



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“EL OTRO LADO DEL ALZHEIMER: TALLER A LA
MEDIDA DE LA FAMILIA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ZARASUADI CHÁVEZ SMITH

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY.

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres Ernesto de Jesús Chávez Pérez y Sandra Smith Clorio, les agradezco primero el haberme dado la vida; su fortaleza ante situaciones difíciles; el darme tiempo de calidad; el velar por mi cuando me encontraba enferma; el haberme acompañado y apoyado en las buenas y en las malas; por darme su hombro y escucha cuando lo necesité (aunque no siempre estuviera de acuerdo con sus consejos); les agradezco el haberme dado una educación y sé el esfuerzo que hicieron para que terminara mis estudios, así como el esfuerzo para que nunca me faltara nada; han estado conmigo en mis caídas y mis logros; me han enseñado a ser mejor cada día; a no rendirme; apoyar a los demás sin pedir nada a cambio; a escuchar con atención; a sonreír ante situaciones difíciles y no permitir que me desanimen; a hacerme responsable de mis actos. Les agradezco el acompañarme en este camino que no es perfecto llamado "VIDA" la cual no ha sido fácil pero teniéndolos a mi lado me ha ayudado a estar tranquila, feliz y aceptar lo que se me va presentando en el mismo sea algo doloroso o algo maravilloso. Les agradezco su Amor, su compañía, su compromiso como padres, su lealtad, su complicidad, sus cuidados, sus abrazos, sus consentimientos y sus consejos. Le agradezco a Dios el permitirme formar parte de esta hermosa familia y de la cual estoy muy orgullosa.

Solo puedo decirles que los amo.

A mi hermana Mitzi Alethia Chávez Smith, te agradezco el existir, sé que no somos las hermanas perfectas, pero siempre has estado para mí. Le agradezco a Dios el haberte puesto como mi hermana mayor ya que de ti he aprendido muchas cosas buenas así como de lo malo. Te agradezco ser mi compañera de vida desde pequeña, recuerdo que éramos cómplices en travesuras, teníamos nuestros secretos y nos apoyábamos aunque nos peleáramos (pero fue parte de nuestro crecimiento), ahora de grandes cada una ha tomado su rumbo, sé que ante cualquier situación estarás ahí para apoyarme.

Te amo hermana.

A mi abuelito Dr. Ernesto Chávez Corella Q.E.P.D., te agradezco el haber estado en mi vida ya que me enseñaste a valorar a las personas hasta su último aliento. Me inspiraste a realizar este trabajo por la enfermedad de Alzheimer que hizo que te fueras de nuestro lado, lo cual me impidió durante muchos años a aceptar tu pérdida y por ende me detenía cada vez que intentaba comenzar o continuar mi tesis por el mismo dolor e impacto de haberte ido (tu último suspiro fue lo más hermoso). Desde pequeña me enseñaste a escuchar a los demás con esa paciencia que te caracterizaba, me enseñaste a escuchar la música clásica así como hacer del Quijote mi lectura favorita. Gracias de nuevo por haber estado en mi vida, por hacer una hermosa familia de la que formo parte y siempre cuidarnos (a todos) cuando nos encontrábamos enfermos, y sobre todo el que siempre tuvieras un consejo para levantarnos el ánimo.

Te mando un fuerte abrazo donde quiera que estés. Te amo abue.

A mi abue Nori Pérez de Chávez, te agradezco el amor que me has dado, el siempre estar conmigo escuchando lo bueno y lo malo, el consentirme como lo hiciste desde que era pequeña, el hacerme detalles como los vestidos o mi comida favorita, el apoyarme y no juzgarme cuando pasé por momentos difíciles, te agradezco tus cuidados y tus desvelos cuando me quedaba con ustedes, tus consejos, tus visitas, tus cariños; agradezco tu Amor hacia mí.

Te amo abue.

A mis abuelos Enrique Smith Argüello y Celia Clorio Orozco les agradezco su paciencia, su amor, su comprensión, su escucha, sus consejos, sus cuidados, su apoyo ante situaciones difíciles, les agradezco el formar una hermosa familia de la que formo parte y me encuentro muy orgullosa, el haberme enseñado a ser fuerte ante los momentos más difíciles por los que hemos atravesado. Les agradezco el ser mis abuelos y demostrarme su Amor siempre.

Los amo abuelos.

A mis bisabuelitos Q.E.P.D.; a mi Rey que tu historia de vida me hizo valorar mucho lo que tuve de pequeña así como a luchar por mis objetivos; a mi Yaya y a mi Viris que me enseñaron a dar todo mi Amor y a valorar a mi familia, así como a alcanzar lo que me proponga. Les agradezco a los tres el haber compartido su camino hasta mi adolescencia y el poder disfrutarlos al 100 %. Sé que su vida no fue fácil pero me enseñaron a valorar el camino que me tocó vivir. Gracias por haber existido y darme todo su Amor.

Les mando besos y abrazos donde quiera que estén, los amo bisabues.

A ti madrina Nori Myra Chávez Pérez gracias por estar presente conmigo en todas las decisiones de mi vida hayan sido certeras o no, nunca me juzgaste; te agradezco el compartir conmigo las situaciones difíciles por las que he atravesado, sé que te han dolido como a mí pero han sido situaciones por las que he tenido que pasar y me han hecho más fuerte, siempre estás dispuesta a escucharme, ayudarme y orientarme. Gracias por todo lo que me has brindado de corazón.

Te amo madrina.

A mis tíos y tías, así como a mis primas (os) maternos y paternos, quienes me han apoyado, comprendido, escuchado; les agradezco el formar parte de mi vida y ser mi familia. Gracias por compartir momentos bellos. De ustedes he aprendido muchas cosas buenas y de las malas también ya que no somos perfectos pero eso nos ayuda a crecer y a valorarnos más.

Los amo a todos.

A ti Sebastián José Chirulnicoff Moldovan te agradezco el que seas mi ángel de la guarda ya que gracias a tu apoyo, tu comprensión, tu escucha, tus consejos, por aguantarme toda la lata que te doy y el aceptarme con mis defectos y virtudes, y sobre todo gracias por creer en mí. Por estar presente en mi vida y por darme ese impulso para que por fin termine este trabajo el cual por cuestiones emocionales no me había atrevido a realizar y que me impedían el cierre de esta etapa escolar, la cual me había quedado con la idea de nunca terminar. Te agradezco el empujón que me brindaste y el que sigas presente en mi vida desde hace casi 3 años.

Gracias por tu apoyo incondicional.

A ti Alfonso Huesca Robinson te agradezco el que formaras parte de mi vida por casi 10 años y que gracias a las cosas buenas y malas que pasamos juntos, pudimos crecer como personas, así como valorar todo lo que nos rodeaba; te agradezco también todo el conocimiento que me impartiste durante ese tiempo, también el Amor que me diste, la paciencia y la comprensión; gracias por haber compartido tu vida esos años aunque ya no estemos juntos, sé que siempre contaré contigo como tú contarás conmigo.

Gracias por seguir presente.

A mis profesores la Mtra. Martha Laura Jiménez Monroy y al Mtro. Emiliano Lezama Lezama, les agradezco de corazón el esfuerzo, su atención y su apoyo para la elaboración de este trabajo, así como su interés y sus enseñanzas durante la carrera, les agradezco el conocimiento que nos compartieron durante la misma, así como su apreciable punto de vista.

Muchas gracias.

INDICE

TEMA	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1	
ALZHEIMER	
1.1 Antecedentes / Origen	1
1.2 Conceptualización y síntomas	3
1.3 Epidemiología: Población y frecuencia	8
1.4 Etiología: Causas posibles y factores de riesgo	11
1.5 Fases / Etapas	13
1.6 Cuadro clínico / Diagnóstico	17
1.7 Tratamiento	32
CAPÍTULO 2	
FAMILIA: ORIGEN, DESARROLLO Y TRASCENDENCIA	
2.1 Concepto de familia	42
2.2 Elementos de la dinámica familiar	44
2.3 Funciones	47
2.4 Etapas	48
2.5 Participación social	50
2.6 Clasificación / Composición de la familia	52
2.7 Familia y enfermedad	53

CAPÍTULO 3

TERAPIA GESTALT

3.1 Antecedentes y concepto de Gestalt	60
3.2 Fundamentos de la Terapia Gestalt	63
3.2.1 Filosóficos	63
3.2.2 Psicológicos	66
3.2.3 Metodológicos	70
3.3 Leyes o principios de la Gestalt	72
3.4 Conceptos de la Terapia Gestalt	74
3.4.1 Darse cuenta	74
3.4.2 Aquí y ahora	76
3.4.3 Figura Fondo	76
3.4.4 Homeostasis	77
3.4.5 Cierre	77
3.4.6 Contacto	78
3.4.7 Neurosis	80
3.4.8 Ciclo gestáltico de la experiencia	82
3.4.9 Polaridades	86
3.4.10 Responsabilidad	86
3.4.11 Preceptos básicos	87
3.5 Técnicas de la Terapia Gestalt	88
3.5.1 Técnicas Supresivas	88
3.5.2 Técnicas Expresivas	91
3.5.3 Técnicas Integrativas	94
3.6 Terapia Gestalt y duelo	99

CAPÍTULO 4

TALLER: “EL OTRO LADO DEL ALZHEIMER”

103

CONCLUSIONES	127
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	140

INTRODUCCIÓN

Cuando aparece la enfermedad de Alzheimer en una persona, ésta prácticamente se vuelve foco de atención de su familia: cuidados, medicamentos, consultas, terapias, actividades, todo se dirige hacia el enfermo, todo gira alrededor de él y del desarrollo y complicaciones de su enfermedad, pero, generalmente, no hay una mirada hacia lo que está pasando el padre, la madre, el cónyuge, el hermano, y todo aquel que vive o interactúa con el paciente afectado.

Esta enfermedad, nombrada así por haber sido descubierta por el Dr. Alois Alzheimer, está considerada como progresiva, degenerativa e irreversible y afecta normalmente a personas de edad avanzada, provocando un deterioro en la memoria, el pensamiento y el comportamiento de ellas. Es un padecimiento neurodegenerativo que puede tener causas múltiples de tipo neurológico, puede proceder de enfermedades circulatorias, psicológicas e incluso puede ser heredado.

Desde luego que existen daños y complicaciones causados a los familiares, que deben ser minimizados para sobrellevar el problema, atender la enfermedad y determinar la mejor manera de ayudar al enfermo, por lo que es importante dar atención a la familia y al entorno del paciente, que viven continuamente la incertidumbre y las preocupaciones así como los conflictos que se presentan a lo largo del desarrollo del padecimiento hasta el arribo del desenlace final. Cuando aparece la enfermedad de Alzheimer, tanto la esposa (o), los hermanos, los hijos e incluso los nietos del enfermo, tienen que modificar poco a poco o repentinamente su ritmo de vida, sus hábitos y/o la atención a su trabajo y/o estudio para asistirlo lo mejor posible, sobre todo en las últimas etapas, que pueden durar de meses a años, en las que el enfermo se encuentra desconectado, ausente, prácticamente incapacitado, triste y fuertemente degradado.

Este tipo de experiencias motiva a buscar un medio de apoyo y orientación, que además de aconsejar a la familia para un mejor trato del enfermo y un sostenimiento de una buena calidad de vida, proporcione ayuda al entorno familiar para vivir aceptando la enfermedad, manejar las dificultades y obstáculos, así como las situaciones adicionales alrededor de él, hasta que finalmente aprendan a trabajar su pérdida parcial, temporal o definitiva y con ello logren vivenciar su duelo con todas sus etapas y variaciones.

Es por ello, que se tomó la decisión en este estudio, de trabajar un taller llamado “El otro lado del Alzheimer” con la finalidad de enfocarse en la familia, en el que se pretende asistirle en la asimilación del problema, en la consecución de sus emociones, en la tolerancia y en la convivencia entre ellos y con su paciente, tomando en cuenta sus sentimientos e intereses, y conducir a los integrantes hacia un ambiente de armonía y seguridad, respetando su individualidad, aunque lleven la pesada carga del sufrimiento diario por el deterioro de su familiar.

Se considera como base de la terapia propuesta en el taller la Gestalt, cuyos fundamentos y principios establecen la importancia del paciente, la relevancia de la expresión de sus emociones, el aquí y ahora, el papel del terapeuta como moderador y conductor más que como instructor de indicaciones y soluciones o aplicador de pruebas psicométricas o psicoanalíticas.

Así, se establece como principal fuente generadora de información, experiencia y apoyo para este taller a Fritz Perls, sus trabajos y sus publicaciones. Éste aseguró que el origen de los trastornos psicológicos se puede encontrar en la incapacidad de las personas para integrar las partes de su personalidad en un todo y se interesaba en el proceso del darse cuenta, haciendo que cada persona dirigiera su terapia hacia su auto apoyo.

Otros motivos de la elección de la Gestalt fueron: que le da importancia esencial a las experiencias y expresiones del paciente, establece una relación cercana y hasta profunda del terapeuta con él, ubica al paciente en su situación actual, abre su yo hacia su realidad, es una terapia Humanista que ve más al

paciente que a los medios, busca respuestas espontáneas del paciente y de su interior tanto superficiales como profundas, y hace que el paciente extraiga sentimientos y emociones que pueden estar reprimidos o escondidos en el subconsciente o en el inconsciente sin necesidad de utilizar técnicas de psicoanálisis o hipnosis.

Debido a que la familia requiere atención hacia la vivencia y experiencia de su duelo, además del manejo de sentimientos y emociones, el taller pretende asistirle en dicho proceso de duelo, por lo que se decidió buscar apoyo en las experiencias y publicaciones de Kübler-Ross, principal exponente de la Tanatología, quien dejó una excelente definición del duelo y sus diferentes etapas.

