutención de sus estudios, así como cooperar para los gastos familiares.

Todos los hijos son de sexo masculino por lo cual han tenido pocas experiencias con los pares del sexo femenino, por lo que la reciente incorporación de Sandra a la familia Reséndiz ha ocasionado algunas reestructuraciones en esta constelación fraterna.

La diferencia de edades entre los dos primeros hermanos (Pablo y Eduardo) no es significativa, sin embargo por las actividades de cada uno, Eduardo tiende a compartir más actividades y experiencias con su hermano menor Carlos.

En la categoría 2 la familia Reséndiz a lo largo de su ciclo ha mostrado el haberse adaptado a los diferentes estados que se han presentado.

En la actualidad la familia se encuentra en la etapa de hijos adultos viviendo dentro del hogar.

En la categoría 3 no se observaron pautas repetitivas en cuanto al funcionamiento, las relaciones y la estructura familiar en este sistema.

En la categoría 4; la familia Reséndiz a partir de 1991 se percatan de los primeros síntomas de la D.T.A en la señora Hilda, por lo que tuvieron que modificar su organización

familiar, así como los recursos económicos que se necesitan para proveer el cuidado que la P.I. requiere, además de satisfacer sus necesidades como familia.

En la categoría 5; dentro de la familia Reséndiz se observaron algunas alianzas como lo son, la existente entre la pareja la cual tiene como finalidad cubrir algunas necesidades de cuidado de la P.I., principalmente a nivel económico; la estabilidad entre la señora Magda y su hijo Eduardo quien es el apoyo emocional de su madre y además le ayuda con algunas actividades de reproducción cotidiana del hogar, para que la señora Magda pueda cuidar a la P.I. durante las tardes.

Por último en la categoría 6; dentro de la estructura familiar se puede observar que la relación de pareja muestra cierto equilibrio, puesto que la señora Magda es la hija menor de su familia de origen, mientras que el señor Martín fungió como hijo mayor de su familia de origen; ya que él es el hijo varón después de 5 hijas mujeres de las cuales dos fallecieron a temprana edad.

En lo referente a la constelación familiar la señora Magda proviene de una familia nuclear con 4 hijos. Mientras que su esposo proviene de un sistema familiar amplio que tenía 13 hijos de los cuales 4 fallecieron.

Con base en las características antes mencionadas y de

acuerdo con Mc Goldrick (1993), quien establece que cuando un miembro de una familia amplia decide formar su propia familia, tiende a buscar que su conyuge tenga características opuestas a él, para poder equilibrar al nuevo sistema, de ahí que se puede hipotétizar que el señor Martín en su familia de origen, por el hecho de ser el varón mayor asumió características de hermano parental y protector de sus hermanos, así como de preferir una familia con un menor número de hijos. Por lo que se ve complementada la relación de pareja.

Dentro de los roles, presentados en el sistema familiar Reséndiz, se tiene que Pablo tiende a mantener una posición periférica en algunas cuestiones familiares, esto debido al poco tiempo que pasa dentro de su casa. La señora Magda juega el rol central dentro de su familia puesto que los otros miembros tienden a actuar a partir de sus demandas y necesidades.

En la segunda aplicación del genograma, la familia no mostró cambios significativos, ya que se mantiene en las mismas condiciones, (ver genograma 3.A).

AREA PROBLEMA: En lo que respecta la comparación de los instrumentos, se puede decir que solo hubo una discrepancia, al considerar la no existencia de una coalición

marital fuerte, puesto que ésta responde más a las características de una alianza a favor de la familia y de la paciente. Cabe señalar que aunque existe dentro de esta familia un líder señalado por todos, éste no se encuentra dentro del holón conyugal, puesto que se le designa al segundo hijo de la pareja.

De ahí que en la familia Reséndiz, los problemas que se han hecho más evidentes a partir de la enfermedad de la señora Hilda, son la disminución de actividades sociales como familia y el que la señora Magda haya tenido que dejar sus actividades recreativas (cerámica y pintura) para poder sobrellevar la demanda del hogar y de la paciente, a la cual tiene la obligación de recoger en las tardes en la Fundación y cuidarla hasta las 22:00 horas.

En el nivel económico, también se han visto afectados debido al costo de los medicamentos y de las terapias en la Fundación y otro tipo de gastos médicos, aunados al gasto de los estudios de sus hijos.

La carga de cuidado que hay sobre Magda le ha afectado en su salud ya que se siente irritada y deprimida.

"...Cuando fui al Centro de Atención Diurna, llegue desesperada, llorando, primero me atendió la directora, después una señorita, y ya cuando empezaron a platicar que me iban a ayudar y apoyar, me fui tranquilizando.

Yo me sentía desubicada, triste, porque por ejemplo en las mañanas yo no podía hacer mis cosas.

y no entendía que era lo que tenía ella, no sabía porque estaba reaccionando así, y pensaba, ¡esta mal!, pero no actuaba, no podía reconocer que necesitábamos ayuda: hasta que mis cuñadas me indicaron que ambas necesitábamos ayuda, para que yo estuviera más tranquila; entonces hable con mis hermanos, al principio los dos se mostraron renuentes, mi hermano todavía, porque dice que mi mamá solo se esta haciendo, y entonces busque ayuda, y conforme plátique me tranquilice, porque saque todo lo que traía..."

La relación para con sus hijos se vio alterada momentáneamente, sin embargo en la actualidad, el sentimiento de fuerza es algo que ha alcanzado mediante el afrontamiento de dificultades familiares en el pasado, ya que su fuerza radica en la unión de su familia.

"...Yo he compartido con mi esposo todo lo de mi mamá, mis dos hijos mayores me apoyan mucho. Y si me ven así... (tensa) porque también me entra el sentimiento cuando mi mamá empieza en las tardes que ya se quiere ir..."

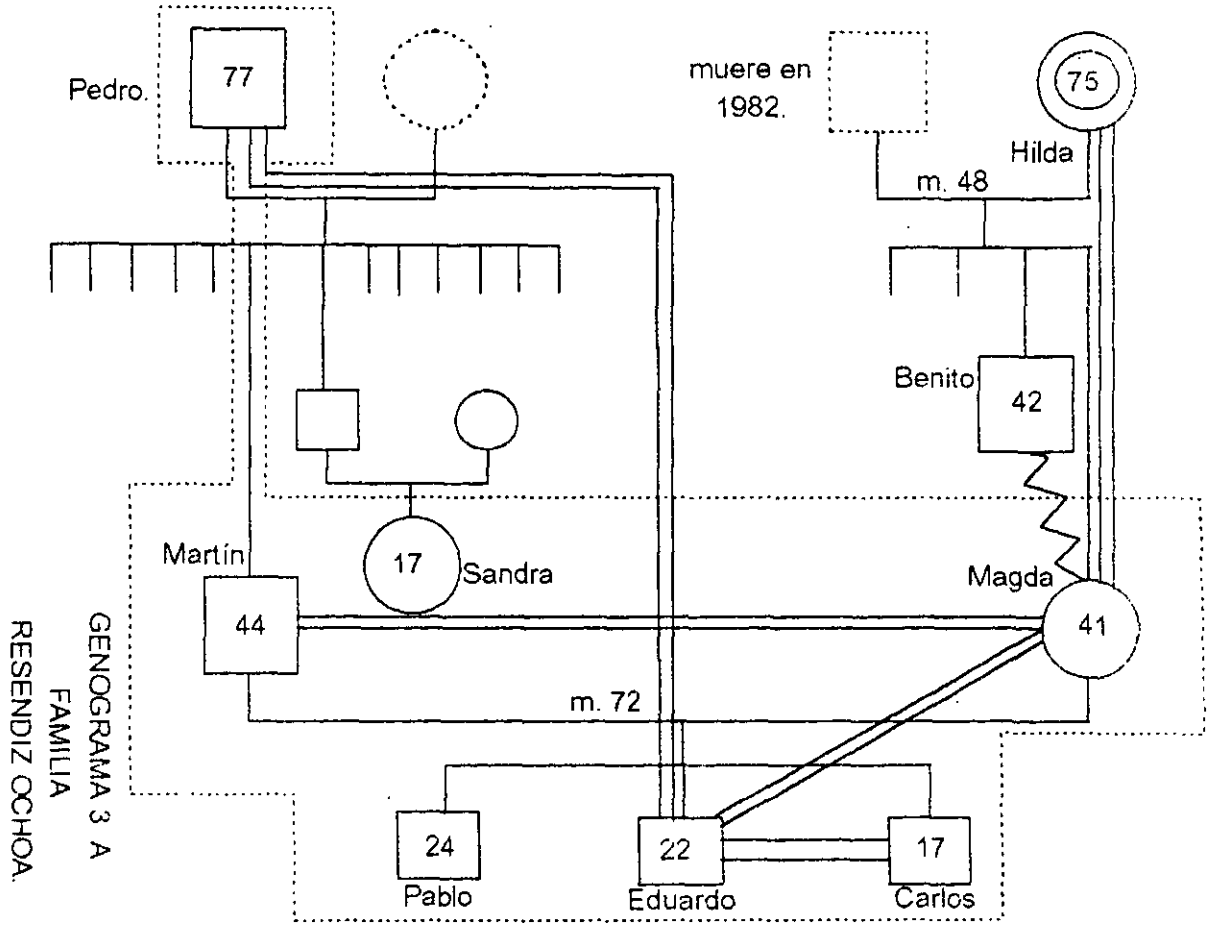
Aunque cabe señalar que debido a la fuerte alianza que existe entre los cónyuges, la familia ha podido sobrellevar adecuadamente los problemas a los que se ha enfrentado.

CONCLUSIONES: La familia Reséndiz, como se manejo anteriormente, pertenece a uno de los sistemas maritales que cuentan con las bases y herramientas necesarias para afrontar las crisis que se presentan a lo largo de su historia. Sin embargo cabe señalar que a pesar de haber logrado una organización estable en cuanto a los roles que desempeñan sus integrantes y que al mismo tiempo esto permite seguir

adelante dentro de los diferentes estadios que le demanda su ciclo vital.

Cabe señalar que por las características de la enfermedad en la actualidad se necesita de una reorganización en los cuidados prodigados a la P.I. por parte de la familia de origen, debido a que en los últimos días la salud y estado emocional de la señora Magda se ha visto alterado, por ser ella quien asume mayor responsabilidad del cuidado de su mamá (P.I.).

Sin embargo por las características que éste sistema guarda, consideramos que volverá a ajustarse, permitiendo la estabilidad emocional de Magda.



III.B) FAMILIA DIAZ OCHOA.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Diaz se encuentra formada por 5 elementos, el padre, la madre, un hijo varón y dos hijas; todos originarios del D.F. Dicha familia se caracteriza por ser de tipo nuclear, donde el principal sosten económico es el padre el cual se desempeña como empleado en una industria, los hijos se desempeñan principalmente en la escuela, la hija mayor tiene 19 años, el hijo varón 17 años y la menor de 8 años.

Esta familia se puede ubicar dentro de un nivel socio-económico de clase baja.

HISTORIA FAMILIAR: En 1977 aproximadamente Elvira y Raúl se conocen en la empresa donde laboraban. Después de 7 meses de noviazgo deciden casarse (1978), idea que no agrado a la madre de Elvira, quien saboteo dos veces la boda, por lo cual deciden casarse a escondidas en provincia.

Un año más tarde (1979), nace la primera hija del matrimonio Diaz y dos años más tarde nace Raúl (1981), durante este periodo la familia vivió en casa de la madre de Elvira, sin embargo se empezaron a presentar problemas con uno de los hermanos de esta y deciden irse a vivir independientemente.

En 1984, intentaron secuestrar a la hija mayor de la pareja, por lo cual Elvira deja su trabajo, para dedicarse integramente al cuidado de su familia. Ya en su nuevo hogar, en el año de 1990 nace su última hija Virginia.

En 1991, Elvira empieza a notar actitudes en su madre que no concordaban con su forma de ser por lo que en conjunto con su familia de origen deciden buscar ayuda profesional.

En 1994, el señor Raúl decide independizarse de su trabajo, pero al olvidar documentos importantes en su anterior trabajo, lo involucran en problemas de impuestos y pagos; por lo cual la familia vive una crisis económica misma que hasta la fecha no ha podido recuperarse.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: Al igual que su hermana Magda, la familia de la señora (la de procreación), ha buscado ayuda profesional que les oriente sobre cual es la causa de dicho trastorno, así de como cuidarla.

Por lo que Elvira y su familia, atienden a la paciente a partir del viernes por la tarde hasta el domingo por la noche.

IMPRESION DIAGNOSTICA: En la primera aplicación del FASES II, la familia Diaz se ubico dentro de las familias

conectadas, en la cual existe una moderada dependencia entre sus elementos, sus lazos externos son semi-abiertos mientras que los internos si son abiertos, manteniendose lazos generacionales claros. También se da una coalición marital fuerte.

En cuanto a la distribución de su tiempo, se considera importante el que pasan juntos como familia, aunque se permite el tiempo separado mientras haya razones fuertes para ello. En lo que respecta a la distribución de su espacio familiar se da al máximo y el privado al mínimo.

Existen algunos amigos individuales, actividades en pareja y amigos familiares. Las decisiones individuales se comparten pero la mayoría se toman pensando en la familia, y en cuanto a sus intereses y recreaciones existen algunas actividades familiares en horario establecido, dándose un involucramiento de los miembros en los intereses familiares.

En cuanto a su adaptabilidad se le pudo ubicar dentro de los sistemas caóticos, el cual maneja estilos pasivos - agresivos de asertividad, por lo que se encuentra como característica de la familia, el no mantener una consistencia entre lo que se permite y no expresar ante los miembros de la familia (emociones, ideas, etc.), no existiendo un líder asignado, lo que no les permite mantener un nivel de control adecuado dentro de los miembros de la familia, teniendo por

ello que al negociar o discutir problemas de la familia la solución no es la adecuada.

En cuanto a sus roles se dan cambios dramáticos en ellos, y finalmente existen muchas reglas implícitas y pocas explícitas.

En la segunda aplicación se encontró que la familia presentó cambios en el nivel de cohesión, pues de conectada paso a amalgamada, por lo que se da una alta dependencia entre los miembros del sistema familiar, los lazos externos se encuentran cerrados, dándose una coalición entre madre - hijo.

En cuanto a la distribución de su tiempo tratan de mantenerse al máximo juntos, y lo menos posible separados, existiendo poco o ningún espacio privado en casa. Los amigos individuales son limitados y se trata de ver a la pareja y amigos junto con toda la familia, mientras que las decisiones en todo tipo se deben hacer en conjunto con la familia al igual que la mayoría de actividades recreativas.

Este cambio es debido a la evolución de la enfermedad de la paciente, al igual que el cuidado se realiza los fines de semana, por lo que en ese momento los miembros de la familia ven limitadas las oportunidades de salir del hogar, al tratar de mantener un control sobre la paciente.

En lo que al genograma se refiere, se encontró que en la

categoria 1 la familia es nuclear y que consta de 5 integrantes los cónyuges y sus tres hijos. La constelación fraternal se compone de Darani de 19, Raúl de 17 y Virginia de 8 años de edad; como se puede observar existe en esta familia una gran diferencia de edad entre el segundo y tercer hijo, lo cual no ha provocado problemas en la relación fraterna.

En la categoría 2: la familia Díaz en la actualidad se encuentra en la etapa de su ciclo vital de hijos adolescentes, lo cual les demanda mayor flexibilidad en cuanto a su organización. Puesto que como dice Estrada (1993), durante esta etapa los hijos, tratan de buscar su identidad e independencia en relación al resto de la familia.

En la categoría 3: no se detecta en el genograma de la familia repetición de algunas pautas ya sean de funcionamiento o vinculos a través de las generaciones.

En la categoría 4; dentro de los eventos más significativos, los cuales han originado una modificación de la organización de ésta familia, encontramos que cuando la hija mayor tenia 5 años la persona encargada de su cuidado intentó raptarla, ante tal situación el matrimonio decide que Elvira no seguiria trabajando para asi tener mayor control de su hogar, esto trajo consigo una disminución de los ingresos económicos familiares.