El propósito del taller propuesto no es dar una fórmula exacta para atender y ayudar a los familiares de un enfermo de Alzheimer, ya que desafortunadamente no se puede etiquetar todos los casos como un modelo de enfermo o de familia, pero sí presentar un esquema específico, concreto y completo que puede servir como base para el objetivo propuesto y tener versatilidad para atender cualquier variante que emerja durante el desarrollo de la terapia.

El capítulo 1 del presente trabajo se enfoca en la definición, descripción, circunstancias, etiología, y todo lo referente a la enfermedad de Alzheimer como tal.

La familia, su definición, roles, afectaciones, clasificaciones, composición y elementos se describen minuciosamente en el capítulo 2.

En el capítulo 3 se aborda la terapia Gestalt, sus antecedentes y su desarrollo, describiendo fundamentos, leyes o principios, los conceptos principales que aplica, sus técnicas y la relación con el duelo.

El capítulo 4 describe el desempeño del taller propuesto “El otro lado del Alzheimer” y el desarrollo y contenido de las sesiones sugeridas.

CAPÍTULO 1

ALZHEIMER

El Alzheimer, considerado como síndrome, como enfermedad o como mal, es un padecimiento que generalmente afecta a personas de edad avanzada, y su tratamiento y la investigación de su posible cura han sido foco de atención en los últimos años, debido a que la población cuya edad rebasa los setenta años, cada día es más numerosa y porcentualmente creciente. Este capítulo se pretende definir y dar información acerca de este silencioso agente, asimilar la importancia de identificarlo lo más temprano posible en el entorno familiar y social, presentar un panorama general pero preciso del diagnóstico y los posibles tratamientos para enfrentarlo.

1.1 Antecedentes / Origen

Alzheimer

Antes de definirse propiamente la enfermedad, existen evidencias desde la Roma antigua, cuando en época de Cicerón (siglo I A.C.) se pensaba que la pérdida de memoria de un anciano era una enfermedad propia de la edad avanzada, y aunque esta referencia indica el conocimiento del tipo de alteración, el término *demencia* se utilizaba para definir cualquier estado de deterioro cognitivo y conducta anormal incomprensible en las personas no importando su edad. (López-Pousas, 1996)

Más recientemente, en el siglo XIX el médico francés J. E. D. Esquirol hablaba de varios tipos de demencia para definir los estados de pérdida de razonamiento, clasificando la demencia como aguda, crónica y senil, ésta última la consideraba como ejemplo de debilidad mental originada por las arterias cerebrales enfermas, permaneciendo el concepto por varios años. Paulatinamente se consideraron las demencias como anomalías en el cerebro de acuerdo a estudios realizados por los psiquiatras alemanes E. Kraepelin y W. Griesinger,

definiendo este último que todas las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales; hacia 1898 el psiquiatra suizo L. Binswanger agrega el término *demencia presenil* al trastorno mental producido a edades avanzadas. (López-Pousas, 1996)

La enfermedad debe su nombre a Alois Alzheimer (1864-1915), neuropatólogo y psiquiatra alemán quien fue el primero en identificar los síntomas de la enfermedad en la primera década del siglo XX, definiendo las características clínicas y patológicas, de acuerdo a lo que encontró en una mujer de mediana edad cuyas facultades mentales se fueron deteriorando poco a poco, mostrando síntomas de celotipia progresiva, rápida y continua pérdida de memoria, alucinaciones, desorientación temporo-espacial, paranoia, trastornos de la conducta y el lenguaje, así como desconocimiento de personas y objetos, muriendo a los 55 años después de una fuerte demencia, por septicemia provocada por escaras y neumonía. (Mohamad L. Himara, 2011)

En el estudio histológico realizado por el doctor Alzheimer en 1906, el cerebro de la paciente fallecida presentó placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos. Publicó su trabajo al año siguiente titulándolo “Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”. (Martin-Carrasco, 2004)

El cerebro de la paciente Augusta D (así reportada por el Dr. Alzheimer) fue estudiado nuevamente y no se encontraron lesiones microscópicas vasculares, solamente se presentaron placas amiloideas y ovillos neurofibrilares. (Graeber *et al.*, 1998)

Después de muchos años de estudio y evaluación de pacientes diversos se ha podido determinar que la enfermedad de Alzheimer (EA) es caracterizada por una pérdida gradual en diversas áreas cognitivas que provoca la muerte de neuronas sobre todo en la corteza cerebral, haciendo que haya cambios en la personalidad y en el estado emocional de quien la padece. La deficiencia en la memoria se suma a desorientación, desconocimiento, confusión y reconocimiento de objetos y personas,

así como eventos alrededor de la vida del enfermo quien puede presentar datos exactos de acontecimientos pasados y no identificar los actuales; el paciente va perdiendo paulatinamente lucidez y asociación de ideas, movimiento temporo-espacial, hasta desconectarse prácticamente de su realidad, por lo que generalmente presenta complicaciones y síntomas que él mismo ya no puede comunicar, hasta llegar a la muerte.

A través de diversos conceptos se aceptó la enfermedad de Alzheimer presenil como una prematura senilidad, haciéndose diferencias entre ella y la demencia senil, término que actualmente no es tan comúnmente utilizado por las similitudes entre ambos males. En la primera parte del siglo pasado se consideró la enfermedad como una entidad rara y difícil de encontrar frecuentemente. (Alberca, R., 2002)

A mediados del siglo pasado aumentó el interés por el estudio de la vejez, concentrándose particularmente en las áreas del funcionamiento y deterioro cognitivo, fortaleciendo así la investigación de los procesos psicológicos y psíquicos de las personas con algún tipo de demencia.

Actualmente el Alzheimer se ha comparado con otras enfermedades como la arterioesclerosis cerebral debido a la similitud de los síntomas, aunque las causas de la segunda están plenamente identificadas.

1.2 Conceptualización y síntomas

El Alzheimer es una enfermedad progresiva, degenerativa y lamentablemente irreversible, es una pérdida de la función cerebral a nivel de la corteza cerebral, y origina un deterioro en la memoria, el pensamiento y el comportamiento del paciente que la sufre; va interfiriendo con la capacidad del paciente para realizar diversas actividades diarias; puede considerarse una forma de demencia que gradualmente empeora con el tiempo. Es un padecimiento neurodegenerativo y puede ser hereditario.

Puede ser definida también como una enfermedad de tipo neurodegenerativo (concepto del Dr. E. Kraepelin) siendo un mal demencial progresivo; patológicamente presenta ovillos neurofibrilares y placas seniles, afectando corteza cerebral e hipocampo. Avanza atacando neuronas de la corteza y en algunas ocasiones llega a estructuras circundantes; daña las capacidades para el control de emociones, reconocimiento de errores, la memoria, algunos movimientos y llega a afectar valores y patrones; hacia el final el paciente pierde la memoria, capacidades motrices, hábitos, el habla y el reconocimiento hasta de sus familiares (Carrasco, 2004)

- Es ADQUIRIDA.- Hay disminución de las capacidades intelectuales respecto al estado previo.
- Es GLOBAL.- Presenta déficits cognitivos múltiples, indicadores de afectación difusa en el cerebro. Hay cambios psicológicos y de comportamiento.
- INCAPACITA.- Origina alteración de las capacidades sociales y laborales.
- Es un SÍNDROME.- Conjunto de síntomas que se prolongan en el tiempo.

Las personas afectadas por el Alzheimer muestran dificultad para realizar tareas cotidianas e incapacidad para tomar decisiones propias, para cuidarse a si mismas, así como poca conciencia de su enfermedad, demandando atención excesiva de quienes los cuidan. (Petersen, 2002)

En un informe de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la enfermedad de Alzheimer se define como un síndrome cerebral degenerativo, caracterizado por un deterioro progresivo de la memoria, del pensamiento, la comprensión, la capacidad de cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y el juicio,

acompañados de problemas de comportamiento y pérdida de autonomía personal. (González Mas, 2000)

El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) indica:

“Se han descrito diversos patrones del déficit, uno de ellos el más habitual es el inicio insidioso con rápidos déficit de memoria reciente y el desarrollo de afasia (alteración del lenguaje), apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras aunque la función motora está intacta) y agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) después de algunos años. Algunos individuos presentan cambios de personalidad o aumento de la irritabilidad en estadios iniciales. En fases avanzadas de la enfermedad pueden presentarse alteraciones de la marcha, alteraciones motoras y en ocasiones mutismo y postración en cama. La duración media de la enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta la muerte es de 8 a 10 años”.

Donoso y Behrens (2005) indican que la supervivencia promedio está entre los 7 y 9 años, mientras que Devi y Deus (2004) lo establecen entre los 2 y 20 años. De cualquier manera la supervivencia del paciente dependerá de varios factores: detección temprana de la enfermedad, fase en que se encuentre al emitir el diagnóstico, edad de inicio, calidad y cantidad de los cuidados recibidos, recursos disponibles, presentación de infecciones u otras enfermedades; deterioro severo de las funciones cognitivas, perturbaciones conductuales, trastornos de la personalidad y afectaciones del estado anímico; síntomas todos ellos que generalmente se presentan de manera conjunta.

Otros síntomas que pueden presentarse son: rasgos psicóticos, imaginan ver personas que no existen, escuchan ruidos que los demás no oyen, piensan y creen firmemente que alguien va a visitarlos, preguntan por personas fallecidas, desconocen a personas cercanas a ellos, todo lo cual provoca inquietud y cierta ansiedad en ellos. Adicionalmente, reprimen emociones aunadas a una apatía

creciente. Sus aficiones, diversiones, actividades sociales y otras van perdiendo valor.

Se muestran aburridos, apáticos, somnolientos, ausentes, obsesivos, deambulantes. Buscan objetos y personas desesperándose al no encontrarlos. Olvidan comer o que ya comieron, su aseo y cuidado personal pasan a un segundo término o lo olvidan por completo. En etapas más avanzadas su dependencia con respecto a quien(es) lo(s) cuidan aumenta en ocasiones vertiginosamente, pierden control de esfínteres.

El impacto es diferente en cada persona dependiendo de su estilo de vida, condición física y su personalidad antes de la enfermedad. Se pierde paulatinamente la capacidad intelectual y de memoria, el razonamiento, aprendizaje y mecanismo de comunicación.

Las alteraciones del Alzheimer se han clasificado en cognitivas y no cognitivas por diferentes autores (Alberca y López-Pousa, 2006) (Bagnati, 2003) (Besga, 2008):

- Cognitivas

Las relacionadas con agnosias, afasias y apraxias; alteraciones visual-espaciales, desorientación temporal, afecciones neurológicas (encogimiento de corteza cerebral, espaciamiento creciente entre ventrículos, acumulación amiloide entre neuronas, pérdida de comunicación y muerte de las mismas.

- No cognitivas (también llamadas neuropsicológicas)

Afectaciones de la esfera del pensamiento, de la percepción, de afectividad, comportamiento, alteración del sueño o vigilia.

Otra clasificación según Besga (2008) divide los síntomas en positivos y negativos:

- Positivos.- Síntomas psicológicos y del comportamiento, como irritabilidad, agresividad y conducta motora incontrolada.

- Negativos.- Aparecen al principio de la enfermedad y causan estrés moderado o severo al cuidador; aquí podemos incluir apatía y depresión.

Al igual que el DSM-IV la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) establece dos subtipos de demencia tipo Alzheimer: de inicio temprano y de inicio tardío. Sin embargo, a diferencia del DSM-IV los Criterios Diagnósticos de la CIE-10 para estos subtipos especifican a la vez aspectos del curso clínico y tipos de déficit característicos: los casos de inicio temprano deben tener un “inicio y evolución relativamente rápidos” y un tipo característico de afectación cognoscitiva (v. gr., afasia), mientras que los casos de inicio tardío deben caracterizarse por un inicio muy lento y gradual donde predomine el deterioro de la memoria sobre otros déficit intelectuales. En la CIE-10 este trastorno viene recogido con el nombre de demencia de la enfermedad de Alzheimer. (DSM-IV, 2000)

Se puede resumir de forma práctica y sencilla el conjunto de síntomas, de acuerdo a la siguiente tabla difundida por Alzheimer’s Association (E.U.A.), denominada los 10 signos de alarma de la Enfermedad de Alzheimer:

- 1.- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral
- 2.- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares
- 3.- Problemas con el lenguaje
- 4.- Desorientación en tiempo y lugar
- 5.- Juicio pobre o disminuido
- 6.- Problemas con el pensamiento abstracto
- 7.- Objetos colocados en lugares erróneos
- 8.- Cambios de humor o en el comportamiento
- 9.- cambios en la personalidad
- 10.- Pérdida de iniciativa

1.3 Epidemiología: Población y frecuencia

La mayoría de los estudios consideran que la aparición de la enfermedad de Alzheimer sucede más frecuentemente entre los 60 y 85 años, aunque existen muchos casos de personas menores a 60 años que la padecen, como en el caso de Augusta D. paciente del Dr. Alois Alzheimer.

El grupo de Hoffman realizó estudios en Europa y comprobó que la enfermedad presenta una incidencia de 10.7 por 1000 personas por año; 13.1 por 1000 en mujeres y 6.9 por 1000 en hombres. La presentación de la enfermedad se incrementa con la edad, yendo de 0.6% en hombres y 0.8% en mujeres de 65 años a un 11% en hombres y 14% de mujeres de 85 años; a los 90 años aumenta a un 21% en hombres y 25% en mujeres; y a los 95 años a un 36% en hombres y un 45% en mujeres. (DSM-IV-TR, 2005) En una publicación argentina se señala que el riesgo del Alzheimer disminuye a partir de los 90 años de edad contradiciendo en algo lo establecido por otras instancias.

La incidencia de este padecimiento ha crecido principalmente debido al aumento en la esperanza de vida: según datos de la OMS en el 2000 el número de casos era de 25.5 millones y prevén que en el 2050 lleguen a los 114 millones.

En el Distrito Federal (se referirá a esta entidad en algunos datos subsecuentes, por ser la de mayor población total y la que presenta mayor incidencia de casos de Alzheimer en la República Mexicana), la esperanza de vida al nacimiento, durante el periodo 1990-2010, ha cambiado de 73.0 a 75.5 años promedio, es decir, aproximadamente una ganancia de 2.4 años de vida promedio adicionales. Respecto a la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, también se observó una disminución al pasar de 6.3 en 1990 a 5.0 en 2010. Los hombres y mujeres de la entidad cuentan en 2010 con una esperanza de vida de 73.1 y 78.0 años al nacimiento, respectivamente.

Asimismo, se prevé que la esperanza de vida de la población total sea de 76.7 años en 2020 y de 77.8 en 2030; las mujeres alcanzarán 79.0 años en 2020 y 80.0 en 2030, mientras que los hombres 74.4 años en 2020 y 75.6 años en 2030. Durante el periodo de a proyección se espera que la brecha entre hombres y mujeres disminuya de 5.0 a 4.4 años.

La disminución progresiva de los bajos niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad, así como la prolongación de la vida entre las personas de mayor edad, resulta en el envejecimiento de la población.

El avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las relaciones más jóvenes y más viejas se espera que sea progresivo. En el año 2010 habían 34 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 39 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán aproximadamente 78 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica al D.F. en el lugar 1 en el proceso de envejecimiento poblacional del país. (CONAPO, 2010)

A continuación se presenta un cuadro con la esperanza de vida al nacimiento según sexo (República Mexicana):

Año	Total	Hombres	Mujeres
1990	70.42	67.02	73.99
2000	73.24	70.48	76.14
2010	73.97	71.05	77.03
2013	74.51	71.74	77.41
2020	75.73	73.29	78.28
2030	76.97	74.64	79.41

(INEGI, 2014, fuente CONAPO)

A continuación se presenta un cuadro causas de defunción (D.F.):

Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012

Principales causas	Defunciones
Total	602354
Enfermedades del corazón	109309
Enfermedades isquémicas del corazón	74057
Diabetes mellitus	85055
Tumores malignos	73240
Accidentes	37727
De tráfico de vehículos de motor	17098
Enfermedades del hígado	33310
Enfermedad alcohólica del hígado	12540
Enfermedades cerebrovasculares	31905
Agresiones	25967
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18532
Influenza y neumonía	15734
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14391
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	6372
Insuficiencia renal	11955
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9414
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7730
Lesiones auto infligidas intencionalmente	5549
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5172

Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4974
Septicemia	4516
Anemias	3647
Enfermedades infecciosas intestinales	3347
Úlceras gástrica y duodenal	2496
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10656
Las demás causas	87728

En México no se cuenta con cifras confiables de la frecuencia de la enfermedad, pero en la tabla anterior se señalan tres causas globales de defunción en el 2012 en el Distrito Federal que pudieran referirse a casos de Alzheimer. De acuerdo a Rivera (2006) a nivel República variaban de 220 mil a 350 mil casos, y de acuerdo a éstas se puede decir que la cifra actual fluctúa entre 300 y 400 mil casos. (OMS, 2014)

1.4 Etiología: Causas posibles y factores de riesgo

Aunque no se tiene información exacta sobre las causas reales del Alzheimer existen diversas hipótesis y teorías con fundamentos válidos para explicarlas:

- Las neuronas reciben impulsos nerviosos y los llevan a otras células (función conocida como sinapsis). En el avance del Alzheimer disminuye el número de sinapsis (en exploraciones del cerebro postmortem los neurotransmisores y las proteínas presentan cantidades anormales y hay daño en la corteza). (Annelies, Furtmayr-Schuh, 1995)
- Degeneración neurofibrilar, hilillos de neuropilo, presencia de placas seniles, angiopatía amiloide, pérdida de neuronas, pérdida de ramificaciones dendríticas, reducción de proteínas sinápticas, (Alberca y López-Pousa, 2006), alteraciones protéicas, depósito de proteínas tau altamente fosforilado. Todo lo cual produce daño en corteza cerebral

principalmente en áreas corticales (se atrofia, se encoge, espacios agrandados). (Carvajal, García Rosa, 1997)

Los diversos factores de riesgo que pueden propiciar la aparición del Alzheimer son:

- Hereditarios.- Puede aumentar la frecuencia teniendo parentesco en primer grado con el enfermo.
- Genéticos.- Cromosoma 21 gen, proteína precursora de amiloide; cromosoma 14, gen de la presenilina 1; cromosoma 1, gen de la presenilina 2 (Alberca Serrano, 2002), alelos Apo-E situados en el cromosoma 19 y una probable mutación o polomorfismo de un gen del cromosoma 12. Las tres primeras se asocian con inicio precoz del Alzheimer (30 a 70 años) y las últimas al inicio tardío. (Kandel *et. al.*, 2001)
- Complicaciones de origen vascular (hipertensión arterial, dietas grasosas, tabaquismo, hipercolesterolemia, fibrilación auricular-arritmia-, etc.).
- Síndrome de Down (después de los 30 años se puede desarrollar la enfermedad por la copia extra del cromosoma 21).
- Antecedentes de Parkinson.
- Edad de la madre superior a los 40 años en el nacimiento.
- Edad avanzada (es más frecuente a partir de los 65 años).
- Algunas enfermedades hematológicas.
- Traumatismos craneales (se presentan ovillos neurofibrilares).
- Hipotiroidismo significativo.
- Depresiones.
- Hipertensión arterial.
- Infarto en el miocardio.
- Diabetes (la insulina produce alteración en varias regiones cerebrales).
- Dislipidemia (elevación del colesterol).
- Virus (teoría por la similitud de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob donde la demencia tiene una evolución muy rápida y fatal; el agente precursor de esta enfermedad es una proteína denominada "prion")

- Enfermedades previas.
- Consumo de sustancias tóxicas. (Alberca; López Pousa, 2006)
- Sociales o ambientales.
- Sexo (la mujer presenta mayor probabilidad). (Arango, 2003)
- Estrés.
- Deficiencias o excesos en la nutrición.
- Alcoholismo.
- Exceso de calcio en las neuronas.
- Pobre actividad intelectual, baja instrucción. (Lorenzo y Fontán, 2003)
- Intoxicación crónica leve por metales como el cobre o el aluminio. (Devi y Deus, 2004; Nieto, 2002)

1.5 Fases / Etapas

Al ser la pérdida de la memoria un factor prácticamente clave para detectar a las personas afectadas por el Alzheimer y sabiendo que pueden olvidar nombres, situaciones, objetos y experiencias a medida que avanza la enfermedad, es claramente cierto que aún las personas “normales” pueden experimentar situaciones de olvido frecuente o esporádicamente, lo cual podría confundir cualquier diagnóstico o juicio. En el enfermo de Alzheimer, al haber deterioro cerebral y corporal (éste debido a la edad) la señal de alarma es el incremento de la frecuencia y la gravedad de los olvidos, que ya serían de por sí síntomas de cierta demencia. Según la ley de Ribbot el proceso de aprendizaje da un giro de 180°: “el paciente olvida las cosas en el orden inverso al que fue adquirido su conocimiento; lo primero que se olvida es lo último que se aprendió” (Peña, Alberto J, 2002).

De aquí que al tratarse de un proceso degenerativo se pueden establecer etapas o fases de acuerdo a los avances de la enfermedad y signos característicos de cada una de ellas. Se mencionarán en seguida propuestas de algunos autores:

- a) Arango, Fernández y Ardila (2003) manejan una clasificación utilizada por el Instituto de Neurología y Neurocirugía, dividiendo la enfermedad en 4 fases:

a.1 Preclínica.- Deterioro cognitivo apenas perceptible, que no permite aún hacer algún diagnóstico. Se presentan problemas de atención, fallas de memoria, dificultad para construir oraciones, falla de razonamiento abstracto, dificultad de concentración, pérdida de comprensión en palabras poco utilizadas.

a.2 Demencia leve.- Déficit notorio en la capacidad de aprendizaje y memoria (sobre todo en hechos recientes), mayor dificultad en pensamiento abstracto, en habilidad de comprensión y manejo de ideas complejas, desorientación temporal (hora, fecha), alteración visuoespacial (reconocimiento y manejo en lugares habituales), olvido de palabras y dificultad de cálculo (se pueden hacer evidentes en sus ambientes normales), se presentan sentimientos de ansiedad, depresión, agitación, asombro, apatía o hiperactividad.

a.3 Demencia moderada.- Se acentúan los cambios emocionales y cognitivos, se deteriora rápida y progresivamente el procesamiento de información (desorientación temporoespacial, déficit grave en la codificación y almacenamiento de la información, dificultad en la memoria a corto y largo plazo, afasia, apraxia y agnosia, lo que se acompaña de anosognosia - incapacidad para reconocer la enfermedad -, junto a la incapacidad de realizar las actividades cotidianas); presenta síntomas psicóticos, apatía o agresividad.

a.4 Demencia grave.- El comportamiento y el intelecto sufren daños severos tanto que se llega a la incapacidad de valerse por sí mismo (se requieren supervisión y cuidados constantes y extremos) posteriormente el paciente se limita a permanecer en cama, asumiendo posiciones rígidas o de flexión, se pierde el control de esfínteres así como síntomas neurológicos y reflejos patológicos (búsqueda, prensión y succión).

b) El Dr. Barry Reisberg divide a la enfermedad en siete fases y su clasificación la utilizan varios autores y algunas instituciones en México (Centro de día Alzheimer México I.A.P.):

b.1 Normalidad.- Se encuentra presente la enfermedad pero no hay manifestación ni trastornos.

b.2 Olvido.- El enfermo detecta ciertos signos pero no los percibe porque son repetitivos (olvida objetos, nombres, citas y situaciones).

b.3 Confusional temprana.- Se dificultan actividades complejas referentes a su trabajo, olvida citas, se desorienta, llega a perderse, y habla omitiendo palabras o ideas.

b.4 Confusional tardía.- Se manifiestan déficits, olvido de hechos recientes o cotidianos, problemas en de memoria de su vida personal, falta de concentración evidente en operaciones aritméticas básicas, baja capacidad para realizar tareas complejas.

b.5 Demencia temprana.- Necesita ayuda constante, pierde independencia y autonomía, vive bajo supervisión externa, pierde capacidad para recordar situaciones importantes de su vida diaria.

b.6 Demencia intermedia.- Estadio moderadamente severo, requiere ayuda siempre. Esta fase se divide en cinco: problemas para vestirse, no puede bañarse, pierde mecánica de aseo básico, incontinencia urinaria, se le dificulta responder a urgencias intestinales.

b.7 Demencia tardía.- Estadio severo, pérdida del lenguaje, conciencia y locomoción. Se divide en seis: no completa frases y solo puede enumerar unas cuantas palabras, pierde casi totalmente su vocabulario, pierde capacidad de locomoción, no puede mantenerse sentado, pierde la capacidad de sonreír y no reconoce objetos ni personas allegadas (solo muestra movimientos oculares ante ciertos estímulos), ya no mantiene la cabeza erguida y debe ser alimentado debido a que no reconoce la comida.

c) Se encontró otra mención de las etapas de la enfermedad (Florez, 1996):

c.1 Etapa temprana.- En ocasiones se cataloga incorrectamente como parte del proceso de envejecimiento y es difícil precisar el momento exacto del inicio. La persona: tiene dificultades con el lenguaje, pierde la memoria significativa, se pierde en lugares conocidos, se desorienta en el tiempo, se le dificulta tomar decisiones, manifiesta señales de depresión y agresión, carece de iniciativa y motivación, repite la misma pregunta, muestra indiferencia a su apariencia personal o a la cortesía normal hacia los demás, pierde el interés por actividades y entretenimientos, coloca objetos en lugares incorrectos. En esta etapa la persona puede seguir trabajando y trata de seguir su vida cotidiana; se puede confundir y adjudicar estos problemas al estrés, falta de descanso o parte natural del envejecimiento y como resultado se presentan sentimientos de enojo, impotencia o frustración en el paciente y/o sus allegados.

c.2 Etapa intermedia.- Los signos son más evidentes, los familiares y amigos perciben que algo anda mal pues también presenta falta de juicio y claridad en el pensamiento. La persona: se torna muy olvidadiza sobre todo en hechos recientes y nombres de otros, pierde la capacidad de vivir sola sin problemas, tiene impedimento en actividades simples (cocinar, limpiar o ir de compras), comienza a tornarse demasiado dependiente, necesita ayuda para sus cuidados personal (ir al baño, lavarse, vestirse), presenta dificultad con el habla, comienza a deambular, muestra comportamientos anormales, se pierde en casa y fuera de ella, podría delirar o alucinar, se le dificultan tareas que involucren cálculos y planes, pierde la capacidad de comunicarse, tiene problemas con movimientos finos (atar agujetas o usar adecuadamente los utensilios, exhibe conductas de agresividad y asilamiento, duerme por periodos prolongados o demasiado cortos. Esta etapa es la que define plenamente el diagnóstico y es cuando la familia y el médico definen decisiones y destinos.

c.3.- Etapa tardía.- Las señales y síntomas empeoran hasta perder la capacidad de pensar o razonar, requiere prácticamente ayuda total, su personalidad ha cambiado completamente, sus problemas de memoria y deterioro físico son graves, la persona: desconoce objetos y entorno, no entiende correctamente ni interpreta situaciones, tiene dificultades al caminar, se pierde en su propia casa, no tiene control de esfínteres, se comporta inapropiadamente en público, tiene poca o ninguna memoria, expresa poca o ninguna emoción, se aferra a objetos o personas y no los suelta, se le dificulta reconocerse a sí misma al mirarse en el espejo, se siente cada vez más débil, es muy susceptible a infecciones, está en silla de ruedas o postrada en cama.