Otro hecho relevante es que la familia a partir de 1991 ha tenido que modificar su organización los fines de semana, puesto que es durante éste tiempo que cuidan a la paciente. Dichos cambios implican el restringirse de invitar amigos a la casa, tener la casa cerrada con llave, no dejar objetos peligrosos que pongan en riesgo la integridad física de la paciente, así como el decidir a quién le toca salir y a quién no; siendo por éste último aspecto que se suscitan con mayor frecuencia conflictos, principalmente con Darani.

En 1994, a consecuencia de un fraude fiscal, la familia ha tenido que pagar impuestos por servicios que no han prestado, lo que ha repercutido en su estilo de vida.

En la categoría 5 se encuentran algunas pautas vinculares como lo son la fuerte alianza entre la pareja enfocada en mantener la estabilidad emocional y afectiva de la familia, así como de ayudar a Elvira en el manejo de la P.I., se observa una triangulación entre Elvira, Raúl (padre) y Darani; debido a la buena relación que prevalece en el matrimonio, y a su vez Darani se siente más identificada con su papá y mantiene una relación distante con su mamá, lo cual nos muestra un triángulo transgeneracional.

Por otra parte, Raúl (hijo) y Darani mantienen una relación distante desde hace un año aproximadamente.

Existe una alianza entre Elvira y su hija la menor, la

cual tiene como finalidad ser un refugio ante la situación que vive Elvira por la enfermedad de su mamá.

Finalmente en la categoría 6 encontramos que dentro de los factores que nos dejan ver a la familia Diaz como un sistema equilibrado, tenemos que ambos cónyuges están atravesando la misma etapa de su ciclo vital individual, por lo que han logrado establecer sus límites generacionales de manera clara.

Por otra parte en este sistema familiar, solo se detecta uno de los roles que establece la Terapia Estructural, que es el central y está compartido por dos miembros Elvira y Darani.

Todos los miembros de la familia se han involucrado en el cuidado de la P.I., sin embargo esta labor ha recaído mayormente en Elvira y en Raúl (hijo), (ver genograma 3.B).

AREA PROBLEMA: En lo que respecta a la comparación de los instrumentos, se encuentra que en esta familia más que una coalición marital se da una alianza, que tiene como finalidad el mantener un orden dentro de los elementos de la familia, así como proveer de atención a la P.I. Y en cuanto a la coalición madre - hijo, no se encuentran fundamentos para su existencia, dado que ésta no se orienta en perjuicio de un tercero.

Por lo que la familia Diaz a partir de que la señora Hilda enfermó, ha sufrido una serie de problemáticas que han perturbado la relación familiar, debido a que el tiempo destinado para el cuidado de la paciente corresponde a sábados y domingos, cuando la familia podía estar reunida y organizar actividades conjuntas, ya que el esposo labora casi todo el día y los hijos estudian. Sin embargo, Elvira si llega a contar con el apoyo del resto de su familia de origen entre semana.

"...De hecho es mi esposo quien le tiene más paciencia a mi madre, es muy noble, con él me cuenta que muchas cosas que creía eran pecado no lo son, como el ir al cine, bailar, entre otras; por lo que decidí cambiarme de religión.

Mi esposo es muy fiestero, muy alegre, por lo que mis hijos y él se van a las fiestas, y yo me quedo cuidando a mi mamá, porque ya me paso en un año nuevo, ella empezo a gritar y golpear vidrios hasta que los rompió, de hecho en la casa ya no hay vidrios son micas, por eso ya me da miedo salir con ella, y yo me deprimó mucho, me da tristeza el pensar que puedo yo vivir quizá esta situación más adelante.

Solo la saco por las tardes cuando esta mi esposo o mi hijo, porque ellos tienen fuerza y la pueden detener, y yo no, porque se me suelta y da puntapiés o asusta a la gente, y ese es mi miedo, mi temor, a veces hasta mi vergüenza que la gente diga la familia de locos..."

La familia en general ha visto limitadas sus actividades sociales y religiosas, puesto que gustaba de organizar eventos en conjunto con la iglesia.

Los hijos se han aislado de sus amistades al no compartir tiempo y no poderlos invitar a la casa por el

comportamiento de la paciente.

En el nivel económico también se han visto afectados debido al costo de los medicamentos y terapias que le suministran a la P.I.

A nivel emocional Elvira se ha visto afectada, debido a que se le dificulta manifestar sus sentimientos al resto de la familia.

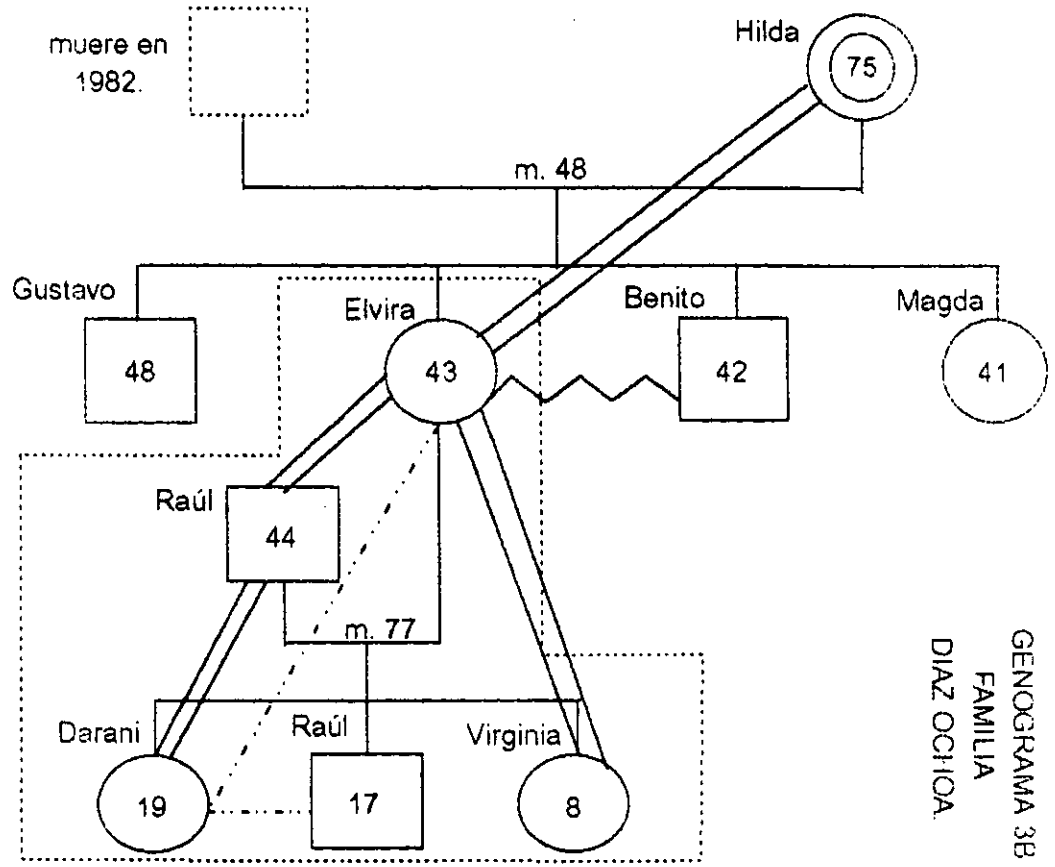
"...Yo pienso que aunque diga soy fuerte, tengo también debilidad; hay ocasiones en que me meto al baño agarro un trapo y me pongo a gritar a manera que no me escuchen mis hijos y se me suelta el llanto. Es una forma de desahogarme y ni modo lo tengo que aceptar, tengo que llorar, porque si no entonces exploto con mis hijos, eso sí, no me gusta que ellos me vean en esa condición.

Me encierro en el baño y me pongo a platicar, luego mi hija la chiquita me dice, mamá que tienes con quién platicas, yo le respondo no es que estoy rezando; pero me estoy diciendo, no está bien que tomes ese papel, que también sientan los otros que estas cansada, que también ellos pueden solucionar sus problemas.

Pienso que hasta la fecha no me han visto, y es que llega la tarde del sábado y parece que ya me toca ir a llorar al baño..."

CONCLUSIONES: Esta familia se ubica según el FASES II como una de las familias que mantienen un nivel medio de funcionamiento, en lo que se refiere al manejo de sus roles y situaciones de crisis, lo cual le permite ajustarse relativamente a las demandas de su paciente, así como a las propias del sistema, las cuales también incluyen las que se

originan a partir de la etapa del ciclo vital por la que se encuentran pasando, aunque si bien, dicho nivel de funcionamiento no es totalmente adecuado, ya que las exigencias del cuidado a veces sobrepasan las características del sistema, por lo que se nota como necesario el que la familia siga cambiando para adaptarse mejor a dichas demandas y mantenerse en mejor funcionamiento.



GENOGRAMA 3B
FAMILIA
DIAZ OCHOA.

CASO IV. FAMILIA TORRES.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Torres esta integrada por 7 miembros, el señor Moisés de 52 años, la señora Gabriela de 54 años, Enrique de 24, Omar de 22, la señora Lidia de 85 años madre de Gabriela. (P.I.), un hermano de la señora Gabriela (Manolo) y la madrina de la señora Gabriela de 84 años Margarita (P.I).

Es una familia extensa en una etapa intermedia del ciclo vital, la cual corresponde a hijos adultos dentro del hogar.

Los dos cónyuges son jubilados, sin embargo el señor Moisés, de vez en cuando anda en busca de un empleo, mediante el cual se incrementen los ingresos económicos de la familia; otros miembros que cooperan con los gastos, son el hermano de la señora, los dos hijos de la pareja, y la pensión que recibe la madrina.

HISTORIA FAMILIAR: La pareja se conoció en 1965, en el lugar de trabajo, durando aproximadamente 5 años de noviazgo y se casaron en 1970. Lléndose a vivir de manera independiente, sin tener un lugar de residencia fija hasta que en 1996 llegaron a vivir en su actual domicilio donde rentan, (casa de la señora Margarita) éste último cambio se debió a que la salud de la señora Lidia (madre de Gabriela)

se encontraba muy deteriorada y requería atención constante. y dada la jubilación en la pareja pudieron cambiarse para colaborar en la atención de la señora Lidia.

En 1973 nace el primer hijo del matrimonio Torres, Enrique; dos años después nace el segundo, Omar; y al año siguiente nace David quien fallece a los 45 días de haber nacido; en éste mismo año (1976) la pareja Torres tuvo un fuerte conflicto, el cual estuvo a punto de ser la causa de separación en el matrimonio, sin embargo lo pudieron superar.

Esta familia está a cargo de dos P.I. los cuales son familiares de la señora Gabriela, en el primer caso se trata de su madre, la señora Lidia, y en el segundo caso es su madrina, la señora Margarita.

La señora Lidia (madre de la señora Gabriela) es de provincia, cuando se caso tenía 20 años y su esposo 18 aproximadamente, pero en 1965 decide separarse de su pareja. El motivo fue que el padre de la señora Gabriela tenía otra pareja, noticia que le causó una fuerte impresión emocional a la señora Lidia, que se manifestó en una crisis nerviosa, por lo que buscó apoyo en su comadre quien se lo brinda y deciden vivir juntas.

En lo que respecta a la madrina (segundo P.I) solo sabemos que tuvo un hijo que falleció a los pocos días, no tiene familiares, por ello es que decidieron hacerse cargo de

ella cuando enfermó.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A: En la señora Lidia, empiezan los síntomas en 1986 aproximadamente, cuando tenía 73 años, que fue cuando la familia se empezó a dar cuenta de los cambios de conducta de la paciente, mismos que en un principio atribuían al Parkinson que también padece.

En 1996 cuando llegan a vivir con la paciente, ésta ya se encontraba muy agresiva e inquieta, en la actualidad está en una etapa muy avanzada y depende totalmente de su cuidado, ya no habla, no camina, no controla esfínteres y no come por sí misma, requiere de una dieta especial.

En el caso de la señora Margarita (madrina), empezó a manifestar los primeros síntomas en 1994 al contar con 80 años de edad, por lo que la evolución de la enfermedad les ha tocado vivirla al matrimonio Torres, hasta el día de hoy.

Los primeros síntomas que empezaron a detectar era el olvido constante de su pasado inmediato, confusión espacio-temporal, lo cual le dificultaba salir a la calle sola, ya que en ocasiones llegó a perderse dentro de la misma colonia, y fueron vecinos quienes la llevaban de regreso a su casa. Actualmente estos síntomas se han hecho más significativos pues presenta torpeza y lentitud motriz, disminución del lenguaje, constantes alucinaciones auditivas y visuales, así

como problemas en la alimentación.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: Los cambios de conducta, olvidos, extravíos, etc; en la madre, eran cada día más frecuentes y el médico seguía con el tratamiento únicamente para el Parkinson, por lo cual la familia decide consultar a un geriatra quien le diagnostico D.T.A, lo que sorprendió y preocupó a la familia al no contar con información alguna respecto de la enfermedad, a partir de ese momento la señora Gabriela encuentra apoyo en una prima quien se encarga mayormente del cuidado de la paciente (mamá), cuando la pareja aun trabajaba, pero estaban al pendiente del estado de salud y las necesidades que tenia.

En cuanto pueden, deciden irse a vivir con ella para estar más al pendiente de su cuidado, cuando esto ocurre la madrina iniciaba con los síntomas de la enfermedad, por lo que la pareja ha sufrido modificaciones en cuanto a su organización, puesto que el cuidado de las enfermas se ha distribuido entre la pareja, dado que el señor Moisés se encarga del cuidado de la madrina; mientras que la señora Gabriela junto con su prima se hacen cargo del cuidado de la mamá, pues requiere más atención.

La madrina se encuentra en la etapa intermedia de la enfermedad, por lo que su sintomatología es más evidente.

requiriendo mayor atención, ya que suele ponerse inquieta al parecerle todo desconocido y al tener alucinaciones auditivas y visuales.

En cuanto a los hijos, del matrimonio Torres, han tratado de no involucrarlos considerando que tienen vida y preocupaciones propias, y que son ellos los responsables de asumir dicho cuidado dado el parentesco con las enfermas y su situación laboral.

IMPRESION DIAGNOSTICA: En la primera aplicación del FASES II, se encontró que ésta familia es caóticamente conectada, este tipo de familia pertenece a las medianamente funcionales, se caracteriza en su nivel de cohesión por permitir que sus integrantes muestren una dependencia moderada entre ellos, pudiendo establecer lazos afectivos con gente ajena a la familia, sin que el sistema pierda estabilidad, los lazos afectivos que se establecen entre padres e hijos son claros, por lo que no presentan muchos conflictos y existe una buena comunicación, lo que se extiende al holón conyugal donde se da una coalición marital fuerte.

En lo referente al tiempo que pasan juntos los miembros de la familia lo consideran importante, sin embargo les es permitido a sus miembros pasar tiempo con gente ajena al

sistema, cuando la situación así lo demanda.

El espacio dentro de la familia es vivido como espacio del grupo, existen pocas oportunidades o lugares privados; los amigos son escogidos de manera individual al igual que como pareja de acuerdo a sus necesidades; la toma de decisiones es permitida en lo individual, sin embargo se consideran los beneficios y desventajas que en un momento dado puede traer consigo, para el sistema familiar en su totalidad.

La adaptabilidad que presenta la familia, hace que sus integrantes muestren habitualmente patrones de asertividad pasivos - agresivos, es decir, varían entre las habilidades que cada uno de sus miembros tiene para expresar al resto de la familia sus necesidades y opiniones, en lo referente a su control es significativo el observar que hay una conciencia de líder, la disciplina es muy permisiva, las reglas son en su mayoría implícitas, las negociaciones pueden ser muy extensas sin llegar a un acuerdo, por lo que cuando se tienen conflictos resulta difícil llegar a un entendimiento familiar; en éste tipo de familias es característico el cambio de roles drástico que presentan sus integrantes.

En la segunda aplicación del FASES II, se observó que ésta familia no presentó cambios, ya que se le volvió a ubicar en las familias caóticamente conectadas.

Por lo tanto en el caso de la familia Torres esta última característica parece no concordar con la realidad, debido a que el cuidado que demanda un enfermo de Alzheimer, requiere de una atención permanente, que si bien cambian con la evolución de la enfermedad perpetua el rol del cuidador, debido a que pocos miembros de la familia aceptan dicha demanda, y a su vez el cuidador se va acostumbrando a la dinámica.