Estas clasificaciones no determinan totalmente el curso de la enfermedad en cada paciente ya que puede haber variaciones en tiempo y forma, y confundir fases o etapas dependiendo de situaciones particulares. Debido a ello no se puede determinar al cien por ciento ni a duración ni el orden de varios síntomas pero desgraciadamente siempre será degenerativa y degradante al paciente.

1.6 Cuadro clínico / Diagnóstico

Se debe de establecer una mecánica para detectar la enfermedad y posteriormente elaborar una estrategia para enfrentarla. Estos dos mecanismos son el cuadro clínico y el subsecuente diagnóstico. En ambos se deben contemplar todos los parámetros cognoscitivos, psiquiátricos, médicos, neurológicos, familiares y sociales del paciente.

Como primer paso para la conformación de la historia clínica es necesario obtener todos los antecedentes familiares y genéticos, puntualizando aquellos en los que se tengan signos leves o notorios de algún cuadro demencial, psicopatológico, o puntualmente Alzheimer.

En seguida es necesario investigar el interior y el entorno familiares, así como, el ámbito social en el que se encuentra refiriendo nivel socioeconómico, cultural,

composición, interrelaciones y acercamientos. Obviamente se debe establecer un conjunto de parámetros como personalidad, capacidad de adaptación, psique del individuo, su particular nivel escolar, experiencia laboral, antecedentes médicos (enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.), y antecedentes neurológicos (accidente vascular cerebral, traumatismos craneales, etc.). Es lógico que la edad del paciente y su estado de salud van a dar información básica (se recuerda que el Alzheimer aparece en función a estudios estadísticos, en promedio a los 65 – 70 años).

El siguiente paso es investigar la forma como se inició la posible demencia:

- Un inicio lento y con avance continuo que dure más de seis meses. Se tienen fallas en la memoria, bajo rendimiento laboral, poco interés, desorientación, deficiente arreglo personal, apraxias y apatía.
- Un inicio agudo tiene la posibilidad de presentarse psiquiátrica o neurológicamente; en el primer caso aparecen alteraciones en trastornos afectivos (irritabilidad, ansiedad, depresión), alucinaciones o delirios, episodios de confusión, temor, obsesividad; en el caso del inicio neurológico se pueden presentar síntomas de deficiencia motora o sensorial, que pueden dar aviso de demencia secundaria o causa patológica (tumores cerebrales u otros), o bien, algún accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico, evidenciando un cuadro demencial latente.

Posteriormente se definirán elementos cognitivos y no cognitivos, datos de evaluación funcional, sistemas de soporte de los pacientes (familiares, sociales, entornos) y los posibles síndromes demenciales (cortical y subcortical).

Los elementos cognitivos a considerar son: memoria (considerada como la capacidad del sistema nervioso central para procesar, codificar, almacenar y manejar

información en un cierto tiempo), amnesia (discapacidad del sistema nervioso central para procesar la información en las diferentes etapas como son la memoria sensorial o ultra-corta, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo), funciones ejecutivas (capacidades que posibilitan la relación del individuo con su medio ambiente, ayudan en la resolución de problemas o desafíos cotidianos), atención (mecanismo endógeno de alerta imprescindible para el proceso de la información), praxia (organización y planificación de movimientos o acciones de complejidad variable), gnosia (capacidad de reconocimiento e identificación del material que ingresa a través de la senso-percepción), lenguaje (capacidad de comunicación de ideas, sentimientos o emociones mediante la palabra o escritura, ademanes o gestos).

Los elementos no cognitivos considerados son: delirio (conjunto de vivencias o “trama de ideas” que se encuentra en contradicción con la realidad), alucinación (percepción de algo inexistente pudiendo ser auditiva, visual, olfativa, gustativa, táctil o cinestésica), eutimia o alteración del estado de ánimo normal (depresión, exaltación del humor), comportamiento (accionar de un individuo en un medio ambiente determinado), personalidad (forma de ser que identifica a cada individuo a lo largo del tiempo). (Acosta Daisy, *et. al.* 2012)

Para continuar la investigación de esta historia se requiere descubrir que cambios ha presentado el paciente, por lo cual se deben actualizar sus datos, su sistema de soporte, su ambiente socio laboral.

El interrogatorio se dirige al cuidador o familiar dando importancia a la validez del informante, quien debe ser una persona capaz de responder a la totalidad de las preguntas veraz y precisamente. Los elementos a considerar se dividen en cuatro grupos:

a) Historia cognitiva

Memoria

Las preguntas se dirigen a los problemas del paciente con su memoria, que se le olvida, olvidos rutinarios, olvidos en procedimientos, olvidos de identidad, desde cuando se iniciaron los olvidos, presentación de algún evento como posible causa, efectos o repercusión de los olvidos en su vida diaria, problemas que causen los olvidos, estados de ánimo que se modifiquen por causa de los olvidos, preocupación por los olvidos, antigüedad de los hechos olvidados.

Gnosias

Aquí se investigan las alteraciones referentes a la percepción e identificación de objetos llamadas agnosias visuo-espaciales, que pueden ser topográficas (el paciente se desorienta en espacios físicos) en cuyo caso se dirigirán preguntas hacia los lugares donde está sujeto a perderse y la frecuencia en que le sucede (estos son síntomas tempranos de la presencia del Alzheimer y generalmente la desorientación se presenta primero fuera de su casa); también se tienen las prosopagnosias (dificultades para reconocer los rostros) y en este caso se investiga que tantas personas y cercanía de ellas reconoce o deja de reconocer, ya que esta alteración se observa mayormente en estadios avanzados; también existen agnosia olfativa, auditiva, táctil, gustativa y otras visuales, que obviamente se refieren al resto de los sentidos. Aquí se incluye el conjunto de errores referentes al valor del dinero

Praxias

Se refiere a movimientos realizados voluntariamente y con un objetivo para realizarlos. Aquí las preguntas van dirigidas hacia la dificultad para vestirse (apraxia) y en qué orden y colocación de las prendas se equivoca.

Lenguaje

Refiriéndose a la producción discursiva, se debe investigar la frecuencia en que el paciente presenta errores ya sea de construcción, sustitución o significado de palabras, así como, la fluidez al hablar. En este parámetro se pueden presentar parafasias (producción equivocada de un vocablo común), anomias (ausencia de un vocablo o emisión del mismo después de un espacio de tiempo), agramatismo (lenguaje simplificado, escueto, uso de infinitivos y no fluido), pragmatismo (artículos y verbos erróneamente usados), pérdida del hilo conductor de una plática y cambio de tema inadecuadamente (dislogia), repetición de oraciones del interlocutor o de las últimas sílabas (ecolalia, palilalia, logoclonías), alteraciones de la comprensión del lenguaje oral (afásicos o no afásicos), alteraciones de la lecto escritura (falta de comprensión de la lectura o capacidad deficiente para escribir). Las preguntas aquí sugeridas deben dirigirse hacia todas y cada una de las posibles deficiencias en el lenguaje, siendo este tema de vital importancia por las posibles implicaciones médico-legales.

Cálculo mental

La exploración en este rubro debe incluir cuestionamientos sobre problemas del paciente al elegir billetes o monedas o al responder a preguntas de operaciones aritméticas simples.

Atención

Debido a que la selección adecuada hacia un objeto o la realización correcta de una tarea pueden fallar en el enfermo (estadios iniciales e intermedios del Alzheimer) se debe explorar sobre quejas del paciente en la concentración de una tarea específica o falta de atención a más de un estímulo a la vez, así como ausencia y mirada que parezca perdida.

Funciones ejecutivas

Aquí se evalúa la capacidad de resolución de retos o desafíos presentados durante la vida diaria y la indagatoria es muy variada, explorando la organización del paciente de un día normal, problemas de ejecución de tareas relativamente sencillas (cocinar, uso de la lavadora, etc.), si el paciente tiene dificultad a otros desafíos que habitualmente le eran sencillos, si no puede planear soluciones para una tarea específica, si le han reprendido en su trabajo por errores y toma de decisiones o si se equivoca para decir el precio de un objeto. Aquí se puede mencionar el síndrome de Diógenes que incluye elementos de planificación, ejecución, juicio, autocrítica, etc., por su relación con las disfunciones ejecutivas. También debemos cuestionar la limpieza, el orden, acumulación de objetos y otras situaciones parecidas.

b) Historia psiquiátrica

Es importante hacer notar que no hay consistencia en la presentación en número y forma de los trastornos del comportamiento y hay que ser cuidadosos en su clasificación y la elección de las posibles causas. La historia psiquiátrica está constituida por elementos que forman parte de trastornos no cognitivos y se refieren a algunos aspectos del pensamiento, humor, afectividad y comportamiento. Se precisa investigar datos de aparición, relación con el entorno, factores estresantes, en qué momento aparecen, duración y posibles causas (administración o suspensión de fármacos, daños generales de la salud, algún tipo de afectación cerebral, alteraciones en el entorno, posible incapacidad del cuidador, etc.), factores estresantes como alteración de rutinas diarias, sobre-estimulación, etc.

Trastornos conductuales

1. Trastornos del humor y la afectividad

Existe dificultad en detección y diagnóstico de ellos, pues el paciente no puede expresarlos o recordarlos adecuadamente. Al presentarse estos

trastornos se incrementa la incapacidad funcional, la frecuencia en trastornos alimentarios, alteraciones cognitivas, etc. Se puede observar distimia (baja autoestima) en las fases iniciales. Algunos de los trastornos presentados son: depresión, ansiedad, agresión, manía, violencia, bajo control de impulsos, labilidad emocional, reacción catastrófica, presencia inapropiada de risa y llanto.

2. Vivencias delirantes

Para identificarlas se pregunta si el paciente comenta que le quieren robar, que lo persiguen o que le quieran hacer daño, que alguien le es infiel, que su casa no es suya, que ha visto a otra persona en su casa, si confunde los papeles familiares o si piensa que un ser cercano es impostor. Los delirios son típicos y atípicos, y se presentan principalmente en un 30% de los casos.

3. Actividad alucinatoria

Se estima su presencia en un 28% de los casos siendo las alucinaciones visuales las más comunes. Se recomienda preguntar al paciente si ha visto algo que los demás no y se investiga si ha realizado movimientos de interacción con su entorno como si platicara con alguien o viera algo que los demás no ven. Se reitera la clasificación como alucinaciones visual, auditiva, gustativa, táctil.

4. Alteraciones de la personalidad

El paciente parece no ser él. Aquí se pregunta qué cambios ha tenido, si exagera su personalidad o si es demasiado inhibido con respecto a su normalidad habitual, etc. Estas alteraciones son apatía (disminución en la motivación, no se atribuye a reducción en el nivel de conciencia, ni a trastorno cognitivo ni en desequilibrio emocional, se puede observar hasta en más del 60% de los pacientes), indiferencia y pasividad, desinhibición (incluye comportamientos de impulsividad, invasividad,

impaciencia, gesticulaciones y verbalizaciones inapropiadas observándose en un 23 al 36% de los pacientes).

5. Desórdenes de la función neuro-vegetativa

Incluye trastornos del sueño (insomnios, despertares nocturnos, inversión del ciclo del sueño), de la conducta alimentaria (disminución o aumento de la ingesta) y del comportamiento sexual (aumento o disminución de su necesidad de intimidad, solicitudes que incomoden a su pareja, conductas que la humillan). Se pueden identificar cuestionando directa y abiertamente si están presentes en el comportamiento del paciente.

6. Síndrome de Klüver-Bucy

Presenta una escasa frecuencia en su forma completa y es más común ver solamente esbozos de él. Se caracteriza por hiperoralidad (tendencia a llevarse objetos a la boca), desinhibición sexual, hipermetamorfopsias (afirma ver diferencias en tamaño, color, apariencia, forma de objetos cuyas características son únicas y exactas), agnosia visual y disminución de la reactividad emocional (toca todo lo que observa mostrando desconocimiento de los objetos y puede ser indiferente a lo que sucede en el medio ambiente). Las preguntas en este caso son directas.

7. Comportamientos diversos

Su ocurrencia es frecuente en fases avanzadas de la enfermedad. Aquí destacan el vagabundeo tranquilo (wandering), el vagabundeo ansioso sin destino evidente (pacing) que puede ocasionar situaciones de riesgo, carfología (movimiento involuntario de las manos), retardo psicomotor, comportamientos repetitivos, masaje y/o chupeteo del pulgar y/o encías, nuevamente las preguntas deben ser directas y precisas.

8. Cuadro confusional o delirium

Puede presentarse en diversas ocasiones durante la evolución de la enfermedad y generalmente aumenta a medida que se agrava, característicamente se presenta el “síndrome crepuscular” que hace que tardes y noches tiendan a ser complicadas. Nuevamente la pregunta es directa y no requiere necesariamente la asignación de un fármaco.

c) Identificación de síntomas neurológicos

Para explorar éstos, se debe preguntar si existe un diagnóstico previo de daño neurológico, si padece Parkinson, si hay elementos neurológicos focales familiares o se han presentado crisis epilépticas.

d) Datos de la historia médica general

Esta parte es relativamente sencilla de conocer pues se aplica un cuestionario completo y concreto.

El diagnóstico de demencia tipo Alzheimer se hace habitualmente por exclusión tras descartarse otras posibles causas de demencia. Además el curso se caracteriza por un inicio gradual y el deterioro cognoscitivo continuo.