En cuanto al genograma, se encontró que en la categoría 1, el hogar de la familia Torres, esta compuesta por 7 miembros, la pareja, dos hijos varones, la abuela, el tío y la madrina, por lo que es una familia extensa que alberga en su hogar a 3 generaciones y miembros que tienen un parentesco político (madrina).

La constelación fraterna está compuesta por dos hijos varones que muestran una diferencia de edad de dos años; pese a las características antes mencionadas los hermanos muestran tener una relación distante, la cual se le atribuye a sus características individuales.

En lo que respecta a la categoría 2, el sistema familiar se encuentra en la etapa de su ciclo vital de hijos adultos viviendo dentro del hogar. Sin identificar sucesos que indiquen un conflicto grave en alguna de las etapas anteriores, por lo que es un sistema que ha sabido adaptarse

a las necesidades de sus miembros. sin embargo en la actualidad a raíz de tener a su cargo el cuidado de 2 enfermas de Alzheimer. manifiestan tener mayor facilidad para afrontar las crisis que se les presentan.

En la categoría 3, no se observa repetición de pautas de funcionamiento o bien vinculares. sin embargo una posible pauta estructural que se presenta en 2 generaciones es el hecho de que la señora Lidia (P.I.) engendro 3 hijos. el primero cuando tenia 24 años. el segundo a los 29 y el tercero a los 31 años; y por su parte la señora Gabriela (hija de la P.I.) también engendro a tres hijos.

Referente a la categoría 4, a partir de 1996 que es cuando la familia Torres decide mudarse a vivir en casa de Lidia (P.I.) ve afectadas sus actividades sociales y familiares. lo cual ha influido para que se mantenga una relación distante entre padres e hijos. esto principalmente con Omar.

Por otra parte el factor económico se ha visto también alterado por los gastos que implica el cuidado de dos pacientes con E.A.

En cuanto a la categoría 5, respecto a las pautas vinculares que presenta la familia Torres se encontró que la señora Lidia, su esposo (Cirilo) y su hija (Gabriela). presentan un triángulo padre - hija. ya que Gabriela recuerda

haber tenido una relación especial con su madre, y serios conflictos con su padre a raíz de un problema fuerte de pareja que se presentó entre Lidia y su esposo, ante el cual Gabriela se vio envuelta en un conflicto de lealtad hacia su madre.

En la actualidad el padre de Gabriela ya falleció, sin embargo permanece una relación muy unida entre ella y su madre, que se ha transformado en atenderla y cuidarla.

Lidia por su parte mantenía una relación estrecha con Margarita (P.I.) lo cual las llevo a apoyarse y mantener una amistad por más de 50 años.

Gabriela, Moisés y Omar presentan un triángulo transgeneracional, puesto que la pareja mantiene una relación muy estrecha entre sí, y su hijo Omar aparece como distante o alejado de ambos; esto puede ser resultado de la fuerte alianza que ha desarrollado la pareja para el cuidado de las pacientes.

Finalmente en la categoría 6, en lo tocante al equilibrio de la familia Torres se observa que ambos cónyuges están atravesando por la misma etapa de su ciclo vital individual.

En lo referente a los roles que se desempeñan en esta familia se tiene que la señora Gabriela es la central y los que mantienen una posición periférica son el señor Manolo

(hermano de Gabriela), así como Omar y Enrique, esto como consecuencia de sus actividades cotidianas.

Lo anterior repercute en una carga de trabajo mayor para la pareja Torres, así como en la disminución de un espacio para ellos como personas y pareja, (ver genograma 4).

AREA PROBLEMA: El único punto en que encontramos discrepancia entre el FASES II y las entrevistas; es en relación con el cambio de roles, ya que en la realidad esto no se da, debido a que el matrimonio Torres, ha asumido de manera total el cuidado de las pacientes, sin permitir que los hijos se involucren, por considerar que el parentesco que guardan con las Ps.Is. así lo demanda.

La familia nunca ha sido muy sociable, pero se han visto restringidas sus actividades sociales y cotidianas, ya que no pueden salir juntos por no dejar a las enfermas solas mucho tiempo, los amigos y familiares de la pareja se han retirado poco a poco.

"...Ahora casi no podemos salir, porque en el caso de su mamá no se le puede dejar sola, y a su madrina también la tenemos que estar cuidando, pues se pone muy inquieta, y en ocasiones se pone a gritar y a decir que alguien le habló, oye ruidos; y eso también pone inquieta a mi esposa..."

Mi mamá nunca fue muy sociable, pero mi madrina por su trabajo tenía muchas amistades, y solía hacer donaciones, ahora ya no la visitan, llegan a hablar pero ya no vienen, porque no pueden platicar con ella..."

Las repercusiones que la D.T.A. ha traído consigo a nivel económico en la familia, no han sido significativas debido a que en el caso de la madrina cuenta con una pensión, la cual utilizan para solventar sus gastos de alimentación, médicos y cuidado; y también contribuyen a la solvencia de los gastos el hermano de la señora Gabriela, las pensiones de la pareja y los hijos.

La señora Gabriela además de ver limitadas sus actividades sociales, manifiesta que le ha estresado la demanda del cuidado que un paciente con Alzheimer requiere.

"...A veces me pongo muy nerviosa, casi no puedo salir puesto que me da miedo dejar a mi mamá sola, en el caso de mi madrina, me ayuda mucho mi esposo, pero a veces él tiene que salir por las tardes, y es que solo en las mañanas cuento con la ayuda de mi prima..."

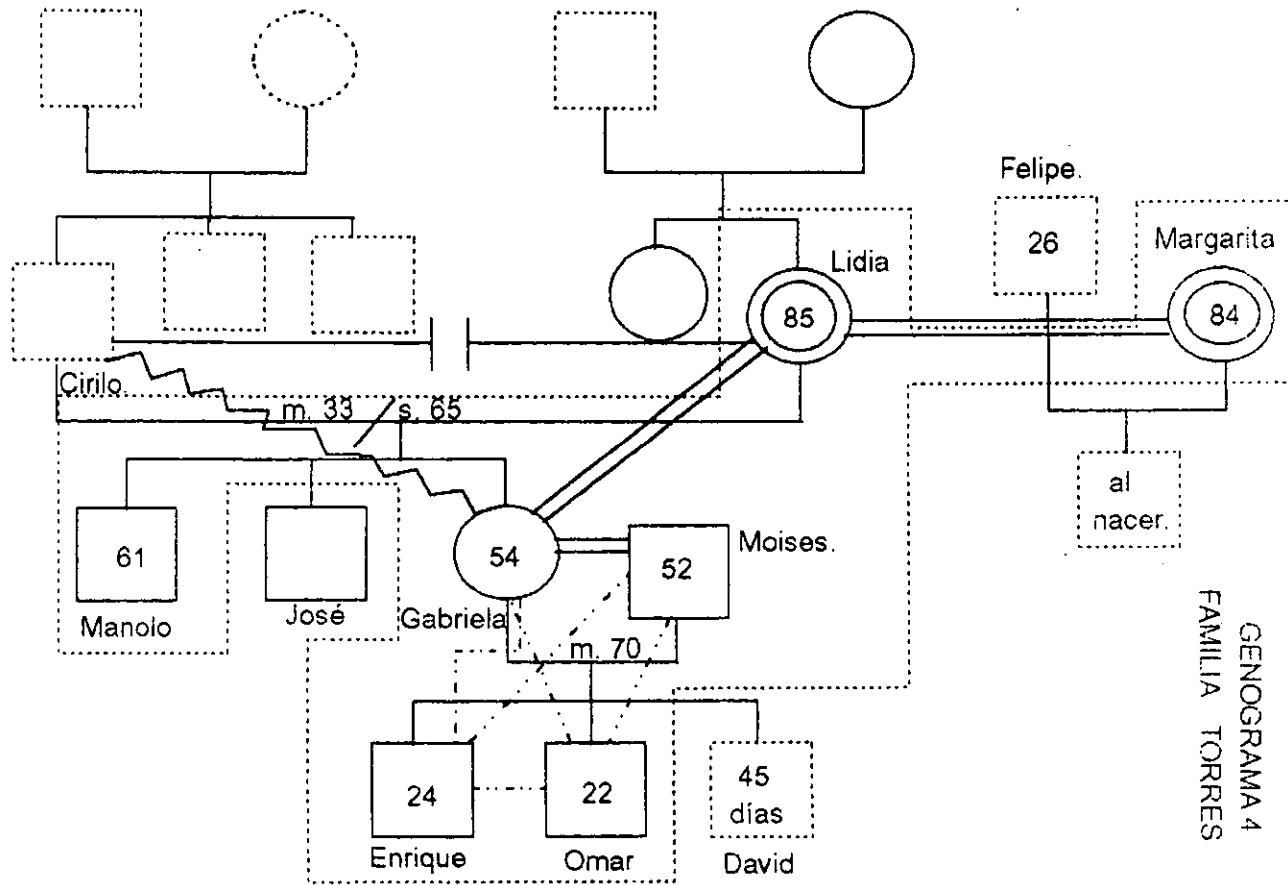
El señor manifiesta no experimentar dificultades en el cuidado, sin embargo reconoce estar preocupado por el estado emocional de su esposa a la cual no le gusta dejar sola demasiado tiempo.

"...En lo personal no me ha afectado mucho, pero me preocupa más mi esposa, porque veo que no sale a ningún lado, y notó que le da miedo quedarse sola, y más si es con su madrina, por lo que cuando llego a salir, trato de regresar lo más rápido posible..."

CONCLUSIONES: La familia Torres, fue ubicada dentro de los sistemas familiares que mantienen un nivel medio de funcionamiento, lo cual les ha permitido ajustarse a sus

demandas como familia y con sus pacientes, logrando mantener una constante en cuanto a sus relaciones familiares y funciones que desempeñan cada uno de sus miembros (roles) lo que les ha ayudado a seguir adelante en su desarrollo tanto individual como familiar, dado que los hijos se preocupan por sus estudios, trabajos y relaciones de amigos.

Es importante tomar en cuenta que las funciones de cuidado recaen en el holón conyugal, por lo que se considera que es necesario que otros miembros de la familia se interesen y les dejen tomar más parte en el cuidado de las pacientes, puesto que al estar muy centralizado el cuidado en la pareja, no les permite continuar con su desarrollo individual, y al mismo tiempo afecta sus relaciones.



GENOGRAMA 4
FAMILIA TORRES

CASO V. FAMILIA CARRILLO.

DAIOS DEMOGRAFICOS: La familia Carrillo, posee características de una familia extensa al vivir en un mismo domicilio abuelos, hijos y nietos. Aunque hay que aclarar que cada parte de la familia tiene su espacio bien delimitado.

Esta familia se encuentra constituida por la abuela de 80 años (Patricia) y el abuelo de 74 años (quien es el P.I.). Por otra parte se encuentran los dos hijos ya casados, la mayor de 43 años (Ma. Pilar) quien se dedica principalmente al hogar, su esposo de 57 años quien ayuda en el negocio familiar y se encarga de proveer económicamente a su familia, y sus dos hijas la mayor de 16 años y la segunda de 14 años, ambas se dedican a los estudios.

Y el hijo menor de 41 años (Germán) quien trabaja en el negocio familiar y se encarga de proveer económicamente a su familia, su esposa de 40 años (Nadia) quien se dedica al hogar, y sus dos hijos el mayor de 13 años, y la niña de 10 años quiénes estudian.

Dicha familia puede ser ubicada dentro de un nivel socio-económico de la clase media alta.

HISTORIA FAMILIAR: La señora Patricia es de origen extranjero, y a los 14 años ya era deportista profesional.

El señor Rodrigo nació en Guerrero, pero desde los 7 u 8

años se vino a vivir al D.F.

La pareja se conoció en 1953, cuando la señora Patricia fue contratada para unos juegos en la ciudad de México, el señor Rodrigo era apostador (jugador), el noviazgo duro aproximadamente 1 año, por lo que en 1954 se casaron; en ese momento tenían una tienda, que les ayudaba a sufragar sus gastos, pero el señor seguía apostando, y Patricia era quien mantenía la tienda; posteriormente inician un negocio de embutidos.

En 1968, Patricia cansada de la irresponsabilidad de su marido, toma la decisión de irse con sus hijos a radicar a su país de origen, pero unos familiares del señor Rodrigo intervienen y buscan la manera de que se reconcilien, a partir de ese momento la situación empezó a mejorar para la familia; pasaron por momentos muy difíciles pero desde hace aproximadamente 18 años la situación económica fue mejorando, lo cual les permitió comprar dos terrenos (uno para el negocio y el otro para construir en forma de condominio, en donde en el primer piso viven los padres, en el segundo el hermano Germán y en el tercero Ma. Pilar).

Por su parte Ma. Pilar, al terminar la carrera decide hacer un viaje con una amiga al país de origen de su mamá, y estando en el extranjero conoce al señor Cándido quien trabajaba en un bar, esto en 1979, ella decide regresar a México, y él le dice "que si se viene a México él también,

ella aceptaría casarse con él" a lo que Ma. Pilar responde que sí.

Cuando llega a México habla con sus padres, los cuales no aceptan la relación ya que el señor es 14 años mayor y era divorciado con una hija, pero eso no le importo a Ma. Pilar, y el noviazgo duro tres meses aproximadamente, por lo que se casaron en 1980.

Cuando se casa, vive un tiempo cerca de sus padres, naciendo su primera hija Alicia en 1982, y ya para febrero o marzo de 1984 se cambian a donde ahora viven, en ese mismo año nace Erika.

Ellos nunca han tenido problemas, y los pocos que tuvieron fue al inicio del matrimonio por el hecho de que el carácter del señor Cándido y el de la señora Patricia, provocaban enfrentamientos constantes, quedando entre ellos Ma. Pilar.

A finales de 1997, el señor Rodrigo empieza a presentar cambios en su personalidad, tales como disminución del habla, desconocimiento del valor del dinero, olvidaba concluir ciertas actividades, falta de interés por su higiene personal; entre otras conductas, que hicieron que la familia Carrillo buscara ayuda profesional, siendo diagnosticado con la Demencia Tipo Alzheimer.

En julio de 1998, Ma. Pilar se fue de vacaciones y al regresar, se encontró con la novedad de que su mamá andaba

buscando un lugar para internar al señor Rodrigo, argumentando que le era difícil continuar con la situación, ante esto la familia de origen lo expuso y discutió llegando a la conclusión de que si internaban al señor Rodrigo moriría de tristeza, al considerar que siempre han convivido mucho. Decidiendo cuidar de él y contar con una cuidadora remunerada, que va los fines de semana; por su parte Patricia sigue investigando posibles lugares, diciendo que para la próxima vez que se sienta desesperada lo internará sin consultarlo con ellos.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A: En cuanto a la salud del paciente, se puede decir que durante la mayor parte de su vida no tuvo problemas graves, a excepción de problemas de circulación en una pierna que lo aqueja desde que él contaba con 44 años de edad aproximadamente, y hace 5 años tuvo un infarto cerebral que le hizo perder el habla, por lo que recibió terapia de lenguaje durante tres meses logrando restablecerlo. Poco tiempo después fue operado por problemas del corazón (en 1991), tres meses después es operado de la columna, finalmente hace dos años de glaucoma.

En lo que se refiere a su personalidad siempre fue una persona muy alegre que gustaba de reuniones sociales y del juego, al igual que de la convivencia familiar.

Tendía a automedicarse ocasionalmente, y le gustaba ser

atendido en su alimentación y cuidado por su esposa.

A finales de 1997, como ya se menciona en la historia familiar empiezan a ser más evidentes los síntomas de la D.T.A.

Por otra parte el señor Rodrigo hasta mediados de 1998 fue aficionado al cigarro del cual llegaba a consumir hasta una cajetilla diaria, y al puro; dejando ambos bruscamente y sin explicación aparente.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: La familia al percatarse de que los cambios en la conducta del señor Rodrigo no eran algo pasajero, buscaron ayuda profesional, y una prima les recomendó ir con una geriatra, y fueron Patricia y Ma. Pilar a verla y plantearon la situación, la doctora les recomendo a otro doctor y la Fundación Alzheimer; lo llevaron con el segundo doctor como 4 veces, Ma. Pilar dice que sentía que el doctor no les prestaba la atención que necesitaban, además de considerarlo una persona muy ocupada e incompetente, ya que con el primer medicamento que receto al señor Rodrigo, se pasaba dormido mucho tiempo, luego se lo cambio y comenzó a tener problemas de motricidad, ubicación espacio-temporal, agresividad, falta en el control de esfinteres, entre otras conductas; entonces el doctor suspendió el medicamento, y Rodrigo regreso a su condición previa.

Al momento de llevarlo a la Fundación Alzheimer, Patricia tuvo que ser enérgica con el doctor para que enviara el diagnóstico por escrito y pudiera ser atendido.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Al realizarse la primera aplicación del instrumento, la familia Carrillo fue ubicada en los sistemas denominados conectados, por su nivel de cohesión, los cuales se caracterizan por mantener una moderada dependencia entre sus elementos, en los que se establecen lazos afectivos con los otros miembros de la familia así como con personas ajenas a ésta, donde se tiende a la formación de una coalición marital fuerte. La distribución de su tiempo es importante el que pasan juntos como familia, sin embargo se permite el tiempo separados. En cuanto a la distribución de su espacio se da para una convivencia familiar al máximo disminuyendo el espacio privado al mínimo.

En cuanto a las amistades son permitidos algunos de manera individual. La toma de decisiones se realiza en su mayoría pensando en el bienestar de la familia y compartiendo las decisiones individuales; en lo que respecta a las actividades y recreaciones de la familia se realizan algunas en horarios establecidos, involucrándose en intereses individuales.

Por su nivel de adaptabilidad, esta familia fue

catalogada como flexible, es decir, se caracteriza por tener un nivel de comunicación asertivo, lo que les permite una adecuada expresión de sus ideas y sentimientos al resto de la familia; contando también con un nivel de control igualitario, una disciplina democrática con consecuencias impredecibles. Su nivel de negociaciones tiene como resultado una buena solución a los problemas presentados, mientras que los roles que se dan en la familia se comparten, dándose cambios dramáticos en los mismos y finalmente sus reglas en algunas ocasiones cambian y son más implícitas que explícitas.

En la segunda aplicación, no se encontraron cambios, pues a la familia se le sigue considerando flexiblemente conectada.

Esto debido a que es poco el tiempo que tiene de diagnosticado el paciente; y por ello la familia se ha adaptado a los síntomas que presenta, además de que al contar con el apoyo de la Fundación, disminuye el tiempo de convivencia que la familia pasa con el enfermo.

En cuanto al genograma, se encontró que en la categoría 1, la familia Carrillo esta compuesta por la señora Ma. Pilar, su esposo y dos hijas adolescentes; cabe señalar que viven aunque de manera independiente en casa de los padres de ella, en donde también vive el hermano de ella y su familia.

Esta familia puede ser considerada como un hogar de

segundas nupcias (puesto que el esposo de Ma. Pilar es divorciado), y además como una familia donde conviven tres generaciones.

La constelación fraterna está compuesta por las dos hijas de la pareja, quiénes presentan una diferencia de edad de 2 años, lo cual ha favorecido en la buena relación que éstas guardan, ya que comparten la etapa de desarrollo por la que atraviesan, que es la adolescencia.

En la categoría 2, se observó que en la actualidad la familia Carrillo se encuentra en la etapa de hijos adolescentes, ante lo cual han tenido que ver modificadas sus actividades y reorganizarse, puesto que los padres tienden a ofrecer mayor apoyo a sus hijas.

En etapas anteriores de su ciclo vital no se han presentado sucesos que hayan limitado y obstaculizado su adaptación a su ciclo vital.

En la categoría 3, no se observaron repeticiones de pautas de funcionamiento o vínculos en el genograma de la familia Carrillo. Sin embargo, a nivel estructural cabe señalar que una posible pauta estructural es el número de hijos que presentan las 3 parejas; los abuelos (Patricia y Rodrigo (P.I.)) que únicamente concibieron dos hijos Ma. Pilar y Germán; por su parte Ma. Pilar decide tener dos hijas, y su hermano Germán de igual manera solo tiene dos hijos, independientemente del sexo de éstos.

En la categoría 4, en relación a los sucesos de la vida de la familia Carrillo, encontramos que no hay hechos que hayan marcado de una manera drástica el funcionamiento familiar. Sin embargo a partir de la aparición de los síntomas de la E.A. se reorganizan las actividades de Ma. Pilar para apoyar a su mamá en el cuidado de su padre.

En la categoría 5, entre las pautas vinculares se encuentra una relación conflictiva entre Rodrigo y Patricia, esto a partir de la aparición de la D.T.A. Debido a que la comunicación de pareja se ha visto afectada, por las características de la enfermedad.

Por otra parte existe una relación muy estrecha e íntima entre el señor Rodrigo y su nieto Osvaldo.

En lo referente a Ma. Pilar y su esposo existe una alianza, la cual está enfocada a la solución de los problemas familiares tanto del cuidado de su padre como de las hijas de la pareja.

Finalmente en la categoría 6, dentro de los factores que nos deja ver a la familia Carrillo como un sistema equilibrado, encontramos que los cónyuges no atraviesan la misma etapa de su ciclo vital individual, ya que la diferencia de edad es de 14 años; sin embargo la pareja ha delimitado de una manera clara los límites generacionales lo cual les brinda intimidad en su relación de pareja y familiar, (ver genograma 5).

En cuanto a los roles encontramos que el de centralidad esta compartido por Ma. Pilar y Patricia. Los miembros periféricos son el señor Germán, su esposa, e hija; y las dos hijas de Ma. Pilar.

AREA PROBLEMA: Una vez analizados los instrumentos, se encuentra solo una discrepancia en cuanto a la existencia de una coalición marital fuerte, la cual no existe, debido a que se presenta una alianza fuerte en la pareja, en apoyo a los cuidados que se le brindan al P.I.

Por lo que los problemas relacionados con la D.T.A. se empezaron a hacer evidentes hace un años aproximadamente (1997), cuando el P.I. aun laboraba en la empresa familiar.

"...Nos empezamos a dar cuenta de que algo andaba mal, porque por ejemplo, salia con suéter, y en la tarde regresaba sin él; comenzó a regalar sus relojes, a levantar falsos testimonios a los trabajadores, según él que le robaban, y nosotras teniamos que ir y recoger la ropa, pedir disculpas; la verdad fue difícil entender que mi padre necesitaba ayuda..."

Desde ese momento la vida de la familia ha cambiado principalmente, en el área social, ya que han reducido las actividades que realizaban como familia extensa.

"...Me acuerdo que antes soliamos ir a restaurantes, o al club, todos juntos como la gran familia que somos, pero ahora ya no podemos hacerlo, de la misma manera ya no; a veces yo salgo con mi familia y nos llevamos a mi mamá, pero no es lo mismo..."

Patricia también ha sufrido el aislamiento al no poder convivir con sus amistades y ha reducido sus actividades

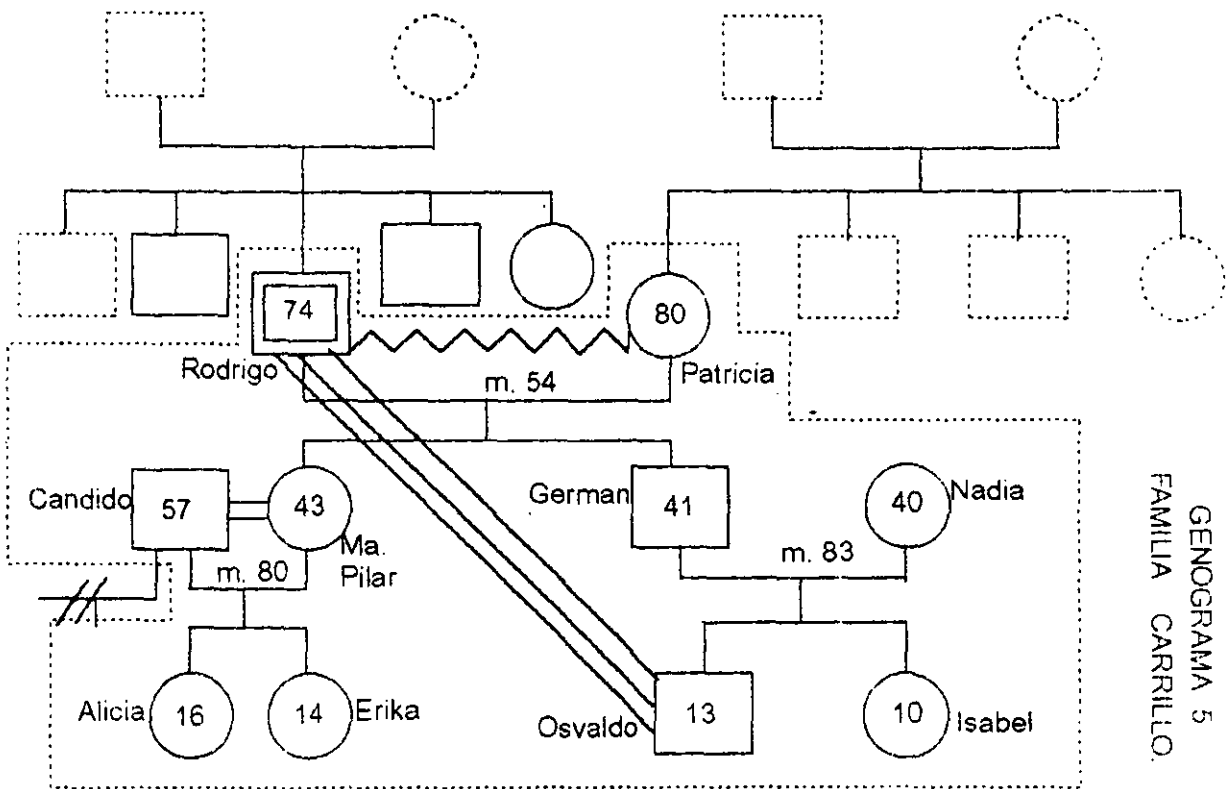
recreativas (como clases de pintura), esto debido a que no puede dejar a su esposo solo mucho tiempo.

"...Lo que pasa es que él no puede caminar mucho, no está acostumbrado a hacerlo; entonces cuando le digo vamos a tal tienda, va, pero tengo que llevarlo a donde puedo llevarlo, para que no se me canse, o mejor no llevarlo y que otro compre lo que se necesita..."

Si bien sus hijos le ayudan, ellos cubren actividades con sus respectivas familias. Al igual que cuando salen todos juntos, deben planear bien las salidas para que le sean agradables al paciente.

En el área económica no han tenido problemas pese a que el paciente ha tenido que dejar sus labores como cabeza de la empresa, puesto que otros familiares han tomado su lugar.

CONCLUSIONES: Esta familia ha mostrado mantenerse unida a lo largo de su desarrollo, permitiendo el libre desenvolvimiento de sus elementos, e incluso padecer uno de sus elementos la D.T.A ha logrado mantenerse como un sistema familiar funcional, en el que se observa el apoyo que brinda dicho sistema a las nuevas demandas.



GENOGRAMA 5
FAMILIA CARRILLO.

CASO VI. FAMILIA ALVAREZ.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Álvarez se encuentra formada por tres elementos que son el padre Arturo de 42 años, la madre Natalia de 42 años, y un hijo varón Antonio de 20 años.

Originarios del D.F., caracterizan a una familia de tipo nuclear, en la cual el sostén económico es el padre que se desempeña como vendedor, mientras que la esposa se dedica al hogar y el hijo a los estudios.

Por otra parte dicha familia se ubica dentro de un nivel socio-económico de clase media.

HISTORIA FAMILIAR: La historia de la familia Álvarez comienza en 1974 cuando la pareja se conoce, ambos contaban con 17 años de edad. En 1977, la pareja contrae matrimonio, aunque sólo lo hacen por el civil, y se van a vivir de manera independiente, casi dos años después nace Antonio, su hijo.

Han tenido varias residencias, el motivo por el que cambiaban constantemente es por tener problemas de espacio, de pareja, con los vecinos, y también con las dos familias de origen. Hasta 1980 que consiguen un lugar fijo en donde llevan viviendo alrededor de 18 años aproximadamente. Durante

todo este tiempo el señor Arturo se ha desempeñado como vendedor y en ocasiones se ha ausentado hasta 3 meses del hogar, y tuvieron una serie de problemas que casi los llevó a una separación como familia.

En 1987 se da una separación entre Natalia y su esposo debido a discrepancias en relación a la educación del hijo, la cual dura dos meses; en 1988 nuevamente tuvieron problemas solucionándolos posteriormente; en 1992 se da una serie de conflictos con el hijo, quien quería llevar a vivir a la novia a su casa, lo cual no permiten los padres.

Para 1994 se agrava la situación con el hijo debido a la ingestión de drogas por lo que asisten a terapia cerca de medio año; tomando la decisión de que el marido deje de viajar para que pueda estar al tanto de su familia; también en ese año Natalia va a visitar a su mamá en provincia, y se percata de que ésta se encuentra en un estado de abandono y que tiene problemas de memoria que le impiden recordar acontecimientos y el nombre de sus familiares. Por lo cual Natalia tiene una discusión con su padre al decidir traer a su madre al D.F. para que le realizaran una serie de estudios, siendo diagnosticada con la D.T.A., teniéndola por pequeñas temporadas en su casa, y por la demanda de cuidados de la P.I. se presenta una crisis de pareja, que le lleva a buscar apoyo psicológico.

A finales de 1997 y principios de 1998 Natalia se hace cargo del cuidado de su mamá por lo que se ve forzada a dejar el apoyo psicológico que recibía anteriormente.

También había problemas con su hijo y esa situación los llevó a considerar nuevamente la separación, de Mayo a Agosto y en ese tiempo su hermana Raquel empieza a alternar con ella el cuidado de la P.I.

En Agosto de 1998 muere el padre de Natalia, sin que hubieran resuelto el conflicto existente entre ellos.

ANTECEDENTES DE LA D.I.A: La señora Irene (P.I.), la mayor parte de su vida se caracterizó por ser una persona muy sana, que trabajó para sacar adelante a su familia.

Respecto a su salud, a los 42 años de edad fue sometida a una histerectomía total y en el mismo año fue también sometida a una operación por mala circulación en los pies, a los 45 años es operada de una hernia.

En lo que respecta a su personalidad, fue una persona que contaba con amistades en su ambiente laboral, siempre fue muy cuidadosa con su alimentación, puesto que en su familia de origen hubo problemas de diabetes, cabe señalar que ella no la ha desarrollado.

No tuvo ningún vicio o adicción, y aparentemente no sufría de depresiones, hasta que a fines de la sexta década

regresa a radicar con su esposo en provincia, donde al sentirse lejos de sus hijos empieza a desarrollar una profunda depresión y problemas de nutrición.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: Los primeros esfuerzos en buscar ayuda para la enfermedad de la señora Irene, se dieron en 1994, cuando su hija Natalia la trae a vivir al D.F. para que reciba atención medica, llevándola a un centro de salud en la ciudad de México donde recibe un tratamiento a base de vitaminas, y les informan de que es un posible caso de Alzheimer; remitiendola a los servicios de neurologia del IMSS e ISSSTE donde no es atendida por carecer de su documentación actualizada.

Por lo que deciden repartirse el cuidado entre 3 hermanas Lorena, Ma. Esther y Natalia, siendo ésta última la encargada de recopilar información bibliográfica; y también sondear la posibilidad de llevarla a la Fundación Alzheimer.

Posteriormente la señora Irene, empieza a recibir tratamiento en el ISSSTE con geriatras.

En 1998, Raquel se incorpora al cuidado de la P.I.

IMPRESION DIAGNOSTICA: De acuerdo con el FASES II, la familia se ubico en un nivel de cohesión que la caracteriza como una familia conectada, existiendo una

moderada dependencia entre los miembros de la familia, y límites claros generacionales, caracterizado por una coalición marital fuerte. En cuanto a su tiempo les parece importante la convivencia familiar, pero de igual manera cuando existen razones adecuadas, se permite compartir tiempo con personas ajenas al sistema familiar. La convivencia familiar en cuanto a la distribución de su espacio se da al máximo, teniendo un mínimo de espacio privado; las decisiones son tomadas en la mayoría de los casos considerando la opinión del resto de la familia, y en cuanto a sus intereses y recreación se da una convivencia en horarios específicos, al igual que tratan de involucrarse en los intereses de cada uno de los elementos en lo individual.