Criterios para el diagnóstico establecidos en el DSM-IV TR (2005)

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)

- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej. planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D. Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
- (1) otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 - (2) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej. hipotiroidismo, deficiencia del ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 - (3) enfermedades inducidas por sustancias.
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej. trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Tipo de inicio y características predominantes:

- De inicio temprano (a los 65 años o antes)

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

- De inicio tardío (después de los 65 años)

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

El DSM-IV TR establece dentro del patrón familiar.- Comparados con la población general, los sujetos con familiares de primer grado con Demencia tipo Alzheimer de inicio precoz tienen más probabilidades de presentar el trastorno, y los casos de inicio tardío también tienen un componente genético. En algunas familias con Demencia tipo Alzheimer de inicio precoz se ha demostrado una herencia dominante ligada a algunos cromosomas (como los cromosomas 21, 14 y 19), no conociéndose la proporción de casos relacionados con una herencia específica.

Criterios para el diagnóstico de NINCDS (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke / ADRDA (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). (Acosta Daisy, et. al. 2012)

Criterios de EA posible

- Demencia con variaciones en el inicio en su presentación o en el curso clínico no usuales en EA, pero que no tienen explicación alternativa.
- Presencia de un trastorno secundario sistémico o cerebral que produce demencia pero no se considera causa de la demencia del enfermo.
- Existencia de un déficit gradual y progresivo de las funciones cognitivas.

Criterios de EA probable

- Déficit cognitivo reconocido por examen clínico y reforzado por pruebas y escalas validadas.
- Déficit en dos o más áreas cognitivas (memoria, juicio, cálculo).
- Deficiencia progresiva de memoria y otras funciones cognitivas.
- Ausencia de trastornos de la conciencia (p. ej. delirium).
- Manifestación inicial entre los 40 y 90 años.
- Sin evidencia de otras enfermedades cerebrales o sistémicas.

Este diagnóstico (probable) se pueden confirmar por:

Presencia de afasia, apraxia o agnosia; alteración de patrones de conducta e incapacidad de tareas cotidianas; historia familiar de EA; exámenes complementarios (de líquido cefalorraquídeo normal, alentamiento no específico o normal en electroencefalograma, signos de atrofia cerebral, progresiva en serie de tomografía axial computarizada).

Criterios de EA definitiva

Mismos de EA probable agregando confirmación histopatológica.

Recientemente el DSM-V (2013) establece que deben presentarse algunos aspectos para diagnosticar la EA probable:

A. Evidencia de mutación genética en antecedentes familiares o en pruebas.

B. Aparición de las características:

- a. Manifestaciones evidentes de disminución de memoria y aprendizaje, y algún otro dominio cognitivo (de acuerdo a anamnesis detallada o serie de pruebas neuropsicológicas).
- b. Disminución progresiva manual y constante de la capacidad cognitiva.
- c. Inexistencia de evidencias de etiología mixta (ausencia de alguna enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, neurológica, mental o sistémica, o alguna afección adicional).

Si no se presenta evidencia de causa de mutación genética en pruebas o antecedentes familiares, el diagnóstico se maneja como EA posible, considerando:

- Clara evidencia de degradación de memoria y de aprendizaje.
- Disminución progresiva constante y gradual de capacidad cognitiva.
- Sin evidencia de etiología mixta.

El CIE-10 (1994) maneja el término Demencia en la EA y contempla el diagnóstico requiriéndose los siguientes síntomas:

- A) Presencia de cuadro demencial.- daño de la memoria indicado por la alteración de la capacidad para registro, almacenamiento y recuperación de información nueva, así como, pérdida de contenidos mnésicos familiares o pasados; deterioro de pensamiento y

razonamiento, reducción de ideas fluidas, daño al procesar información almacenada, dificultad para atender más de un estímulo a la vez y para cambiar foco de atención. Los síntomas deben presentarse al menos por seis meses e interferir con actividades cotidianas.

- B) Comienzo insidioso y deterioro lento.
- C) Inexistencia de datos clínicos que sugieren que la causa del trastorno mental se debe a otra enfermedad cerebral sistémica que dé lugar a una demencia (deficiencia de vitamina B12, de niacina, hipotiroidismo, neurosífilis, hipercalcemia, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva).
- D) Ausencia de inicio apoplético repentino o de signos neurológicos focales (hemiparesia, déficit sensoriales, defectos de campo visual o falta de coordinación de movimientos) que no han tenido que estar presentes en las etapas iniciales de la enfermedad (pueden presentarse en períodos posteriores)

Ambos manuales aconsejan considerar siempre contexto cultural y nivel educativo del paciente cuando se valore su capacidad mental y funcional.

Estudios complementarios necesarios para el diagnóstico del Alzheimer

Se debe aplicar la batería completa de los siguientes estudios (no se recomienda omitir alguno):

Electroencefalograma (indica en términos generales las áreas afectadas en el cerebro, resonancia magnética (distingue diferentes clases de tejido cerebral, lesiones producidas por infartos, alteraciones vasculares), tomografía de emisión de positrones (aunque es costosa da una imagen más detallada de la actividad y reducción de las áreas afectadas), radiografía torácica (evalúa los problemas pulmonares crónicos), electrocardiograma (descarta los problemas de la función

cardiaca), tomografía computarizada (detecta reducciones del cerebro o infartos que afecten un área determinada y revela tumores), análisis bioquímicos sanguíneos (se precisa que no exista alteraciones en la sangre), examen general de orina (determina posibles infecciones así como diabetes).

El objetivo de las pruebas de laboratorio es identificar condiciones médicas que puedan interferir en el funcionamiento cognitivo del sujeto (infecciones, anemia, enfermedades renales o hepáticas, deficiencias vitamínicas, problemas de tiroides o cardíacos).

En su Guía de Práctica Clínica (Cruz, M. T., *et. al.*, 2010), el IMSS sugiere a médicos y especialistas tomar en cuenta lo siguiente para realizar el diagnóstico:

- Aplicar el test Mini-Mental State Examination (MMSE), como instrumento en sospecha de deterioro cognitivo leve.
- Tomar en cuenta la presencia de depresión comorbida, en el caso de sospechar demencia.
- Considerar la presencia de enfermedades o situaciones médicas que pudieran provocar una demencia reversible (enfermedad vascular, hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, alcoholismo, VIH, otras afecciones del sistema nervioso central)
- Aplicar los instrumentos ABVD (Índice de Barthel), AIVD (Escala de Lawton-Brody), para conocer el estado de funcionalidad del paciente.
- Pruebas de PET (Tomografía por Emisión de Positrones), SPET (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Simples), que muestran mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico diferencial.

- Estudios de laboratorio (BH, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, vitamina B12, folatos, PFT, PFH, urea y electrolitos séricos, calcio y glucosa).

1.7 Tratamiento

Una vez confirmado el diagnóstico completo del Alzheimer, se procede a iniciar el tratamiento, considerando que habrá necesidad de manejar agentes farmacéuticos, diferentes terapias, apoyos psicológicos, físicos y continuar con evaluaciones mentales y funcionales.

La terapia para el Alzheimer será una combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, de manera que la persona se mantenga activa por el mayor tiempo posible, conformando con ello un tratamiento integral o terapia combinada.

Los objetivos a seguir son:

Dentro del ámbito cognitivo.- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas y mantener las funciones cognitivas preservadas.

Dentro del ámbito funcional.- Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y de su entorno más inmediato.

Dentro de las afectaciones psicológicas y del comportamiento.- Detectar lo más pronto posible trastornos emocionales y de la conducta, y considerar cuando éstos requieren medicación.

Dentro de su estado general de salud y la morbilidad asociada.- Controlar la patología crónica existente y prevenir problemas asociados al avance de la enfermedad.

Clínicamente debe llevarse a cabo un tratamiento con fármacos cuya finalidad es buscar la disminución de la producción y depósito de sustancia amiloide, y corregir o tratar de corregir el efecto bioquímico de los fosfolípidos (lípidos iónicos polares) de la membrana neuronal, mejorando su estructura y la función alterada. También se pueden emplear sustancias endógenas para favorecer la proliferación axónica y dendrítica, y ayudar en los neurotransmisores o las alteraciones de la conducta. La administración de terapia con medicamentos puede provocar algunas complicaciones como los cambios farmacodinámicos (efectos del medicamento sobre el cuerpo) o farmacocinéticos (efectos del cuerpo sobre éstos), que pueden alterar su acción tanto en la absorción, distribución, metabolismo, excreción y sensibilidad de recepción, sobre todo en adultos. (González Mas, Rafael, 2000)

El tratamiento del deterioro funcional se efectúa manteniendo durante el mayor tiempo posible la capacidad funcional de los pacientes con Alzheimer siendo éste un objetivo básico en el planteamiento terapéutico; con él, se puede obtener en ocasiones mejores resultados que con los fármacos, siendo el mismo caso que el tratamiento de deterioro mental que sin descuidar la actividad física de la persona merece atención y con ello se obtendrán beneficios paralelos. En estos casos se requiere contar con personal entrenado para ayudar la posible rehabilitación adecuada y personalmente, puede ser necesario estimular las capacidades funcionales y mentales o lo que quede de ellas de acuerdo al avance de la enfermedad. Aquí se trata de ayudar al paciente a tener una adecuada calidad de vida. (Román, *et. al.*, 2007)

Tratamiento no farmacológico

Va dirigido a dar soporte médico, social y afectivo al paciente al igual que a la familia y su entorno, buscando evitar a progresión de la enfermedad y cualquier complicación que aparezca, o bien dando una buena calidad cuando se llega a las etapas finales.

a) Mantenimiento de las funciones cognitivas

Se han desarrollado programas para mantener activa a la persona enferma y buscando estimular las áreas que aún se preservan y hacer lento el declive cognitivo. Se mencionan algunos de estos programas:

Terapia de orientación de la realidad

Opera presentando información relacionada con la orientación y proporciona a la persona una mayor comprensión de su entorno. La desarrolló el psiquiatra James C. Folsem y tiene un enfoque hacia el paciente; se utilizan recordatorios visuales y verbales para mantenerlo estimulado (letreros en cajones con su contenido, imágenes de identificación en puertas de habitaciones de su hogar, relojes con números grandes, teléfonos y calendarios resaltando la información básica, decoraciones referentes a cada época del año, horarios de actividades diarias en lugares visibles).

Terapia de reminiscencia

Es aquella que ayuda a estimular la memoria y el humor dentro de la historia del enfermo: utiliza recuerdos del pasado con fotografías, videos, libros, archivos o cualquier otro elemento, facilitando así la expresión de emociones que mantienen al enfermo atento a su propia historia. (González Mas, Rafael, 2000) Aquí mismo se pueden utilizar terapias de actividad y recreativas así como artísticas para reducir problemas conductuales y mejor estado de ánimo. La psicoestimulación sobre síntomas conductuales, emocionales, de entrenamiento mnésico o reducción de estrés suele tener efectos positivos. (Pujol i Doménech, Joaquim, 2001)

Terapia de validación

Consiste en reconocer las necesidades de los enfermos confundidos (se ha enfocado más en las personas de edad más avanzada), considerando la experiencia del paciente en su realidad; se afirman sentimientos y conductas reconociendo su verdad subjetiva y su experiencia; toma seriamente confusiones y alteraciones que experimenta el paciente, sobre todo cuando se muestra angustiado, temeroso, solo. Aquí el término valida es:

- a) Aceptar que los sentimientos son reales aunque no parezcan serlo.
- b) Tomar en cuenta la libre expresión de sentimientos.
- c) No enjuiciar, confrontar, imponer o querer cambiar su experiencia y sentimientos.
- d) Reconocer la existencia e importancia de sus necesidades emocionales.

Instrumentos para el entrenamiento cognitivo

Se han desarrollado programas interactivos computacionales.

Rehabilitación de memoria

Se basa en el principio de que la pérdida de memoria se produce gradualmente y su intensidad es muy variable en los estadios tempranos de la enfermedad.

1.- Ayudas de memoria no electrónicas:

Libros de notas, diarios, agendas, etc., son útiles en la rehabilitación neuropsicológica.

2.- Ayudas de memoria electrónicas:

Agendas portátiles que transmiten vocalmente información al paciente en el momento justo.

b) Creación de ambiente agradable y seguro

Mantenimiento de la comunicación.- Se emplean frases cortas y simples, tono cuidadoso, pero claro y preciso, y si es necesario deben repetirse.

Seguridad en el hogar.- Evitar condiciones de riesgo en el ámbito normal del paciente.

Mantener el mayor tiempo posible la independencia del enfermo.- Esto ayuda a la autoestima y disminuye la carga del cuidador.

Comprensión y tolerancia.

Evitar discusiones.- Los conflictos causan estrés al enfermo.

Respetar gustos y costumbres del paciente.

Ser receptivos ante cualquier intento de comunicación del paciente.

Expresión de empatía.- Identificarse con las emociones y los sentimientos del paciente.

Corregir defectos auditivos y visuales.

Mantener buena higiene.

Correctos estado nutricional e hidratación.

Establecimiento de rutinas pero manteniendo la normalidad.- Se debe de tratar a la persona igual que antes de su enfermedad.

Incorporación de ejercicio en rutina diaria.

Mayor utilidad de elogios que de críticas.- El paciente se siente bien con los reconocimientos.