En cuanto a la adaptabilidad, se caracteriza como una familia flexible, que maneja un tipo de interacción asertiva con un control igualitario.

La disciplina se maneja en base a una democracia y las negociaciones son buenas llegando a la solución de un determinado problema; los roles son compartidos y en ocasiones se dan cambios drásticos, mientras que algunas reglas pueden ser cambiadas aunque en general están más implícitas que explícitas.

Al realizar la segunda aplicación del FASES II, la familia Álvarez, fue ubicada dentro de los sistemas

separados, por su nivel de cohesión, los cuales se caracterizan por contar con una moderada independencia entre sus miembros, al mismo tiempo que manejan lazos familiares externos e internos semi-abiertos y lazos generacionales claros, estableciéndose una coalición marital clara. La distribución de su tiempo se da de tal forma que el que pasan con la familia y por separado, es considerado como importante; en cuanto a la distribución de su espacio se maneja la persistencia de espacios separados y solo algunos familiares.

En cuanto a las amistades, algunas son de naturaleza individual, y muy pocas a nivel familiar. La toma de decisiones se dan en su mayoría en lo individual, siendo menos las que se toman de forma familiar. Y finalmente en cuanto a sus intereses y recreaciones la familia realiza algunas de forma espontánea, ya que la mayoría son a nivel individual.

En su nivel de adaptabilidad, fue catalogada como estructural, la cual se caracteriza por poseer un nivel de comunicación generalmente asertivo que les permite en la mayoría de las ocasiones la adecuada expresión de sus ideas y sentimientos, contando también con un nivel de control democrático con líder estable y una disciplina de características también democráticas en la que las

consecuencias son predecibles, su nivel de negociaciones es de tipo estructurado, mientras que algunos de los roles que se juegan en la familia son compartidos y finalmente en cuanto a sus reglas, pocas cambian y son más explícitas.

El cambio que presenta esta familia, se debe a que en la segunda aplicación del FASES II, la P.I. ya no vivía con ellos, por lo que la manera de interactuar de los miembros de la familia cambió, debido a que ya no estaban en función del cuidado de la P.I.

En lo que respecta al genograma, se observó que en la categoría 1, la familia Álvarez está compuesta por el padre, la madre y el hijo de la pareja, es una familia nuclear intacta, que en algunas ocasiones ha funcionado como una familia de 3 generaciones (cuando la madre de la señora Natalia vive con ellos) y en otras como familia de un solo cónyuge (en la época en que el señor viajaba constantemente y Natalia se encargaba del hogar y del cuidado de su hijo).

En la categoría 2, la familia se encuentra en la actualidad en la etapa de hijos adultos viviendo en el hogar dentro de su ciclo vital, sin embargo a partir de la etapa de hijos adolescentes empiezan a presentar algunas dificultades para adaptarse, puesto que el señor Arturo que constantemente viajaba decide radicar definitivamente en el D.F. porque su hijo consumía drogas, esto provocó una readaptación en la

dinámica familiar que resulto difícil para sus 3 integrantes.

Dentro de la categoría 3. al remitirnos a la familia de origen de la señora Natalia, encontramos que la señora Irene (P.I.) durante muchos años fungio como único progenitor de sus hijos, debido a que por cuestiones laborales el esposo se iba a provincia dejando a su familia en el D.F., en la actualidad se observa que Lorena es madre soltera, Silvia es viuda y posteriormente vivió en unión libre y finalmente se separo. Ma. Aura es separada, Ma. Esther está casada con una persona que por su trabajo tiende a ausentarse por grandes periodos de tiempo (todas ellas hermanas de Natalia); ante lo cual todas éstas mujeres han asumido el papel de padre y madre; por lo que ellas mismas mencionan que les resulta difícil convivir con sus parejas, cuando estas se encuentran en el hogar.

Al parecer es una pauta de funcionamiento que se repite de la familia de origen, a sus familias de procreación, por lo que el rol dominante es desempeñado por las mujeres.

A nivel estructural, el divorcio y la separación son acontecimientos frecuentes en esta familia.

En cuanto a la categoría 4. se encontró que a partir de que la pareja se entera que su hijo consumia drogas, ésta se reorganiza al decidir que el señor Arturo radique en el D.F. de una manera definitiva, lo cual trajo consigo un cambio en

el estilo de vida de cada uno de los miembros del sistema, así como conflictos serios de pareja que dejaron ver la posibilidad de una separación.

Al aparecer los primeros síntomas de la E.A. en la señora Irene, Natalia asume la responsabilidad de dirigir el cuidado de su mamá, lo cual también le ha ocasionado conflictos con algunas de sus hermanas y principalmente con su padre.

Dentro de la categoría 5. en lo referente a la familia de origen de la señora Natalia, encontramos un triángulo entre la señora Irene, su esposo (José) y Natalia, ya que la relación de pareja era distante, y el papel que jugaba Natalia era de apoyo emocional para su madre, por lo que mantenían una relación estrecha entre ellas, y una relación distante y conflictiva respecto al padre.

En la familia de procreación de la señora Natalia, se puede observar una estrecha relación entre padre e hijo, que ocasiona conflictos en la pareja y cierto distanciamiento entre madre e hijo, observando así un triángulo.

Por otra parte se han formado alianzas entre Natalia y sus hermanas Raquel y Silvia, principalmente para el cuidado de la P.I.

Finalmente en la categoría 6, la señora Natalia y la P.I. mantienen una buena relación, (ver genograma 6).

Los roles presentados en este sistema familiar, de acuerdo con los que establece la Terapia Estructural se tiene que Arturo es el periférico y Antonio el central.

AREA PROBLEMA: En esta familia se encontraron algunas discrepancias entre el FASES II y el genograma, tales como la no existencia de una coalición marital fuerte, ya que en la realidad se da una relación conflictiva entre los cónyuges. Y en cuanto a su asertividad en ocasiones toma matices de agresividad.

Por ello la familia Álvarez a partir de las alteraciones de salud de la señora Irene, ha tenido una serie de problemáticas: en el nivel social, han dejado de frecuentar a algunos amigos, al mismo tiempo que han tenido que dejar de realizar reuniones en su casa, también han dejado actividades familiares como jugar basquetbol e ir al cine como familia.

En lo que se refiere a la pareja y la relación con su hijo se deteriora durante el tiempo que la paciente se encuentra bajo su cuidado, debido a que todos se sienten estresados y Natalia que funge como cuidadora principal tiende a mostrarse agresiva e intolerante, actitudes que incluso la han llevado a la posibilidad de separación con su esposo.

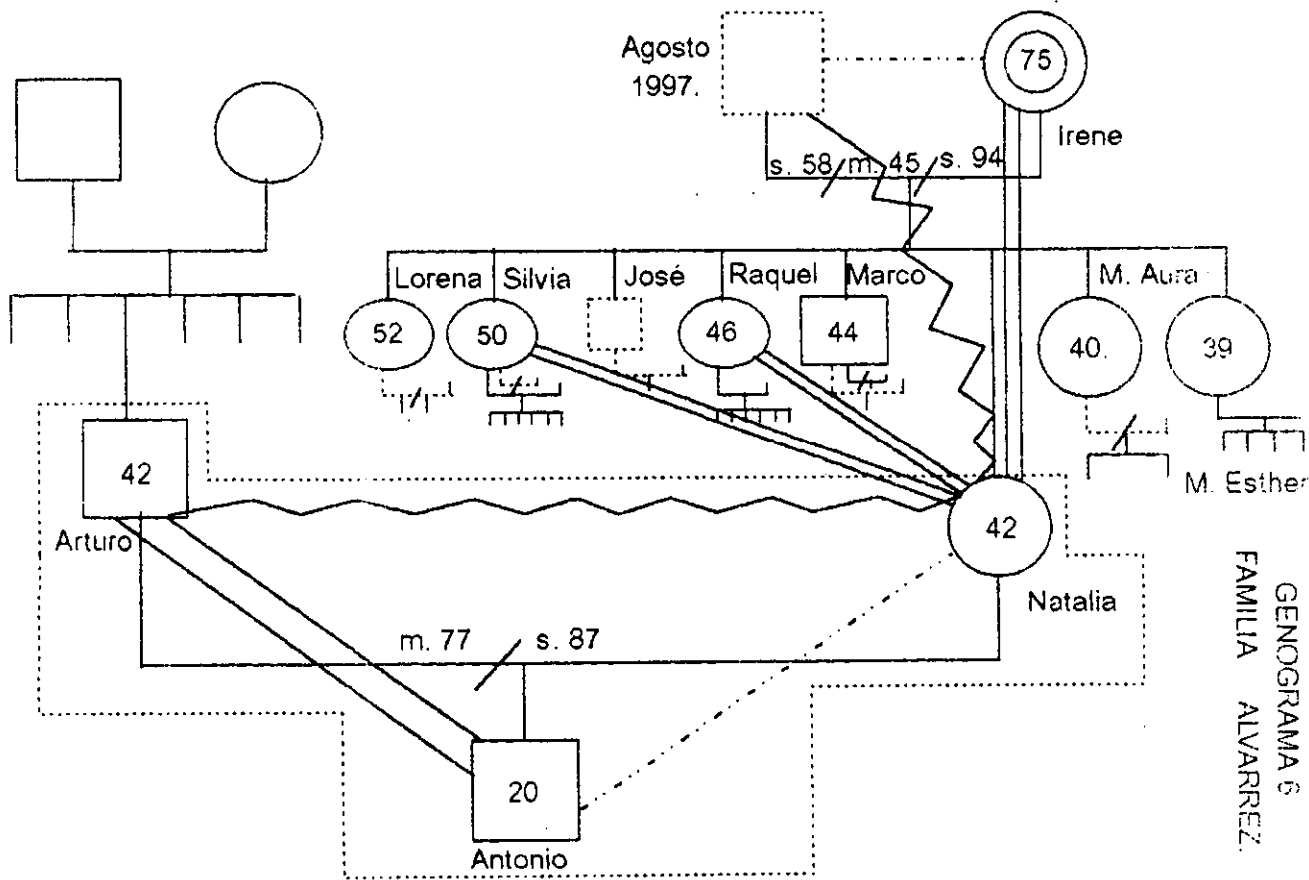
"...Yo tengo ahorita mucha ansiedad, estoy pasando por una etapa muy difícil, porque han habido muchos cambios. Mi madre siempre respondía a una plática y ahora ya no, entonces estoy muy desconcentrada

y me asusto, y se ha empezado a hacer maniática. No hallo ni como hacerle cuando ella no quiere dormirse y no me deja dormir, y al día siguiente me levanto toda desvelada y a veces de mal humor; por otro parte tengo una situación familiar muy difícil, ahora peleo mucho con mi marido, y algunas ocasiones también con mi hijo..."

En el nivel económico, la alimentación, cuidado, transporte también han afectado a la familia, ya que ellos no perciben un ingreso fijo.

CONCLUSIONES: La familia Álvarez, ha manifestado a lo largo de su desarrollo como sistema, el haberse sobrepuesto a las demandas que en las etapas anteriores de su ciclo vital ha presentado, por lo que aun en la actualidad se considera dentro de las familias funcionales de acuerdo con el FASES II, aunque si bien en la realidad, (por la información reportada) en la familia esto no sucede, ya que a lo largo de su historia han presentado una serie de conflictos que los ha llevado incluso a la separación, recurriendo en estos casos a apoyo profesional, que finalmente ha ayudado a lograr mantenerlos unidos como familia, a pesar de continuar los conflictos a lo interno del sistema.

Por ello a pesar de contar con la presencia de un enfermo de Alzheimer por temporadas, ha logrado mantener un funcionamiento adecuado que esta en relación al cuidado que se le brinda a la P.I.



CASO VII. FAMILIA JIMENEZ.

DATOS DEMOGRAFICOS: La familia Jiménez está integrada por el padre de familia de 50 años, su cónyuge de 47 años y una hija de 9 años. Es una familia nuclear que se encuentra en la etapa de su ciclo vital con hijos en edad escolar; el padre de familia es el encargado de satisfacer las necesidades económicas del sistema (proveedor).

La señora Ma. Aurora, cumple con el papel de madre - esposa - ama de casa, y sus actividades se dirigen básicamente al cuidado y organización del hogar. Además de cumplir con la mayor responsabilidad en el cuidado de un paciente con la D.T.A (su madre).

En lo referente al aspecto económico, se localiza a la familia dentro de la clase media.

HISTORIA FAMILIAR: La P.I. es originaria de Oaxaca, donde radicó hasta los 20 años aproximadamente, que es cuando decide venir a la ciudad de México, vivió en unión libre por 2 años y nacieron dos hijas de esa relación, por razones desconocidas la pareja se separa quedándose ella al cargo de sus hijas.

Siete meses después se casa con otra persona, con quien concibió 7 hijos, dentro de los cuales se ubica a la señora

Ma. Aurora.

En 1969 muere el esposo de Gloria (P.I.) a consecuencia de un accidente automovilístico, quedando viuda a los 53 años. En 1987 en la P.I. empiezan a ser más notorios los trastornos de salud relacionados con insomnio, crisis epilépticas y una fuerte alteración nerviosa, llegando a ser hospitalizada, posteriormente es diagnosticada con la D.T.A., lo cual angustió a toda la familia ya que no contaban con información. Siendo básicamente 3 los hijos quiénes se han distribuido el cuidado y manutención de la paciente.

Sin embargo en la actualidad la paciente vive en su casa en compañía de una cuidadora remunerada, debido a que durante muchos años de su vida esa ha sido su casa, pues le altera y angustia estar en lugares extraños, aun cuando sea casa de alguno de sus hijos.

En lo que se refiere a la pareja Jiménez, se conocieron en 1980, fueron presentados por una amiga de ella, el señor es de origen extranjero y se encontraba en México por cuestiones de trabajo.

En 1985 deciden casarse e irse a vivir de manera independiente, sin retirar el apoyo emocional a la P.I; quien en ese tiempo no había sido identificada y en 1989 nace su hija.

La pareja no ha tenido conflictos, ya que al cuidado de

la P.I. se distribuyen las labores entre tres hermanos (Ma. Aurora, Marco y Vladimir). Y el aspecto económico es resuelto por la venta de bienes propiedad de la P.I.

ANTECEDENTES DE LA D.T.A.: Dentro de los antecedentes más significativos asociados a la presencia de la D.T.A. en este caso encontramos que la paciente en cuanto a su salud, desde los 30 años de edad ha estado en tratamiento médico por problemas nerviosos, que le provocan insomnio.

Otros síntomas relacionados con las alteraciones nerviosas que ha sufrido la paciente son colitis nerviosa y dos parálisis faciales.

En 1987 los problemas de insomnio se agudizan por lo cual empezó a cambiar pastillas y el médico dio la indicación de suspenderlas, lo que provocó una fuerte alteración nerviosa y crisis epilépticas, siendo internada y diagnosticada con un infarto cerebral, posteriormente identificaron que había sido una falta de irrigación cerebral, asegurándole a la familia que poco a poco la paciente recuperaría todas sus funciones.

Al salir del hospital y observar que no había mucha mejoría, los hijos de la P.I. la llevaron con varios médicos, quienes les dieron diferentes diagnósticos tales como locura.

maniaco depresiva y finalmente con D.T.A., en la actualidad se encuentra bajo tratamiento.

En cuanto a su estilo de vida la paciente era una persona introvertida con relaciones familiares poco estrechas.

Su nivel académico es escaso puesto que estudió hasta el tercer año de primaria, la mayor parte de su vida se dedicó al hogar. En cuanto a sus adicciones solo se identificó el automedicarse e ingerir tranquilizantes sin prescripción medica.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCION: Al notar los cambios en la paciente tales como olvidos frecuentes, alteraciones de lenguaje, depresiones constantes, insomnio, cambios de humor, periodos de agresividad, aislamiento en situaciones sociales, la familia buscó una explicación a dichos síntomas, acudiendo en primera instancia con un psiquiatra el cual diagnosticó una locura, sin dar mayores explicaciones y angustiando más a la familia.

Posteriormente decidieron llevarla al INSEN en donde se le catalogó como maniaco depresiva, finalmente asistieron a un hospital privado en donde le realizaron una evaluación que llevo al diagnostico de D.T.A.

Actualmente la paciente cuenta con cuidadora las 24

horas del día, asisten al Centro de Cuidado Diurno, en donde realiza terapias para atenuar los síntomas y además está bajo control farmacológico.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: El tipo de familia al cual pertenece la señora Ma. Aurora es rigidamente desvinculada, que es una de las familias menos funcionales puesto que su cohesión y adaptabilidad son extremadamente bajas, lo cual implica que las relaciones que se establecen en el sistema son poco satisfactorias para sus integrantes.

En relación a la cohesión, la independencia que tienen los integrantes de este sistema es muy alta, establecen con facilidad lazos emocionales con gente ajena a la familia; las jerarquías generacionales se encuentran bien establecidas, en relación al tiempo de los miembros de la familia estos prefieren invertirlo en actividades extra-familiares, sus decisiones son tomadas en base a sus necesidades individuales y sus amigos suelen ser personales y en muy pocas ocasiones familiares.

En cuanto a la adaptabilidad, los integrantes de esta familia pueden variar su estilo de interacción de lo pasivo a lo agresivo, existe un líder autoritario el cual establece el control, su disciplina es muy estricta y los miembros en pocas ocasiones tienen la posibilidad de negociar las reglas

de convivencia que suelen ser explícitas.

Los roles son rígidos y pocas veces existe la posibilidad de modificarlos.

En la segunda aplicación, la familia no cambió su nivel de cohesión por lo que se mantuvo como sistema familiar desvinculado.

En lo que respecta a su adaptabilidad, se encontró como perteneciente a los sistemas denominados estructurados, en los cuales se permite a sus elementos expresar su forma de pensar abiertamente surgiendo una forma de control democrático con la existencia de un líder estable, teniendo que en el manejo de la disciplina se da una democracia y sus negociaciones son estructuradas; sus roles en ocasiones son compartidos y finalmente sus reglas cambian poco, siendo manejadas de manera más explícita.

Este cambio se debió a una adaptación del sistema familiar ante la doble crisis que está viviendo, por un lado la presencia de un enfermo con Alzheimer, y por otro lado el desarrollo propio de la familia.

En lo que respecta al genograma, en la categoría 1, la estructura de la familia Jiménez es la siguiente, el padre de 50 años, su cónyuge de 47 años y su hija de 9 años de edad.

Es una familia nuclear intacta; sin embargo aún cuando no vive con ellos la P.I. recae en ésta familia la

responsabilidad de cuidarla.

En la categoría 2. se observa que la familia Jiménez se encuentra en la etapa de hijos en edad escolar de su ciclo vital, y reportan no haber presentado dificultades para organizarse y funcionar de acuerdo con sus necesidades individuales y familiares en estadios anteriores.

En lo referente a la categoría 3. no se identificaron pautas repetitivas de funcionamiento, vinculares o estructuradas a través de las generaciones.

Por su parte en la categoría 4. se encontró que dentro de los sucesos de la vida que han influido en el funcionamiento de la familia Jiménez encontramos que el padre de la señora Ma. Aurora falleció a consecuencia de un accidente automovilístico cuando ella tenía 18 años, el señor fungía hasta ese día como el apoyo emocional de Gloria (P.I.), sin embargo a raíz de su muerte, Ma. Aurora, siendo la única mujer entre los hijos asume éste rol, el cual mantiene hasta que decide casarse a la edad de 34 años, siendo la última en hacerlo; en ese momento se originan ciertos conflictos entre madre e hija, los cuales fueron solucionados posteriormente.

En la categoría 5. se encontró que las pautas vinculares de la familia Jiménez son las siguientes: existe una fuerte alianza entre la pareja, la cual tiene la función de apoyarse

emocionalmente. así como en aspectos relacionados con la educación de su hija, actividades cotidianas y el cuidado de la paciente.

Otra alianza enfocada específicamente al cuidado de la P.I. es la establecida por Marco, Vladimir y Ma. Aurora (hermanos). El miembro de la familia que se muestra más distante y hasta agresivo, principalmente con Ma. Aurora es su hermano Marino.

Como ya se ha mencionado anteriormente la P.I. y Ma. Aurora establecieron una relación cercana, que se mantiene en la actualidad.

Finalmente en la categoría 6, se puede considerar un factor que ha contribuido para mantener el equilibrio familiar, y es el hecho de que la familia de origen de Ma. Aurora siempre ha mantenido relaciones distantes, sus miembros se involucran poco con otros miembros de la familia, sin embargo en la actualidad existe alianza entre 3 de ellos para el cuidado de la P.I., (ver genograma 7).

Los roles presentados en este sistema familiar, de acuerdo con los que establece la Terapia Estructural se tiene que Armando, Marino y Angel mantienen una posición periférica, mientras que Ma. Aurora ocupa la central.

AREA PROBLEMA: En esta familia al analizar los instrumentos, se nota que ambos nos ofrecen un panorama verídico de lo que es la familia Jiménez y las relaciones que se establecen en la misma, aunque consideramos que el genograma nos brinda un panorama más completo.

Los problemas que la familia ha tenido a partir de que la señora fue diagnosticada con D.T.A., son principalmente en el área social, debido a que Ma. Aurora y su familia han visto restringidas sus actividades como tal, a pesar de que la paciente no vive con ellos y tiene una cuidadora, Ma. Aurora ha tenido que prestar mucho tiempo para llevarla a servicio médico y a sus terapias en la Fundación Alzheimer.

En el nivel personal, la señora Ma. Aurora manifestó sentirse en ocasiones frustrada por la situación, sin embargo la relación que existe con su pareja e hija, le ha permitido afrontar dicha situación.

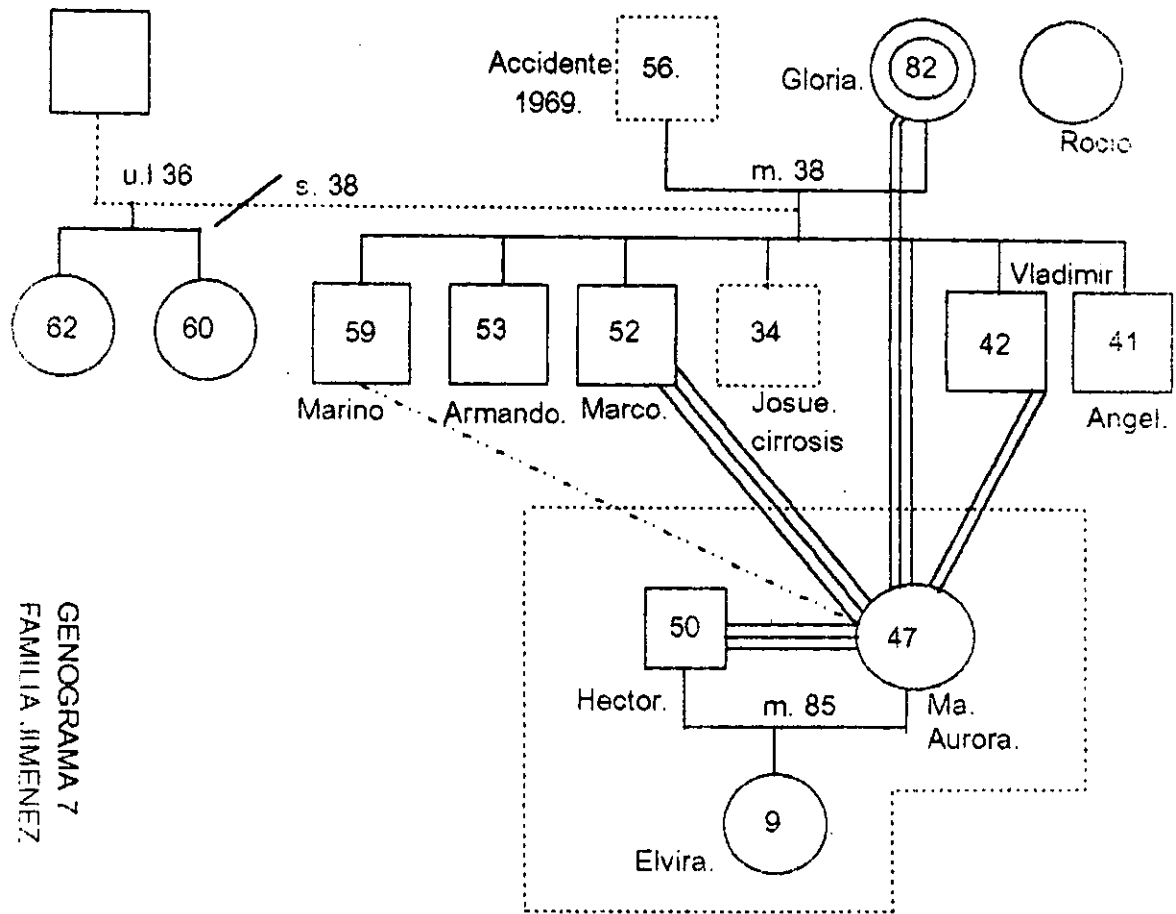
"...Es más fácil sobrellevar la enfermedad cuando existe cierta solvencia económica, aunque moralmente es muy duro, para mí ha sido frustrante, deprimente, muy angustiante, el vivir con un enfermo de Alzheimer.

Pero no sé, siento que con mi hija convive un poco más, la acepta bien, quizá porque ella, es muy cariñosa, la peina, le aplica crema, la lleva al baño, cuando está en la casa y entonces me siento menos frustrada..."

Y en el nivel económico, no han tenido problemas, puesto que Marco y Vladimir comparten los gastos, y la paciente

contaba con propiedades. las cuales van vendiendo según las necesidades que surgen.

CONCLUSIONES: Esta familia se ha caracterizado por mantener niveles de funcionamiento que fluctúan entre no funcionales y medianamente funcionales; por lo que no se ha mostrado una dificultad para ajustarse a las demandas, llevandolos a buscar cambios con la finalidad de encontrar una forma adecuada de funcionamiento. El cual se veria favorecido, si Marino, Armando y Angel se involucraran en las necesidades de cuidado que la P.I. requiere.



GENOGRAMA 7
FAMILIA JIMENEZ.

ANALISIS GENERAL.

Al hacer una revisión de los casos presentados en la investigación encontramos que los análisis obtenidos a partir de las entrevistas, el FASES II y los genogramas, nos permiten desglosar una serie de elementos que son importantes para realizar un análisis global de nuestra población, al observar cuál es el efecto que se da en un sistema familiar al contar con la presencia de un miembro con la D.T.A.

Dichos efectos son más evidentes en el nivel estructural (retomando el modelo sistémico estructural), por la manera en que la familia se relaciona con otros sistemas familiares o sociales. Ya que las familias manifestaron que les es difícil continuar con sus actividades cotidianas, como ir a misa, fiestas, de compras, visitar o ser visitados por amigos y familiares; por lo que se han visto imposibilitados en mantener sus relaciones sociales o iniciar nuevas.

Sin embargo, para algunos el presentar problemas en el área social, va enfocado a que lastimen al enfermo "á mi se da miedo sacarlo, no por lo que haga, sino porque puedan pegarle, cuando se pone agresivo"; y otros a los comentarios que la sociedad pueda hacer "yo prefiero sacarla en las noches, para que no la vea la gente y después estén diciendo ahí va la familia de locos".

Esto debido a las demandas de cuidado que requiere el paciente, lo cual se transforma en una gran cantidad de

tiempo que consume el cuidador primario para el aseo, alimentación, tratamiento médico e incluso en el control de ciertas conductas agresivas del paciente, las cuales a veces son mitigadas por el medicamento.

Por lo que ese tiempo que invierte el cuidador primario, es lo que no le permite a él en primera instancia seguir con su estilo de vida, ya que va dejando de lado sus eventos sociales; esto por no saber en muchos casos cómo controlar a su enfermo, "qué puedo hacer, si se pone a buscar en la basura cigarrillos, cómo explicarle que le hace daño, cómo le digo que ya es de noche y que no puedo sacarlo".

O por miedo a la reacción que la sociedad llega a tener hacia ellos, "cuando iba en el camión, se me quedaban viendo, y cómo que se retiraban, se espantaban si mi esposo comenzaba a gritar; se le quedan viendo a una como si fuera un fenómeno; y es que desgraciadamente la gente no entiende que están enfermos, piensan que están locos".

La convivencia va disminuyendo poco a poco, y culmina en un distanciamiento, que va dejando a la familia con pocas redes de apoyo a lo externo del sistema, y que en éste caso tiene un efecto más evidente en aquel que cubre las funciones de cuidador primario.

Otro nivel en el cual las familias se ven afectadas es en el económico, pues el costo de los medicamentos, visitas al médico, transporte, etc., son gastos que la familia no puede prever, debido principalmente a las características propias de la D.T.A. (como lo manejan Muñoz, 1993; Rangel, 1996 y Turrubiartes, 1995), las cuales se verán asociadas a

las características individuales de cada paciente, al mismo tiempo que se maneja como un deterioro progresivo de las habilidades, ante lo cual la familia tiene pocas oportunidades de ajustarse rápida y eficazmente a las nuevas exigencias, por lo que podemos decir que la familia experimenta crisis recurrentes e imprevistas, que la obligan a estar realizando cambios continuos y/o drásticos en su funcionamiento estructural.

Esto último se manifiesta de igual manera en el estrés que se presenta en cada uno de los elementos, y al mismo sistema visto como una totalidad, de ahí que la definición que da Minuchin (1986) de la familia está en función a las adaptaciones que presenta el sistema para conservar su estructura.

Por lo que es importante considerar la manera en que se ve afectada la estructura familiar cuando se presenta en un miembro los síntomas de la D.T.A., debido a las funciones que desempeñaba, y por consiguiente habrá una reorganización y adaptación a las nuevas necesidades del sistema familiar.

Por ejemplo, cuando se trata del padre, éste cubre el rol del proveedor económico, (como se pudo observar en los casos I y II) al verse afectados por la D.T.A., se presentó una repercusión económica, por lo que otro miembro del sistema tuvo que continuar desempeñando dicha función.

alternándola con el resto del sistema familiar, si le era posible, sin perder sus anteriores funciones.

En algunos de los casos es el otro cónyuge quien desempeña el papel de cuidador primario (casos I y II); aunque en la mayoría de los casos dicho papel es asumido por un hijo ya casado, (casos III.A, III.B, IV, VI y VII) esto cuando el enfermo no cuenta con pareja; o bien conviven todos juntos como familia extensa (caso V). De ahí que todos verán modificadas sus actividades en lo individual y familiar para brindarle un mejor cuidado al paciente.

Cuando se trata de alguno de los padres de cualquiera de los cónyuges, se observa que en su mayoría es una mujer la que se encarga del cuidado, lo cual como plantearon Diaz y Garcia de la Cadena (1996) y Groues de Schnaas (1996), en una investigación realizada en Boston, para conocer la asistencia a los grupos de apoyo, encontraron que son las mujeres quienes se ven más relacionadas al cuidado de sus enfermos. Esto se debe al rol tradicional que se le ha asignado a la mujer, al considerar que sus funciones deben estar encaminadas a servir al otro (esposo, hijo, hogar y cuidado de los enfermos), y no tanto a laborar en sectores remunerados.

En ésta investigación, podemos observar que la mayoría de los cuidadores encargados del enfermo de Alzheimer son mujeres y concuerda con lo ya reportado.

Por otra parte hay que tomar en cuenta la etapa del desarrollo que la familia atraviesa ya que influye en la forma que la familia se ajusta a las características del cuidado de un enfermo con Alzheimer, al considerar el tiempo que los miembros del sistema familiar tienen para desarrollar actividades dentro y fuera del hogar, y estar preparados para los cambios de conducta del paciente.

Las etapas del ciclo vital de la familia, también tienden a evidenciar las crisis por las cuales atraviesan estos sistemas a lo largo de su desarrollo; encontrando que en las familias de esta investigación ese factor no fue de gran importancia, ya que a todas les ha resultado difícil el ajustarse a las demandas del paciente, puesto que en la población manejada, se encontró que una familia pertenecía a la etapa de hijos pequeños, dos a hijos adolescentes y el resto a hijos adultos viviendo dentro del hogar.