Conservar buen humor alivia el estrés. (Román, *et. al.*, 2007)

Para estos casos se debe contar con una terapia ocupacional que actúe sobre los déficits funcionales y se adapte al nivel cognitivo del paciente, ayudando con ello a ajustar su vida diaria, mejorar interacciones sociales, mejorar capacidades y promover una cierta autonomía. Aquí también se pueden utilizar los programas de intervención para la rehabilitación y el mantenimiento de las actividades de la vida diaria que utilizan estrategias como psicoestimulación realizando la repetición de actividades para mantener y reaprender tareas que se van olvidando. (Alberca, R. y López-Pousa, 2006)

Tratamiento social el cual se dirige al entorno del enfermo, refiriéndose a su socialización, al cuidado de su entorno familiar, al grupo de autoayuda o alternativas de instituciones temporales o permanentes.

Debido a que la intervención al paciente debe ser individualizada, considerando condiciones, circunstancias, y cambios que se dan con el deterioro progresivo, es importante realizar una lista de revisión por áreas para ayudar en su evaluación y seguimiento. (González Mas, Rafael, 2000)

Se puede resumir en una lista de medidas y cuidados adecuados:

- Seguridad.
- Adaptación de la vivienda.
- Administración de fármacos.
- Deambulaci3n-vagabundeo.
- Establecimiento de metas realistas y plan de intervenci3n.

- Establecimiento del día a día y preservación / maximización de habilidades y funcionamiento, considerando los niveles físico (manipulación de objetos y elementos del medio ambiente), tareas (reducción de tareas y de su nivel de complejidad), social (organización y participación de actividades).
- Mantenimiento de un medio ambiente adecuado.
- Control médico periódico.
- Estimulación de las intervenciones psicosociales.
- Estimulación del área cognitiva.
- Involucrar al paciente en terapia de orientación a la realidad.
- Proporcionar una terapia de reminiscencia.
- Hacerlo participar en un programa de psico-estimulación.
- Inclusión de un programa de actividad física. (Ishizaki J., *et. al.*, 2002)

Tratamiento farmacológico

Existe una amplia variedad de tratamientos para el Alzheimer, todos ellos sintomáticos, pretendiendo mantener o demorar el deterioro cognitivo y tratando de controlar desajustes emocionales o de comportamiento. (Boada Rovira M., 2002)

Para tratar el deterioro cognitivo (Sano, *et. al.*, 1997), se exponen algunos ejemplos que han demostrado efectividad como evidencia clínica:

- Donepezilo es bien tolerado y hay mejoría de la función cognitiva y el estado clínico global.
- Tacrina mejora la función cognitiva o el comportamiento
- Rivastigmina (inhibidor pseudoreversible de la colinesterasa) mejora la función cognitiva, pero se presentan náuseas
- Tioridazila reduce la ansiedad a largo plazo, pero no evidencia efectos sobre el estado clínico y puede causar algunas arritmias cardíacas graves.
- Estrógenos y Vitamina E aún no muestran beneficios palpables, aunque esta (alfa tocoferol) ha mostrado alargamiento en el tiempo para alcanzar objetivos secundarios (muerte, ingreso a un asilo o pérdida avanzada de

capacidades), es decir, el paciente puede vivir más aunque el deterioro cognitivo continúe.

- Ginkgo Biloba mejora función cognitiva y es bien tolerado.
- Galantamina (inhibidor de la colinesterasa que actúa sobre receptores nicotínicos cerebrales) se asocia a una mejora de la función cognitiva. (Cano y Matallana, 2008)

Tratamiento sintomático

- Fármacos destinados a mantener funciones cognitivas (inhibidores de la acetilcolinesterasa y bloqueador de los canales de calcio asociados al receptor NMDA (N- Metil- D-Aspartato)).
- Fármacos para el control de síntomas neuropsiquiátricos, afectivos y conductuales.

Estrategias terapéuticas recomendadas

- Terapia para el Alzheimer
Leve-moderado.- Inhibidores de la acetilcolinesterasa.
Moderado-grave.- Memantina con o sin inhibidores de acetilcolinesterasa.
- Terapia para los trastornos psicológicos y del comportamiento (agitación, depresión, insomnio y manía).
Aquí se utilizan ansiolíticos, neurolépticos (delirios, alucinaciones), carbamazepina y ácido valproico (manía), clometiazol, trazodona y benzodiazapinas (insomnio), anticonvulsivos y beta bloqueadores (agitación y agresividad), ISRS y hormonas sexuales (conductas sexuales inadecuadas). (Martín M, 2002)

Evaluación de la efectividad de la farmacoterapia

La referencia indispensable para evaluar la efectividad de los tratamientos es de acuerdo a la obtención de los objetivos terapéuticos que para la EA son:

Ámbito cognitivo:

- Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas afectadas.
- Mantener preservadas las funciones cognitivas.

Ámbito funcional:

- Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y del entorno más inmediato.

Trastornos psicológicos y del comportamiento:

- Detectar oportunamente trastornos emocionales y de la conducta.
- Encontrar el punto exacto de la necesidad de medicar.

Estado de salud y morbilidad asociada:

- Controlar la patología crónica coexistente.
- Prevenir problemas asociados a la progresión de la enfermedad.

La efectividad de los tratamientos para el deterioro cognitivo se debe medir cada vez que se inicia o reinicia un nuevo tratamiento como pudiendo ser en tiempo cada tres meses con reevaluaciones anuales.

En el caso de los trastornos de personalidad y conducta la efectividad de los tratamientos son medidas al iniciar y posteriormente de manera mensual (se considera que se alcanza la efectividad máxima al mes de haberse iniciado).

Para suspender los tratamientos deben considerarse los siguientes criterios:

- Empeoramiento del paciente (solo en demencia grave)
- Reacciones adversas graves a los medicamentos.
- Patología presente que contraindique un tratamiento o empeoramiento de síntomas.
- Ausencia de respuesta a medicación a los dieciocho meses.

Se requiere del apoyo de un grupo multidisciplinario para tratar la EA en el cual participen asistentes geriátricos, clínicos, enfermeros, fonoaudiólogos, kinesiólogos, musicoterapeutas, neurólogos, neurorehabilitadores, neuropsicólogos,

nutriólogos, psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras; con objeto de obtener mayores y mejores resultados y obviamente beneficios para el paciente y los integrantes de su entorno. (Licitra y López, 2008)

Para el enfermo terminal, la muerte conlleva el cese de sus funciones orgánicas y la interrupción de la vida como se conoce, y si fuera el caso, dejar de experimentar el dolor o los sufrimientos que su padecimiento le infringió. La enfermedad de Alzheimer, al conducir el paciente a una degradación cognitiva y funcional que finalmente lo llevará a la muerte, debe considerarse como si fuera la muerte misma ya que en las etapas finales prácticamente solo hay una muy leve conexión con la vida.

CAPÍTULO 2

FAMILIA: ORIGEN, DESARROLLO Y TRASCENDENCIA

El primer núcleo en el que cualquier persona inicia su vida y se desarrolla, es su familia, en la que aprende, crece, adquiere valores, convive y como etapa final se desprende de ella. Es por ello que se dedica este capítulo especialmente a definir la familia, su importancia y el papel que desempeña en la detección, el trabajo y la ayuda al integrante que padece Alzheimer.

2.1 Concepto de Familia

Se pueden considerar diversas acepciones, conceptos o definiciones de la familia ya que a lo largo de la historia, este núcleo social ha sufrido diversas modificaciones, debidas a aspectos culturales, geográficos, bélicos, sociales. La actualidad al girar en torno a la llamada globalización, nos puede dar enfoques diferentes y opiniones encontradas en cuanto a la sobrevivencia de la familia como tal después de varios siglos. Así, la familia se ha definido de muchas maneras y desde diferentes puntos de vista, considerando criterios de consanguinidad, de convivencia, emocionales, legales, etc., lo que hace difícil considerar una definición de familia como verdad universal.

A continuación se presentan algunas de estas definiciones:

- Comunidad o sistema es un campo privilegiado de observación e investigación de la interacción humana y por consiguiente social; en ella se instaura el proceso de socialización del hombre, se tejen los lazos afectivos, formas de expresión del afecto vivencia en tiempo y espacio, distancias corporales, lenguaje, historia, dimensiones. (Di Carlo, 2004)

- Organismo vivo en constante transformación, entidad compleja que cambia a través del tiempo para asegurar su continuidad y crecimiento psicosocial de ella y de sus miembros. (Andolfi, 1992)
- Grupo de personas relacionadas entre sí biológica, legal y/o emocionalmente, que comparten una historia común, reglas, costumbres y creencias. (Parra B. Hesley, 2005)
- La familia como sistema es un conjunto de personas organizado de diferente manera. Es un organismo compuesto de varios miembros todos importantes con necesidades, capacidades, contextos y objetivos propios, que interactúan buscando permanentemente integración y bienestar. Es un sistema en el que se puede identificar sus partes esenciales, sus interrelaciones, la conciencia de sus necesidades, organización, efectividad. (Walsh, F., 1996)
- La familia es en esencia un sistema vivo de tipo abierto, ligado e intercomunicado con otros sistemas (biológico, psicológico, social y ecológico), pasando por un ciclo donde despliega sus funciones (nacer, crecer, reproducirse y morir). (Estrada, I. Lauro, 2003)
- Sistema abierto que tiene múltiples intercambios con otros sistemas y con el contexto amplio en el que se inserta; esto significa que recibe y acusa impactos sociales, económicos, políticos, culturales y religiosos. (Baeza, 1999)
- Célula fundamental de la sociedad, vital forma de organización de la vida cotidiana personal con fundamento en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco, así como, en las relaciones multilaterales entre esposos, entre padres e hijos, entre hermanos y hermanas, y con otros parientes

que vivan juntos administrando en común la economía del hogar. (Bernal, 2001)

Por otra parte, Minuchin (1979) considera a la familia como “una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales”, asimismo, desde su modelo estructural la define como “ el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”; se puede apreciar que cualquier familia tiene establecidos conceptos, tareas, responsabilidades, derechos y obligaciones particulares a cada una, vinculadas con los cambios sociales, económicos, culturales e industriales que se han gestado en los últimos años.

Lo anterior conduce a afirmar que cada familia tiene o debe tener definidas las funciones de cada uno de sus miembros, las cuales necesariamente tendrán que sufrir cambios con el tiempo ya que no se pueden dar las mismas tareas a una familia formada por solamente los cónyuges al principio de su formación que cuando los hijos están pequeños, o cuando ya asisten a la escuela o posteriormente cuando terminan sus estudios y toman su propio camino abandonando el hogar, lo cual es el ciclo usual de la vida familiar.

2.2 Elementos de la dinámica familiar

Dentro del ámbito familiar es necesario efectuar diversas actividades y cumplir ciertas funciones propias de cada elemento; para ello se requiere establecer un mecanismo que controle grupal e individualmente el desarrollo de cada familia en particular, coordinando a cada uno de esos miembros. Este mecanismo o procedimiento debe ser elegido y trabajado de común acuerdo por todos los miembros del ente familiar debiendo seguir una determinada dinámica.

Los elementos de la dinámica familiar son:

- Comunicación.- Existen dos tipos de interacción: simétrica (basada en la igualdad) y complementaria (comportamientos diferentes habiendo posición inferior y superior).
- Expresiones.- Afectiva (se expresan emociones - sin manifestar ansiedad - como amor, alegría, bienestar, ternura, risa, gratitud), y emergentes (disgusto, miedo, llanto, desagrado, rencor).
- Normas.- Reglas establecidas que permiten el equilibrio y facilitan la interacción de los integrantes familiares.
- Límites.- Se marca diferencia entre los individuos y el sistema familiar, pudiendo ser rígido (no hay flexibilidad solo una orden), flexible (comportamiento firme con variaciones según situaciones individuales), caótico o difuso (comportamiento variable sin capacidad para resolver un problema presentado).
- Autoridad.- Se establecen diferentes niveles que varían en función a las etapas familiares pudiendo ser el padre o la madre de acuerdo a cada una de ellas.
- Crianza.- Recíproca con autoridad (combina la aplicación de reglas y el tipo de interacción mezclando derechos y obligaciones con el diálogo), autoritaria (reglas decididas por los padres y aplicadas firmemente sin derecho a réplica), indulgente / permisiva (hay sobreprotección aceptando indiscriminadamente demandas de los hijos y carece de controles), indiferente / negligente (deficiencia en las demandas y controles de los padres con poco interés por las necesidades de los hijos u otros miembros de la familia). (Di Carlo, Enrique, 2004)

- Roles.- Tradicionales. padre, madre, hijos, hermanos, tíos y familiares consanguíneos, idiosincráticos, se señala a un miembro por alguna característica, como el bueno y el malo

Minuchin (1979) designa el concepto de rol como “el elemento que demarca la posición entre los miembros de la familia, refiriéndose a los patrones de conducta por los cuales la familia asigna funciones necesarias, siendo la única manera de organizar la estructura familiar.” Deben considerarse los contextos culturales circundantes, estratos socioeconómicos, periodos históricos, aspectos interaccionales y elementos estructurales.

Los roles asignados a cada sexo actualmente se han sacudido y deben adecuarse a formas y necesidades nuevas:

La mujer, cuyo rol tradicional es el del dedicarse al hogar, cuidar, educar y transportar a los hijos, al igual que sus respectivas madres lo hicieron, ahora requiere que además de ello aporte a la economía familiar.

El hombre, quien siempre fungía en el papel de proveedor único, autoridad máxima, incuestionable, rígido, tomador de decisiones, administrador, ahora es fuertemente cuestionado y debe participar más activamente en el apoyo a la mujer y la dedicación a los hijos.

Así pues, el hombre y la mujer dejan la tradición y se modernizan, haciendo que sus tareas se conviertan en trabajo de equipo no exclusivo de sexo o edad, y aquí se involucran también a los hijos quienes dejan de ser dependientes, pasivos e indefensos pudiendo ahora aportar activamente su ayuda en el trabajo familiar

2.3 Funciones

Como cualquier sociedad además de cumplir ciertos roles, seguir determinadas reglas y convivir con su entorno, la familia forzosamente deberá hacer lo mismo y para ello efectúa funciones particulares y propias de ella.

Las funciones específicas de la familia se pueden resumir como:

1. Reproducción de nuevas generaciones.
2. Base de socialización y estimulación al desarrollo de los niños.
3. Transmisión de valores, ideales, pensamientos y conceptos de la sociedad a la que pertenecen.
4. Satisfacción de metas.
5. Favorecimiento del desarrollo de destrezas necesarias para promover la autonomía.

En una familia cada uno de los miembros se adapta a ciertas reglas que les dan derechos y obligaciones, roles y funciones; así, los adultos crían a los hijos, los niños aprenden a hablar, vestirse, a obedecer, proteger a los más pequeños, compartir, participar en juegos, respetar reglamentos, distinguir el bien y el mal hasta convertirse en un miembro “normal” del entorno social.

Cada grupo familiar tiene su propio estilo de vida y un particular código de ética, así como un grupo de reglas o leyes establecidas. La adaptación a él requerirá condiciones, competencias y en ocasiones periodos largos de negociación, así como, necesidad de solución de conflictos e importantes tomas de decisiones. Todo ello conduce a la definición de cada familia con sus propios valores, principios y particular estilo sin que de ninguna manera requiera comparación con otro núcleo social el cual también tendrá sus propias reglas y valores, buscando siempre el respeto de una con la otra.

La familia ha tenido que adaptarse a circunstancias evolutivas que forzosamente modifican su interacción, ya que cada uno de los miembros está en

contacto con sentimientos y pensamientos de los otros originando consecuentemente lazos de respeto, amor y valores contribuyentes en todas las actividades realizadas en común dentro de un ambiente pacífico de autorrealización y haciendo que cada miembro se sienta útil y querido; logrando así armonía familiar. (Walsh, 1996)

El núcleo familiar se modifica a través del tiempo por circunstancias particulares de cada familia y es necesario que se adapte a ellas de la mejor manera posible. Se efectúa un proceso de desarrollo en el que pueden presentarse periodos de estabilidad o momentos de crisis al intentar adaptarse a los cambios.

2.4 Etapas

Se presentan diferentes etapas o fases del llamado ciclo vital por las que atraviesa la pareja, las cuales pueden ser cuatro o seis según diferentes autores, la primera clasificación propuesta por Pollak (1965)

- a) Antes de la llegada de los hijos.
- b) Llegada y crianza de los hijos.
- c) Los hijos abandonan el hogar.
- d) Después que los hijos se van.

La segunda (Haley J, 1989) es:

1. Desprendimiento.

Los primeros hijos deciden separarse del seno familiar para formar una nueva familia o hacerse independientes.

2. Encuentro.

La pareja decide hacer vida en común para formar una nueva familia no importando si la unión se legaliza o no.

3. Los hijos.

Al llegar los nuevos miembros de la familia se generan cambios y readaptaciones, hay nuevas responsabilidades y se presentan conflictos en la pareja y con los hijos, para lo cual se requiere una fuerte comunicación.

4. La adolescencia.

Los hijos sufren cambios físicos, emocionales y hormonales, comienzan a ver diferentes expectativas y en ocasiones llegan a cierto aislamiento. El sistema familiar debe considerar el desarrollo de sus hijos en esta etapa para manejar adecuadamente conflictos y sucesos.

5. El reencuentro o “nido vacío”.

Se repite la primera etapa pero ahora corresponde a los padres dejar ir a los hijos considerando que esta separación no es definitiva pues la unión afectiva siempre deberá perdurar. La pareja debe sujetarse a nuevos cambios y sus roles muy bien podrían modificarse.

6. La vejez.

Siendo la última etapa del ciclo de vida familiar y ya con actividades y roles modificados, las personas pueden sufrir cierta depresión, tristeza, melancolía por lo cual deberán buscar nuevas actividades de acuerdo a sus capacidades físicas y conservar relaciones familiares y sociales cuidando mayormente su salud. En esta etapa surge la muerte de alguno de los cónyuges.

La tercera propuesta es el modelo de la OMS:

- 1.- Formación.- Inicia en el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- 2.- Extensión.- Del nacimiento del primero hasta el nacimiento del último hijo.
- 3.- Extensión completa.- De la aparición del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
- 4.- Contracción.- Es la etapa en la que todos los hijos abandonan el hogar.

5.- Contracción completa.- A partir del abandono del hogar del último hijo hasta la muerte de cualquier cónyuge.

6.- Disolución.- De la etapa anterior hasta la muerte del cónyuge sobreviviente.
(Vargas I., 2014)

Como se ve en las clasificaciones anteriores el ciclo vital es el desarrollo de la familia tomada en su conjunto, son los diferentes “momentos” por los cuales atraviesan todos los miembros de la familia que van a compartir su historia común. La evolución y desarrollo de la unidad familiar es dependiente a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros, y viceversa.

2.5 Participación social

Siendo la familia la comunidad social donde el individuo nace, se desarrolla y se relaciona con mayor frecuencia, este grupo adquiere una importancia primordial ante la presencia de la enfermedad ya que al tener una progresión irreversible se requiere la participación activa y constante.

Ahora bien, la familia no es un ente aislado pues vive dentro de un entorno social con el que se interrelaciona, recibe influencias importantes y a su vez también genera influencia sobre él. Las actividades de los miembros de la familia se desarrollan, además del hogar, en sus respectivos trabajos, grupos de amigos, compañeros de recreación, vecinos, etc. Estas actividades necesariamente involucran a más allá de un tercero (compañeros de trabajo, amigos, etc.), por lo cual se tiene una extensión mayor de influencia en algo que inició en una sola persona.

De acuerdo a Strut (1994), el contexto familiar es un conjunto de ideas o eventos particulares de cada familia, incluye normas, roles y expectativas (García, María, 2003) y de ahí los integrantes de la familia establecen acuerdos sobre diferentes ámbitos (elementos que intervienen, factores de determinadas situaciones que afectan al individuo o a su familia):

- **Ámbito Laboral**

Los individuos se relacionan con el exterior practicando principios y aprendizajes familiares; aquí interactúan y adquieren nuevas relaciones, convivencias, comunicaciones, conocen jerarquías, límites y además es el lugar de donde depende la economía familiar.

- **Ámbito Educativo**

Los hijos asisten a la escuela, conocen nuevos horizontes, nuevas personas e incluso nuevas familias, llevando a los padres a conocer y aún a convivir en este su nuevo ambiente. La educación será el conjunto de las bases familiares y el aprendizaje escolar. Como generalmente el paciente es uno de los padres, los hijos como parte de la familia nuclear tendrán que hacerse cargo por lo menos de algunas responsabilidades de los padres, además de sentirse agobiados, sufrir y en ocasiones hasta avergonzados ante su entorno.

- **Ámbito Social**

Es el principal ámbito de desarrollo para los individuos, de aquí aprenden tradiciones, costumbres, diferentes sistemas de comunicación y con ello se presenta interacción del sistema familiar y el sistema del entorno social. La relación de la familia con el exterior puede limitarse por un cierto aislamiento, al cuidar que la sociedad no se percate parcial o totalmente de la decadencia que sufre el enfermo.

- **Ámbito Económico**

Se vincula con el ámbito laboral y, aunque la familia tenga cierta estabilidad en este rubro, la afectación por la enfermedad se verá presente (nuevos medicamentos, consultas médicas, análisis, estudios, etc.)

2.6 Clasificación / Composición de la familia

En el núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales del individuo tales como comer y dormir, otorgando además necesidades afectivas y educación, preparando a los hijos hacia su vida adulta y la correspondiente integración hacia la sociedad. (Satir V, 2002)

La familia puede diferenciarse según el grado de parentesco entre sus miembros, pudiéndose encontrar ciertas combinaciones de familia:

- Familia nuclear, padres e hijos, conocida también como “círculo familiar”
- Familia extensa que incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental en la que hijo o hijos viven solo con uno de los padres.
- Otras, son aquellas conformadas solo por hermanos, amigos (el sentido de la palabra familia, se liga más a sentimientos que a consanguinidad), que viven juntos por un cierto tiempo. (Estrada, 2003)

Se mencionan otras clasificaciones:

- De acuerdo a su desarrollo, puede ser moderna, tradicional, arcaica o primitiva.
- Basándose en la demografía, urbana o rural
- En función a su integración:

1.- Integrada o integral (los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones)

2.- Semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones)

3.- Desintegrada (falta alguno de los cónyuges por abandono, divorcio, separación o muerte)

- Desde el punto de vista tipológico: campesina, obrera o profesional. (Alarid, H.J., 2000)

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y dinámicas relacionadas, internas y externas y el conjunto de valores y convicciones referentes a lo que debe ser la familia.

Los aspectos estructurales de la familia corresponden a las variables que señalan la relación con el tipo de familia, número de miembros, subsistemas existentes, roles que cada uno efectúa, límites externos e internos, lineamientos y manejo de autoridad.

2.7 Familia y enfermedad

La familia dentro de su desarrollo, se enfrenta a diversos cambios y problemas, uno que resulta fundamental es la presencia de enfermos, particularmente cuando se trata de personas de la tercera edad.

Al respecto, la actualidad arroja cifras significativas de aumento particularmente en la población de personas de la tercera edad, disminución en la velocidad de crecimiento demográfico, aumento en la esperanza de vida promedio a nivel mundial, y todo ello lleva a que las enfermedades propias de los adultos mayores como es el Alzheimer tengan una presencia mayor en los hogares.

Aunado a ello la misma velocidad del ritmo de vida actual y las diferentes problemáticas sociales, hacen que se presenten en las familias actuales, casos de alcoholismo, enfermedades sexuales, embarazos precoces, madres solteras, diabetes en etapas tempranas, necesidades económicas mayores (cada vez se hace necesario que más miembros de la familia apoyen en el gasto familiar), emigración y muchas otras que originan estrés, diferencias interpersonales, crisis, etc.

Estos hechos producen cambios a los que debe adaptarse la organización formal o simbólica de una familia, implica reorganizar roles y funciones. Estos cambios se califican como “normativos” ya que gran parte de la raza humana comparte las mismas expectativas sociales.

Se puede afirmar que es necesario investigar el momento, si es posible preciso del ciclo vital familiar en que aparece la enfermedad, las tareas propias de la etapa y las funciones o roles de cada uno de sus miembros, ya que el impacto puede ser distinto de acuerdo al miembro afectado y el momento de la vida familiar (Aja, 1998). De cualquier manera sea cual fuere la etapa de aparición, la familia se verá afectada en su totalidad así como su estructura, sus roles, jerarquías, fronteras, dinámica, estilo de relación y sentimientos, se puede presentar confusión, desconcierto, tristeza, disgusto, ansiedad, desesperación, impotencia, entre muchos otros.

Posteriormente al primer impacto de la enfermedad variaran las demandas hacia la familia dependiendo del grado y tipo de incapacidad, de la severidad de los daños, del status del enfermo y la etapa en que se encuentre, de las instrucciones y tratamientos médicos, de efectos secundarios de algún medicamento y de los síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados.

Dependiendo de la funcionalidad, madurez y tipo de familia se podrá tener diferente posibilidad de enfrentar la enfermedad desde el diagnóstico, durante su desarrollo y hasta el final de la misma, por lo cual es importante tener la mayor

información posible del paciente de todos y cada uno de los miembros de la familia, los antecedentes y el entorno social correspondiente.

Al presentarse la enfermedad, la primera afectación al exterior del enfermo es la familia y a medida que se desarrolla es inevitable la extensión hacia los grupos circunvecinos de la familia, por lo cual también llega a afectar aunque en un menor grado las relaciones externas. Es muy frecuente que vecinos y amigos participen en la ayuda y asistencia al enfermo y obviamente ven alterada su actividad normal. El médico, grupo de médicos y/o equipo multidisciplinario que participa a lo largo de la enfermedad también es un factor muy importante para coadyuvar al enfermo y a su familia. (Baeza, 1999)

Para los familiares se marca el inicio de una nueva experiencia de vida sin la presencia real o completa de su ser querido. Visto como sistema, la familia requiere un ajuste al “faltar” uno de sus miembros. Se hace necesaria una reorganización y, desde luego el apoyo de un especialista como puede ser un tanatólogo.

Kübler (2011), psiquiatra y tanatóloga cuya obra versa en su totalidad sobre la muerte, alrededor del enfermo y su familia, investigó acerca de los fenómenos psicológicos que se presentan con los enfermos terminales durante su proceso y a través de su trabajo hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos para la sociedad, para ello creó clínicas de apoyo psicológico con el lema de *“Ayudar a los enfermos terminales a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”*.