Por lo que cada familia presenta dos crisis, una de desarrollo y otra de desvalimiento al tomar en cuenta que las características de la enfermedad no se encuentran bien delimitadas en cuanto a su desarrollo, y cada enfermo tiende a presentar una evolución diferente, provocando que el sistema se envuelva en crisis recurrentes e impredecibles, situación que les dificulta ajustarse a sus demandas de funcionamiento.

Por ello lo encontrado en las aplicaciones del FASES II, el cual se apoya en el modelo circumpiejo, nos permite agrupar a las familias en 3 niveles de funcionamiento de acuerdo a sus niveles de cohesión y adaptabilidad; los cuales de mayor a menor funcionalidad se consideran:

1) Balanceado o funcional, el cual retoma a los sistemas maritales y familiares flexiblemente separada o conectada, y estructuralmente separada o conectada.

2) Dentro del nivel medio o parcialmente funcional, encontramos a la caóticamente separada o conectada, flexiblemente desvinculada o amalgamada, estructuralmente desvinculada o amalgamada, y rigidamente separada o conectada.

3) Finalmente se tiene el nivel de los extremos o disfuncional donde se encuentran la caóticamente desvinculada o amalgamada, y la rigidamente desvinculada o amalgamada.

Encontrando que en la primera aplicación del FASES II, en nuestra población la mayoría de los sistemas se ubicaron en los niveles balanceado y medio, y solo un caso apareció en los que se consideran no funcionales.

Lo cual nos llevó a hipotétizar que el ciclo vital no juega un papel importante en la adaptación del sistema familiar ante la D.T.A., ya que la única familia que se presenta dentro del modelo circumpiejo en un nivel extremo, en la actualidad atraviesa por la etapa de hijos pequeños.

mientras que el resto se encuentran en las etapas de los hijos adolescentes y adultos dentro del hogar, por lo cual han logrado una mejor adaptabilidad en su sistema familiar.

Y debido a las crisis continuas a las que se enfrenta una familia con un enfermo de Alzheimer, encontramos que en su mayoría tienden a reajustarse a las demandas que ésta les requiere y que por consiguiente se encuentran frecuentemente en cambio, de ahí que en el transcurso de 4 meses, en 5 casos se presentaron cambios, siendo dos los más evidentes ya que la que antes se encontraba en nivel de extremo ocupa un lugar en los niveles medios (caso VII), y una que se encontraba en los niveles medios pasa a un nivel extremo (caso III.B).

CUADRO 1.

Relación de la primera y segunda aplicación (posterior a 4 meses) del FASES II.

Caso.	Primera aplicación.	Segunda aplicación.
I	Flexible conectada.	Flexible separada.
II	Estructural separada.	Estructural desvinculada.
III.A	Caótica conectada.	Caótica conectada.
III.B	Caótica conectada.	Caótica amalgamada.
IV	Caótica conectada.	Caótica conectada.

Continuación del cuadro 1...

V	Flexible conectada.	Flexible conectada.
VI	Flexible conectada.	Estructural separada.
VII	Rígida desvinculada.	Estructural desvinculada.

Otro punto importante para éste análisis global, es el que guarda relación con el tiempo que los pacientes llevan con los síntomas, ya que se observa que en familias con un paciente en etapa inicial, no se presentan muchos cambios, debido a que es considerado como cuestiones pasajeras y esto les permite mantener cierta estabilidad familiar.

En el caso contrario, las familias que cuentan con un paciente en etapas avanzadas, presentan características parecidas, salvo que en este caso esa estabilidad se debe a un ajuste hacia las demandas del cuidado del P.I., donde algunas pueden ser predecibles (como la alimentación, aseo personal, estados emocionales, etc.), y otras pueden desaparecer (como la agresividad, deambulación, etc.).

Lo cual no ocurre en las familias en etapas intermedias, ya que en estas implica el aceptar su carácter de incurable y progresiva, lo cual repercute en la familia provocando un sentimiento de impotencia para solucionar los problemas de cuidado cotidiano.

CUADRO 2.

Relación del tiempo que lleva el P.I. con los síntomas de la Demencia Tipo Alzheimer.

Caso.	Tiempo.
I	4 o 5 años.
II	4 años.
III.A	7 años.
III.B	7 años.
IV	Lidia 12 años; Margarita 4 años.
V	1 año.
VI	4 años.
VII	9 años.

Dichas problemáticas se hacen más evidentes en la vida social de la familia (como ya se mencionó), ya que al no sentir la seguridad de controlar al enfermo prefieren el abstenerse de asistir a eventos sociales y religiosos, que a su vez provoca que el cuidador primario se aisle perdiendo poco a poco su vida social, dedicándose y enfrascándose en su rol de cuidador.

Otro factor a rescatar es el correspondiente a las alianzas establecidas dentro de las familias, encontrándose que la mayoría de estas pertenecen a las establecidas entre

cónyuges con la finalidad de ayudar al cuidado del P.I. (casos III.A, III.B, IV, V, VII), y en las excepciones se debe a que el paciente es un cónyuge (casos I y II), o bien a la existencia de problemas de pareja (caso VI) observándose en esta última una alianza entre cónyuge y un hijo.

Por otra parte las formas más representativas de triangulación son las transgeneracionales, caracterizadas entre madre - padre - hijo, tanto en la familia de origen como en la de procreación.

CUADRO 3.

Relación de alianzas y triangulaciones, dentro de las familias.

Caso.	Alianzas.	Triángulos.
I	Celia y J. Alberto. madre e hijo menor.	
II	Paola y Ulises. hermanos.	Griselda, Paola y Ulises. madre e hijos.
III.A	Martin y Magda. cónyuges. Magda y Eduardo. madre y 2º hijo.	

Continuación del cuadro 3...

III.B	Elvira y Raúl.	Elvira, Raúl y Darani.
	cónyuges.	madre, padre e hija mayor.
	Elvira y Virginia.	
	madre e hija menor.	
IV	Gabriela y Moisés.	Lidia, Cirilo y Gabriela.
	cónyuges.	madre P.I, padre e hija menor.
	Lidia y Margarita.	Gabriela, Moisés y Omar.
	comadres.	madre, padre y 2º hijo.
V	Cándido y Ma. Pilar.	
	cónyuges.	
	Rodrigo y Osvaldo.	
	abuelo P.I, y nieto.	
VI	Arturo y Antonio.	Irene, José y Natalia.
	padre e hijo	madre P.I, padre e hija.
	Silvia y Natalia.	Arturo, Natalia y Antonio.
	hermanas.	cónyuges e hijo.
	Raquel y Natalia.	
	hermanas.	
VII	Ma. Aurora y Héctor.	
	cónyuges.	
	Ma. Aurora y Vladimir.	
	hermanos.	
	Ma. Aurora y Marco.	
	hermanos.	

En cuanto a los roles que establece la Terapia Estructural, encontramos que:

El de centralidad: Es asumido principalmente por el cuidador primario, y en pocas ocasiones por algún miembro que presenta conflicto por la situación, puesto que son las personas con mayor número de alianzas, que establecen en el sistema familiar o bien son los que acaparan mayor atención del resto de la familia.

El de periferia: Es representado principalmente, por los hijos o nietos del paciente, y la familia extensa, ya que no se involucran en la atención o cuidado del P.I., y el cuidador primario.

CUADRO 4.

Relación de los dos roles de acuerdo a la Terapia Estructural, en las familias.

Caso.	Central.	Periférico.
I	Celia. madre.	J.Cristián, Mayra y Alfonso. hijos.
II	Griselda. madre.	Ulises. hijo menor.
III.A	Magda. madre.	Fabio. hijo mayor.

Continuación del cuadro 4...

III.B	Elvira y Darani. madre e hija mayor.	
IV	Gabriela. madre.	Manolo, Enrique y Omar. hermano e hijos.
V	Patricia y Ma. Pilar. madre e hija.	Alicia, Erika, German. nietas e hijo.
VI	Antonio. padre.	Arturo. hijo.
VII	Ma. Aurora. madre.	Armando, Marino y Angel. hermanos.

Por último, hay que considerar que el asumir el rol de cuidador primario de un enfermo de Alzheimer implica un desgaste emocional, social y económico, que repercute directamente en el sujeto y a su vez éste afecta a todo el sistema familiar, considerando que desde el enfoque sistémico la familia se retoma como un todo en el cual el cambio de un elemento repercute en los demás.

CONCLUSIONES.

La evolución de la enfermedad de Alzheimer es un proceso, que como tal se vive, y es considerado como una crisis de desvalimiento, que como plantea Pittman (1990), se da en familias donde existe uno o más miembros, que son disfuncionales o dependientes, por lo que la familia se mantiene a la expectativa de cuidado y atención que estos requieren modificando su estructura; de ahí que la crisis se presenta por una falta de control en la situación.

En este sentido, encontramos que lo manejado por la teoría concuerda con lo reportado en esta investigación; ya que las familias presentaron cambios en su estructura debido a dos tipos de crisis: las de desarrollo, propias a su ciclo vital; y a las de desvalimiento o repentinas, donde las familias buscaron adaptarse a las demandas que un paciente con Alzheimer requiere, considerando la evolución de la enfermedad así como las características que desarrolla el mismo.

Durante el desarrollo de ésta investigación se buscó explorar en que medida las familias con un miembro diagnosticado con la D.T.A. ven modificadas sus pautas de funcionamiento individual y familiar, a manera de ubicar los elementos que de alguna manera guían dichos cambios y permitan la realización de futuras investigaciones, que

puedan arrojar más información de la que esta investigación a nivel exploratorio ha podido proporcionar.

Por ello, es que se retoma el enfoque teórico del modelo sistémico estructural, para ubicar los efectos que se dan a lo interno del sistema familiar, siendo más importante retomar la relación existente entre paciente y cuidador: así como la de este último con el resto del sistema familiar, ya que cada parte del mismo lo percibirá de manera diferente, como sistemas individuales que son.

Al mismo tiempo se considera que el funcionamiento individual no es igual cuando se manifiesta dentro y fuera del sistema familiar por los lazos afectivos establecidos, por lo que el cambio presentado en uno de los elementos del sistema repercutirá en el resto, pues como plantea Minuchin (1986) cada elemento del sistema familiar es considerado una totalidad.

Cabe señalar que con la información que se obtuvo de ésta investigación, no se pueden hacer generalizaciones, debido a que es de carácter exploratorio, y no se cuentan con investigaciones que se puedan tomar como referencia para comparar los datos obtenidos; además debemos considerar que cada individuo ve y siente las situaciones de diferente manera, y que al conformar con otros un sistema, cada sistema reaccionará de diferente forma, teniendo quizá ciertas similitudes, pero la manera de afrontar la situación de

contar con un enfermo de Alzheimer es propia y única de cada familia, ya que el enfermo va perdiendo autonomía, y se van reduciendo sus capacidades intelectuales superiores, esto tomando en cuenta lo variable que sea la evolución de la enfermedad, y la edad en que empiezan a presentarse los primeros síntomas, de ahí que las características sean diferentes, como se planteó en el marco teórico (capítulo 1. 1.5 Manifestaciones clínicas del Alzheimer).

Así por ejemplo, un enfermo de cáncer es capaz de decir o manifestar qué requiere, mientras que en un enfermo de Alzheimer esa situación se ve limitada, al no poder manifestar lo que en realidad quisiera, puede decir frío cuando tiene calor, decir vete cuando quiere que alguien esté con él, y dichas situaciones son aun más estresantes para quienes le brindan cuidado, y que lo ven como una involución, por ello les cuesta trabajo entender las demandas que tiene el enfermo.

Además se observó, que aquellas familias que no presentaron problemas en el nivel económico, les fue y es más factible brindar a sus enfermos las atenciones y cuidados que requieren tales como exámenes médicos, asistencia al Centro de Cuidado Diurno, contar con cuidadora remunerada, etc: no así aquellas que vieron alterada la economía familiar y que no pudieron brindar todas las atenciones y cuidados que el paciente demandaba, tratando de cubrirlos, en primera

instancia aquellos que se ven asociados a exámenes médicos o tratamiento farmacológico, dejando como última opción la posibilidad de contar con cuidadora remunerada, o la asistencia al Centro de Cuidado Diurno. Por lo que aun cuando éste factor no lo consideramos inicialmente relevante para esta investigación, se pudo observar la importancia que tiene para el manejo de un enfermo con Alzheimer.

De ahí que en la búsqueda que realiza cada familia por encontrar la mejor manera para funcionar, se le puede catalogar de acuerdo con el modelo circunplejo de Olson (1986), como funcional, medianamente funcional o disfuncional. Sin embargo, en esta investigación al hacer uso del cuestionario FASES II, se encontró que dicho instrumento no se ajusto a las necesidades que tienen las familias, debido a que la información que arrojó no se puede considerar totalmente verídica, aun así no se debe descartar toda, por el hecho de que los datos obtenidos se detectaron como la manera en que el cuidador primario pretendía se visualizara a su familia, o bien ésta había funcionado tiempo atrás; esto debido a las características que el mismo instrumento presenta, al ser estandarizado y por tanto permite una evaluación indirecta de la realidad.

Lo anterior se detectó al hacer uso de dos instrumentos semi-estructurados, como lo fueron la entrevista y el genograma, que como plantean Minuchin (1986) y Mc Goldrick

(1993). respectivamente permiten profundizar en la obtención de información, ya que van acompañados de una observación directa.

Por lo antes planteado, consideramos que para investigaciones futuras, es más factible hacer uso de instrumentos semi-estructurados o modificar los ya estandarizados.

Y como hemos venido manejando a lo largo de la presente investigación, la Demencia Tipo Alzheimer, se ha ubicado a nivel mundial entre las cinco primeras causas de muerte, además de ser uno de los principales padecimientos que afecta a la población senil, por ello se ha convertido en un reto para el área de la salud y social, al considerar las estadísticas, por lo que se vislumbra como un problema de salud pública.

Ahora bien tomando en consideración todo el proceso en la realización de esta investigación, podemos hacer las siguientes señalizaciones:

- 1) La metodología tuvo que ser modificada, ya que en primera instancia se había contemplado la posibilidad de entrevistar a familias que tuvieran menos de un año y/o más de cinco años con el diagnóstico; para ello se había buscado el apoyo de hospitales sin tener éxito; por lo que nos remitimos a la Fundación Alzheimer.

2) El mayor porcentaje de personas que cuentan con un enfermo de Alzheimer, solo buscan el beneficio para sus enfermos en cuanto a medicinas, o formas de cuidarlos, y no tanto para que ellos se sientan mejor, por lo que esto dificulto la posibilidad de contactar gente que estuviera dispuesta a cooperar.

3) En un primer momento solo se contó con el apoyo de 4 familiares, de los cuales dos se mantuvieron a lo largo de la investigación y los otros dos ya no pudieron seguir cooperando; dos fueron retomados de una investigación previa a esta; y en la búsqueda por ampliar nuestra población pudimos contactar 4 familias más, de las cuales en una de ellas, nos topamos con la sorpresa de que la señora había sido diagnosticada con la Demencia Tipo Alzheimer (lo cual fue un error, ya que la señora padece de epilepsia, no incluida en este reporte), y nos permitio conocer el gran peso que tiene un diagnostico equivocado, en la modificación de la dinámica familiar.

Por ello y por todo lo antes planteado, es importante que la psicología forme parte del equipo multidisciplinario de trabajo, colaborando en ambas áreas (social y salud); dentro del campo laboral, dar terapia ocupacional a los enfermos, retardar la pérdida de las habilidades en quienes padecen la enfermedad, así como el brindar apoyo terapéutico a familiares y en específico al cuidador primario.

Basándose en investigaciones que permitan tener más datos, e indagar otras áreas que se ven relacionadas también con la Enfermedad de Alzheimer; ya que este campo de acción no ha sido de mucho interés para los psicólogos, al considerar que sólo el área medica puede hacer algo al respecto. Sin embargo esta última, ha visto limitadas sus investigaciones respecto a la etiología de la enfermedad y a la posibilidad de brindar un tratamiento, por ello llegan en ocasiones a argumentar que "con este tipo de pacientes se dan palos a ciegas" según palabras de algunos familiares; dejando de lado la experiencia de aquellos que conviven diariamente con el enfermo.

Otra manera en la que se podría contribuir, es mediante una concientización dirigida a la sociedad, que les permita comprender la magnitud del problema y las necesidades que presentan las familias; con la posibilidad de que en un futuro no muy lejano se cuente con Centros de Atención las 24 horas los 365 días del año, y no solo en el D.F. o Queretaro, como es en la actualidad, sino que también en otras ciudades importantes, lo cual permitiría que los cuidadores primarios no se vean en la necesidad de restringir sus actividades sociales, al sentir que no cuentan con apoyo y que la sociedad permanese ajena a esta problemática, que crece a pasos agigantados de acuerdo con las estadísticas que la Federación Internacional de Alzheimer maneja.

Esta investigación, permitió hacer una recapitulación de algunas de las tantas implicaciones que vive una familia que cuenta con un enfermo de Alzhemier, de ahí que consideramos importante, que los psicólogos de las generaciones futuras continúen realizando investigaciones al respecto, ya que como se ha manifestado a lo largo del presente trabajo, éste fue de carácter exploratorio, y por ende toma la importancia de ser el primer estudio realizado en el área Metropolitana, de la ciudad de México.

ANEXOS

ANEXO 1.

La siguiente guía de entrevista, tiene como finalidad el recabar información respecto a los efectos producidos por la Enfermedad de Alzheimer en la familia.

- 1) Nombre.
- 2) Sexo.
- 3) Edad.
- 4) Ocupación.
- 5) Parentesco.
- 6) ¿Cuántas personas conforman su familia?.
- 7) Edad del enfermo.
- 8) ¿Utilizaba medicamentos con frecuencia?.
- 9) Solía beber y/o fumar con frecuencia.
- 10) ¿Qué actividades realizaba?.
- 11) ¿Qué cambios de actitud observe en su familiar para buscar ayuda médica?.
- 12) ¿Cuánto tiempo transcurrió a partir de los primeros cambios en el comportamiento de su familiar hasta la primera visita médica?.
- 13) Antes del diagnóstico, ¿usted tenía conocimiento

acerca de la Enfermedad de Alzheimer?.

14) ¿A qué edad se le diagnóstico la enfermedad?.

15) Cuando se diagnóstico la enfermedad, ¿cuál fue la reacción de usted y su familia?.

16) ¿Acepto sólo un diagnóstico?.

17) Después del diagnóstico, ¿usted ha tomado medidas de cuidado y seguridad respecto al enfermo?.

18) ¿Ha tenido dificultades para mantener los cuidados del enfermo?.

19) ¿Cómo estaban distribuidas las labores del hogar antes del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?.

20) ¿Cuáles eran las actividades que cada uno de los integrantes de la familia, realizaba antes del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?.

21) La familia realizaba alguna actividad recreativa conjuntamente.

22) ¿Cómo era su relación con el enfermo antes del diagnóstico?.

23) ¿Cómo era su relación con el resto de su familia antes del diagnóstico?.

24) ¿Cuántas personas conformaban su familia antes del diagnóstico?.

25) Describa un día normal antes del diagnóstico de la

Enfermedad de Alzheimer.

26) Ha recibido ayuda por parte del resto de su familia.

27) ¿Cómo se siente usted ante la evolución de la enfermedad?.

28) ¿Han buscado ayuda para si mismos?, ¿de qué tipo?.

6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina. () ()

7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto. () ()

8.- Los miembros de la familia discuten problemas y se sienten bien acerca de las soluciones. () ()

9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino. () ()

10.- Retomamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia. () ()

11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia. () ()

12.- Es difícil saber cuáles son las reglas que surgen en nuestra familia. () ()

13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar. () ()

14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren. () ()

15.- Cuando pensamos en hacer actividades como familia tenemos dificultades. () ()

16.- Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños. () ()

17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. () ()

18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. () ()

19.- Los miembros de la familia se sienten más cercanos a personas ajenas, que a los miembros de la familia. () ()

20.- Nuestra familia intenta nuevas formas de enfrentar a los problemas. () ()

21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decida hacer. () ()

22.- En nuestra familia todos compartimos responsabilidades. () ()

23.- Los miembros de la familia acostumbran a compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia. () ()

24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia. () ()

25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en la casa. () ()

26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. () ()

27.- Aprovamos a los amigos de cada quien. () ()

28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos, es decir lo que piensan. () ()

29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. () ()

30.- Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros. () ()

ANEXO 3.

Escala evaluativa de la percepción familiar, reglas y apoyo, basada en el modelo circunplejo que consta de dos dimensiones: la real y la ideal, que permite evaluar la cohesión y la adaptabilidad familiar; el cuestionario se integra de 30 reactivos, en los cuales los sujetos describen como perciben a su familia a través de 5 respuestas adaptativas que van desde casi nunca, hasta casi siempre.

Las preguntas a medir la cohesión son: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 30. Para obtener el valor de la cohesión se utiliza la fórmula: $36 - (\text{los puntajes de } 3, 9, 15, 19, 25, 29) + \text{el puntaje de } 1, 5, 7, 11, 13, 17, 21, 23, 27 \text{ y } 30.$

Las correspondientes a medir la adaptabilidad son: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28. Para obtener el valor de la adaptabilidad se utiliza la fórmula: $18 - (\text{puntajes de } 12, 24, 28) + \text{puntajes de } 2, 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 22, 26.$

ANEXO 4.

PUNTUACIONES DEL FASES II.

C O H E S I O N .

Tipo de familia.	Desvinculada hasta 47.9	Separada 48 a 56	Conectada 56.1 a 64	Amalgamada > a 64.1
------------------	-------------------------	------------------	---------------------	---------------------

A -----

D Caótica.

A > a 52.1

P -----

T Flexible.

A 45.1 a 52

B -----

I Estructurada.

L > 38 a 45

I -----

D Rígida.

A hasta 37.9

D -----

ANEXO 5.

La siguiente guía de entrevista tiene como finalidad el recabar información que permita la realización del genograma, considerando los efectos producidos en la estructura familiar a partir de la Demencia Tipo de Alzheimer.

- 1) ¿Quién vive en la casa?.
- 2) ¿Cómo se relacionan los integrantes de la familia?.
- 3) ¿Cómo han visto y cómo han respondido al problema, cada uno de los integrantes?.
- 4) ¿Qué soluciones han intentado?.
- 5) ¿Se ha dado algún cambio importante en su familia?.
- 6) ¿Sus padres aún viven?.
- 7) ¿Cuándo y cómo se conocieron sus padres?.
- 8) ¿Cuántos hijos tuvieron?, incluyéndose usted.
- 9) ¿En algún momento se separaron, o divorciaron?.
- 10) Usted, ¿cuándo y como conocio a su pareja?.
- 11) ¿Cuántos hijos tuvieron?, incluyendo abortos.
- 12) ¿Las relaciones familiares eran diferentes antes de que se iniciara el problema?.
- 13) ¿En ese momento, existían otros problemas?.

14) ¿Se ha dado en la familia, que algunos miembros no se dirigen la palabra por periodos?.

15) ¿Hay miembros de la familia muy allegados?.

16) ¿Quién proporciona siempre ayuda, en el momento en que se le necesita?.

17) ¿En quién confían más los miembros de la familia?.

18) ¿Cómo se lleva con sus hermanos e hijos?.

BIBLIOGRAFIA

Anónimo. (s/f). Más allá del amor. México, Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares.

Anónimo. (1991). "Demencia: un infierno tan temido". Medical, MAG. Ed. Mexicana, Vol.2 No.17.

Anónimo. (1992). "La ancianidad del futuro". Medical, MAG. Ed. Mexicana, Vol.2 No.15.

Barrios F. (1983). Alteraciones de la dinámica familiar por la incorporación al núcleo familiar de algún o algunos de los progenitores de la pareja mayores de 60 años de edad. México, UNAM. Facultad de medicina (Especialidad).

Beal, M; Richardson, P; Martin, J. (s/f). Enfermedad de Alzheimer y demencias afines. En Decimocuarta parte de enfermedades neurológicas.

Becerra, G; Garcia, L. (1997). La caracterización de familias desintegradas con un miembro que padece retardo en el desarrollo, vista desde el marco sistémico estructural. México, UNAM. Campus Iztacala. (Licenciatura)..

Berenstein, I. (1987). Familia y enfermedad mental. Buenos Aires, Paidós.

Bonilla, H; Chávez, V; Osorio, G. "Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el ámbito familiar." VI Jornadas Nacionales de Geriatria y Gerontologia, 23 de Agosto, 1995. ISEM. (Material inédito).

Bowen, M. (1989). La terapia familiar en la práctica clinica. Vol.I. España, Desclee de Brouwer.

Carvalho, S. (1997). Informe de un programa de desarrollo humano para la tercera edad, en la Delegación 1, región La Raza del IMSS, México, UNAM. Campus Iztacala. (Licenciatura).

Díaz, O; García de la Cadena, C. "Grupos de apoyo." Curso, atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer, 9 de Octubre, 1996. Auditorio Jaime Sabines. (Material inédito).

Escobar, I. "Anatomía patológica en la enfermedad de Alzheimer." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 21 de Julio, 1995. INSAme, DIF. (Material inédito).

Estrada, J. (1993). Ciclo vital de la familia. Mexico, Pasado.

Garcia de la Cadena, C. "Pruebas neuropsicológicas y su correlación neurofisiológica." Simposia sobre aspectos clinicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría. 20 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Garnier, M; Delamare, V. (1981). Diccionario de los términos técnicos de medicina. España. Interamericana.

Gómez, J. (1994). Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. México, Plaza y Valdes.

Gómez, S.(1988). La productividad del anciano como alternativa del autoconcepto de la vejez. México, UNAM. Campus Iztacala (Licenciatura).

González, M. (1993). El ciclo viral de la familia desde el enfoque sistémico. México, UNAM. Area de metodología de la investigación y psicología aplicada laboratorio IV. ENEP-I.

Gottfries, C. (1992). "Review of treatment strategies". Acta Neurol Scandol. Suppl:139.

Groues de Schnaas, L. "Salud pública y Alzheimer." Curso, atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer, 9 de Octubre, 1996. Auditorio Jaime Sabines. (Material inédito).

Gutiérrez, R. "Instrumentos psicológicos." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 22 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Harrison, T. (1994). Medicina interna. México. Interamericana, Mc Graw -Hill.

Heinze, G. "Demencia senil, tipo Alzheimer. Aspectos neurofisiológicos." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 20 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Heinze, G. "Tratamientos psicofarmacológicos en geriatría." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 22 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Herrera. (1993). Terapia Breve Sistémica. Modelo de Mental Research Institute. Una propuesta didáctica. México. UDLA. (Maestría).

Kastenbaum, R. (1980). Vejez. Años de plenitud. México, Harla.

Krassoievitch, Z. "Psicoterapia en ancianos." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 22 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Laforest, J. (1991). Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona, Herder.

Lazcano V. "Impacto en la familia." Curso, atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer, 8 de Octubre, 1996. Auditorio Jaime Sabines. (Material inédito).

Manzano, A. (s/f). "La música y el paciente con enfermedad de Alzheimer, una experiencia". Fondo de apoyo para la enfermedad de Alzheimer.

Márquez, C; Vázquez, D. (1996). La vida familiar del anciano. México, UNAM. Campus Iztacala. (Licenciatura).

Martínez, A. (1996). Campaña de comunicación social para motivar a la convivencia con los ancianos dentro de la familia. México, UIA. (Licenciatura).

Mc Cary, J; Mc Cary, S. (1983). Sexualidad humana de Mc Cary. Mexico, El manual moderno.

Mc Goldrick, G. (1993). Genogramas en la evaluación familiar. España, Gedisa.

Mendoza, L. "Epidemiología en la enfermedad de Alzheimer." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 21 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Mendoza, L. "Situación de la familia del paciente geriátrico con enfermedad de Alzheimer." VI Jornadas Nacionales de Geriatria y Gerontología, 23 de Agosto, 1995. ISEM. (Material inédito).

Mena, R. (1993). "La enfermedad de Alzheimer, una revisión". Rev. Biomed, vol.4 no.4 IPN.

Mena, R. "Deterioro en las neuronas." Grupo de apoyo, Colonos de Echegaray, 16 de Mayo, 1995. (Material inédito).

Mínuchín, S. (1986). Familias y terapia familiar. México, Gedisa.

Minuchin, S. Fishman. (1993). Técnicas de terapia familiar. México, Paidós.

Mora, J. (1992). Análisis de la cohesión y adaptabilidad familiar según el fase II, aplicado a adolescentes. México, UNAM. Campus Iztacala. (Licenciatura).

Moragas, M. (1991). Gerontología social, Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona, Herder.

Muñoz. (1993). "Alzheimer". Neurología, vol.4.

Murray, L. (1975). El sistema nervioso humano. México, Harla.

Noback, R. (1993). El sistema nervioso. Introducción y repaso. México, Interamericana.

Olson, D. (1986). "Circumplex Model VII: validation studies and FACES III" en Family process, 25, Septiembre.

Owen, M; Liddel, M; McGuffin, P. (1994) "Enfermedad de Alzheimer". British Medical Journal, Ed. Mexicana, vol.2 no.3.

Papalia, D. y Olds, D. (1995). Desarrollo humano. México, Mc Graw - Hill.

Páramo, M. (1985). La psicología en la pareja en México dentro de la clase media alta. México, UIA. (Licenciatura).

Peniche, W. (1984). Algunas conductas disfuncionales y la falla en el establecimiento de límites en familias que asisten a Terapia Familiar Institucional. México, UIA. (Licenciatura).

Pichardo, F. "El delirium en el anciano." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 21 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Pichot, P; López-Ibor, A; Valdes, M. (1995). DSM - IV. Breviario criterios diagnósticos. España, Masson.

Pittman, F. (1990). Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Argentina, Paidós.

Pyke, M. (1992). Como disfrutar de una larga vida. México. Fondo de Cultura Económica.

Rangel, L. "Tratamiento psicosocial en la enfermedad de Alzheimer." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 21 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Rangel, L. "Generalidades de la enfermedad de Alzheimer." Curso, atención al paciente con Enfermedad de Alzheimer, 7 de Octubre, 1996. Auditorio Jaime Sabines. (Material inédito).

Risteen, H. (1992). "The meaning of activity: Day care persons with Alzheimer Disease". The American Journal of occupational therapy, vol.46 no.3.

Roche, B. "Los síndromes orgánicos en los ancianos." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 20 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Ruiz, G. "La enfermedad del olvido." IV Congreso de terapia familiar, 1993. AMAES. (Material mimeografiado).

Schabel, J. (1993). "New Alzheimers therapy suggeste". Science, vol.260.

Schellenberg, G; Bird, T; Wijsman, E; Orr, H; Anderson, L; Nemens, E; White, J; Bonnycastle, L; Weber, J; Alonso, M; Potter, H; Heston, L; Martin, G. (1992). "Genetic linkage evidence for a familial Alzheimer's Disease' locus on chromosome 14". Science, vol.258 vol.23.

Simón, F; Stierlin, H; Wynne. (1993). Vocabulario de la terapia familiar. España, Gedisa.

Stern, Y; Gurland, B; Thomas, K; Tatemichi; Ming Xin Tang; Wilder, D; Mayeux, R. (1994). "Influencia de la educación y del trabajo sobre la incidencia de la enfermedad de Alzheimer". The Journal of the American Medical Association. Ed. Mexicana, vol.2 no.10.

Tackenberg, J. (1993). "Enseñar a los cuidadores acerca de la enfermedad de Alzheimer". Nursing, Marzo.

Turrubiarres, C. "El SPECT imagenología y medicina nuclear en las demencias degenerativas." Simposia sobre aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento en psicogeriatría, 22 de Julio, 1995. INSaMe, DIF. (Material inédito).

Trujillo, Z. "Avances en la enfermedad de Alzheimer. el diagnostico en la actualidad." VI Jornadas Nacionales de Geriatria y Gerontologia, 23 de Agosto, 1995. ISEM. (Material inédito).

Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Argentina, Amorrortu.

Vasconcelos, D. (1990). "Enfermedad de Alzheimer". Gaceta médica de México. Vol.126 No.6.

Vivels, C. "Enfermedad de Alzheimer, un enfoque neurológico." Grupo de apoyo, Colonos de Echegaray, 18 de Abril, 1995. (Material inédito).

Woods, R. (1994). Enfermedad de Alzheimer. Enfrentarse a la muerte en vida. México, Jus.