De acuerdo a Kübler tanto la familia como el paciente atraviesan una serie de etapas ante la presentación de una enfermedad crónico-degenerativa y en general ante enfermedades terminales:

a) Negación y aislamiento

Esta etapa es la que desencadena todos los sucesos que ocasionarán mecanismos de defensa del individuo y su familia. La negación, es el primero de los síntomas que aparece a partir del diagnóstico; ambos (paciente y familia) dudan que les haya sucedido algo tan grave, por lo que se buscan opciones externas en médicos, especialistas o incluso medicina naturista o alternativa, todo lo cual ocasiona en un mayor o menor grado demora en el tratamiento y manejo del paciente pudiendo haber complicaciones en la enfermedad. La negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Esta negación lleva a ambas partes a un cierto rechazo mutuo buscando aislarse, en sí mismos y tratar de olvidar la existencia del padecimiento.

b) Ira

Si inicialmente se negó como propia la noticia del padecimiento, ahora se comienza a comprender que no ha sido un error pero se sustituye la negación por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Se puede acentuar el aislamiento y es una etapa muy difícil de afrontar, llegando el enojo hacia el entorno pues tanto médicos como allegados también recibirán manifestaciones agresivas, de incredulidad y desconcierto.

c) Pacto (negociación o regateo)

Después de la lucha interna y externa que padecen ambos, cada quien por su lado, se va dando cuenta de la zozobra originada en el camino inicial de conocimiento y reconocimiento de la enfermedad, y las afectaciones hacia terceros que lejos de ser enemigos, también desean participar en el proceso, y seguramente serán valiosas sus aportaciones. La familia y el

enfermo han sido sorprendidos en la primera etapa y en la segunda se han enojado con su entorno y llega el momento de que vean la posibilidad de llegar a una especie de acuerdo. El enfermo quiere encontrar alguna forma de recuperar algo de lo perdido y la familia trata de ayudar a una mejor comprensión del problema y buscará negociar con los médicos sobre la mejor manera de solucionarlo.

d) Depresión

El paciente comienza aquí a caer lento o rápidamente en un estado de depresión que le impide interactuar correctamente con su entorno, se empieza a aislar, se deteriora su salud física a causa de negarse a seguir algún tratamiento y mentalmente va sufriendo un deterioro. La familia sufre un deterioro económico por la frecuencia y el monto de los tratamientos y en general se lleva más por la tristeza, teniendo la depresión afectación generalmente por uno o dos miembros de ella, y el cónyuge es el mayormente afectado. Por la fragilidad emocional que tienen ambas partes, el miedo puede jugar un papel importante ya que el efecto de un cúmulo de emociones y la tensión que este origina en ellos, los lleva a ese sentimiento.

e) Aceptación

Tanto el paciente como su familia ya han pasado por diferentes enfrentamientos, reflexiones y experiencias que de alguna manera los llevan a un punto común "resignarse". Cada una de las partes lo puede vivir de manera diferente: el paciente ya se acostumbró a su enfermedad, sus secuelas y consecuencias han modificado su vida y no puede hacer más, así que procede a aceptarlo con lo cual podrá adquirir una actitud más positiva ante ella; la familia aceptará que su dinámica ha cambiado permanentemente, así como sus funciones y actividades, pero con ello

tendrá la oportunidad de mejorar la relación con su enfermo y encontrar algunas opciones que hagan más llevadera su convivencia con el paciente. Cabe mencionar que familia y paciente pueden pasar de una etapa a otra, no importando que la hayan superado.

Un concepto que se agrega como parte de estas etapas es el de la esperanza que es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

Particularmente el paciente de Alzheimer debido a los daños cognitivos y en su memoria, seguramente vivirá estas etapas con un poco de desconcierto. La familia deberá considerar el hecho de que el enfermo cerrará su ciclo tarde o temprano.

Kübler (2006) afirma que la familia es esencial en el proceso de la enfermedad, pues contribuye a los cuidados del enfermo, debe recibir instrucciones necesarias del equipo médico, y con ello evitar influencia negativa en la evolución del paciente.

La enfermedad de Alzheimer como cualquier enfermedad terminal, separa al paciente y su familia solamente en el cuerpo del enfermo, pero sus emociones, su dinámica se alteran en ambos, los conflictos familiares aumentan y pueden llevar a problemas mayores, por lo cual, la familia debe ser instruida y con ello colaborar activa y eficazmente en el cuidado del enfermo.

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia, y al mantenerlos saludables, funcionales, independientes pueden continuar aportando a sus comunidades y a sus familias.

El adulto mayor independientemente de los factores familiares, enfrenta varios roles:

- Ser padres de hijos adultos.

- Ser abuelos (cumpliendo funciones como afectiva con el nieto, perpetúe el apellido, reparación de relaciones anteriores con los hijos, transmisión de valores y cultura familiar, entre otras).

- Ser suegro (a). (Forttes, B., 2008)

Estos roles se ven afectados y afectan a la familia una vez que se presenta la enfermedad y durante el desarrollo de la misma, ya que se van presentando cada vez más limitaciones y con ello se trasladan parcial o totalmente hacia sus familiares uno o más roles propios del enfermo. Obviamente la familia y sus integrantes requieren cambiar no solo su estilo de vida, su disponibilidad de tiempo y sus funciones, sino también absorber algo o mucho de lo que deja de hacer el enfermo por su discapacidad.

Es así, que los hijos pueden llegar a convertirse en padres de sus propios padres, los nietos adquieren mayor responsabilidad lo que los obliga a madurar prematuramente; el resto de la familia (aquí se pueden incluir amigos y allegados) recibe un incremento fuerte en su carga de trabajo y también cambia sus roles originales. Desde luego cuando la enfermedad se presenta en una familia compuesta solamente por los cónyuges sin hijos o solamente un hijo y poca familia extendida, el trabajo es verdaderamente difícil, agotador y complicado para los no enfermos.

CAPÍTULO 3

TERAPIA GESTALT

Siendo una psicoterapia primordialmente humanista, completa y con una amplia gama de aplicaciones en la actualidad, la Gestalt es una alternativa útil en la atención a la familia que encuentra en su seno a alguien con la enfermedad de Alzheimer, por lo que este capítulo pretende explicar qué es, su orientación, sus diferentes técnicas y su aplicación a diferentes procesos, particularmente el duelo familiar.

3.1 Antecedentes y concepto de Gestalt

Según Sinay (2003) el término Gestalt de origen alemán apareció por primera vez en el siglo XVI de una traducción de la biblia (vor augen gestelf) cuyo significado parece ser exhibido, expuesto ante los ojos. La palabra Gestalt en sí, no se puede traducir exactamente al español, pero se puede decir que es forma y también se puede traducir como figura, configuración, estructura o creación, o sea que el término se puede referir a algo concreto, específico, que existe y posee una forma definida que se expone al exterior y puede mostrar un potencial propio.

La terapia Gestalt es un modelo de psicoterapia que ve la conducta perturbada o las perturbaciones conductuales como signo de una dolorosa polarización entre dos elementos en un proceso psicológico y su tratamiento consiste en traer los elementos discordantes a un mutuo autodescubrimiento y confrontación. Coloca su atención en la conducta inmediata, presente, haciendo necesaria la participación activa y personal del terapeuta. (Ginger, 2005)

La psicología como ciencia tiene raíces en la filosofía y prácticamente nació en la segunda mitad del siglo XIX. Posteriormente Sigmund Freud le dio un cambio al incluir aspectos fisiológicos en la revisión del individuo; de ahí el Psicoanálisis efectúa cambios en el saber y hacer clínicos de la psicología de aquel tiempo en el

que coexistía con el Conductismo. A la par de la evolución de estas dos corrientes surge una tercera, el Humanismo, buscando rescatar al hombre de un concepto dirigido a lo patológico y mecanicista, este movimiento define al individuo como un todo, único e irrepetible, dentro de una sociedad en la que hay dependencia mutua.

Dentro de la corriente Humanista se encuentran la Terapia Gestalt porque rechaza por un lado modificar las conductas negativas por medio del condicionamiento y por el otro lado, tratar a las psicopatologías por medio de terapias psicoanalíticamente orientadas. Considera a la psicoterapia como un medio para que el potencial humano crezca enfatizando la observación de la conducta en el aquí y el ahora, centrando la importancia del proceso de darse cuenta. (Salama y Villarreal, 1992)

Friederich Salomon Perls (conocido como Fritz Perls) publica el libro “Ego, Hambre y Agresión” (“Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method”) en 1942 conteniendo los comienzos de una nueva teoría: La Terapia Gestalt, que proponía verse cara a cara con el cliente (paciente) para notar sus posturas y gestos. (Perls, F., 1975)

El inicio de esta teoría se centró en investigaciones relativas a la percepción y más tarde fue extendida a otras áreas como el aprendizaje, la conducta asociada y el pensamiento.

Perls fue influenciado también por terapeutas, teóricos de la escuela de la forma y, obviamente Freud, integrando así este conjunto de aportaciones en la corriente que llamó “Enfoque Gestáltico”. Consideró que el origen de los trastornos psicológicos podía encontrarse en la incapacidad de las personas para integrar exitosamente las partes de su personalidad en un todo. La Terapia Gestalt es existencial porque se habla del ser y no del tener; en ella el cliente aprende a usar el darse cuenta de sí mismo como un organismo total, tomando consciencia de lo que fue y evitando caer en el ideal de lo que puede llegar a ser, aprendiendo así a confiar

en sí mismo y a su vez obteniendo desarrollo óptimo de su personalidad y el aprendizaje de soportarse así mismo. (Ginger, 2005)

Al formar parte del desarrollo del potencial humano (Humanismo), se notaron algunas perspectivas novedosas, fundamentos de la Terapia Gestáltica:

- El poder está en el presente.
- La experiencia es lo que más importa.
- El terapeuta es su propio instrumento.
- La terapia es demasiado beneficiosa para limitarla a los enfermos. (Polster E., 2012)

Un concepto técnico es el que da Yontef (1995): “La Psicoterapia Gestalt es una aproximación fenomenológica clínica, o sea está centrada en la descripción subjetiva del sentimiento del cliente, en cada caso particular y en la toma de consciencia de lo que está pasando entre él y el terapeuta”.

Una explicación simple: “La Terapia Gestalt es una relación producida entre un sujeto y un objeto, el cual puede ser otra persona, un sentimiento o cualquier otra cosa, y se basa en una necesidad personal que busca su realización y una vez satisfecha, desaparece la relación”.

La Terapia Gestalt sirve como una orientación para vivir, es un recordatorio de que el “darse cuenta” es siempre útil, pues proporciona estrategias y técnicas para responsabilizarse, mediante la plena consciencia de los propios actos.

Según Baumgardner (2003): “El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella se puede recuperar la experiencia y el funcionamiento rechazados. El terapeuta se dedica con el cliente al proceso de recuperar sensaciones y conductas desechadas y que considera no le pertenecen hasta que por su propia cuenta se afirma y actúa como la persona que realmente es”.

3.2 Fundamentos de la Terapia Gestalt

3.2.1 Filosóficos

a) Budismo Zen

Surgiendo en la India en el siglo V. a. C. el Budismo se extiende hacia el norte y sureste de Asia. Como religión proviene de la vivencia concreta de un ser humano siendo su fundador Siddharta Gautama o “Buda” (significa el iluminado), quien postuló que:

- La vida es sufrimiento.
- Hay una causa del sufrimiento.
- Es posible terminar el sufrimiento.
- El camino medio es el correcto para acabar con el sufrimiento. (Salama, 2004)

Propone disciplina corporal, mental y verbal buscando el autodesarrollo y la auto purificación e implicando esfuerzo y trabajo personal para lograr una evolución consciente en esta vida.

Posteriormente, se desarrolló el Zen variante budista china y con mayor apogeo en Japón, la cual se ve como un camino de trascendencia espiritual y de desarrollo del pensamiento que indica que la iluminación llega por sí sola cuando uno tiene la disposición mental para que suceda, dejando que la existencia fluya naturalmente.

La terapia Gestalt comparte con el pensamiento oriental la prioridad dada a la experiencia y a la vivencia por encima de explicaciones y racionalizaciones, debido a que para conocer algo no basta entenderlo sino verlo, oírlo, tocarlo, degustarlo, olerlo. Comparte también el énfasis en la capacidad para disfrutar el momento presente siendo conscientes de las cosas tal como son, sin prejuicios ni

condicionamientos mentales que obstaculizan la percepción y alejan del aquí y el ahora.

El Budismo Zen habla de liberación de ataduras externas que impiden ser libres y realizar la propia naturaleza que conduce la libertad; la Gestalt propone eliminar las exigencias culturales que imponen el “deber ser” para descubrir en el interior las verdaderas tendencias y aspiraciones.

Ambos enfoques orientan hacia la búsqueda de la verdad interior a partir de un trabajo personal en el que se atienda el estar presente, se amplíe la consciencia sensorial producida en el aquí y el ahora, se busca un equilibrio entre polaridades conciliadas y con ello se permita el flujo natural de las cosas que dan al desarrollo. (Salama, 2006)

b) Existencialismo

El existencialismo es un sistema filosófico y cultural muy influyente, es una tendencia de la concepción humanista que tiene como objetivo el análisis y la descripción del sentido y contradicción de la vida humana; explicado de manera más sencilla, el existencialismo es una filosofía encaminada a la búsqueda de sí mismo y el significado de la vida a través del libre albedrío, de elección y responsabilidad personal. (Salama, H., Villareal, 1992)

La terapia Gestalt toma del existencialismo diversos postulados:

- El raciocinio y la lógica por sí mismos no llegarán al conocimiento completo del ser.
- Existen dos categorías del ser que son el ser y el no ser, en las que para el ser solo existe el “ser – en – sí” mientras que el no ser se clasifica en “ser – para – sí” y “ser – para – otro”.

- El ser es consciencia del ser por lo que la inconsciencia no es ser, siendo así, el ser el responsable de sus actos hasta que pudiera parecer inconsciente.
- La existencia del ser no se encuentra en el pasado ni en el futuro, sino en el presente inmediato, es decir, en el aquí y en el ahora.
- El ser humano es arrojado a su existencia, lo cual le confiere dos aspectos: por un lado el miedo y el vacío y por otro la libertad.
- El ser humano es el único responsable de su existencia.
- Como expresiones de su libertad tiene la posibilidad de elegir y de decidir sobre su existencia.
- El ser humano realiza su existencia a través de los actos con los que se proyecte intencionalmente sobre su mundo.
- La existencia del hombre solo es concebible vinculada al mundo que lo rodea. (Salama, H., 2004)

c) Humanismo

Surge en Europa en el siglo XVI cuando se trata de darle a la vida un sentido racional y al hombre la responsabilidad de su propia vida al margen de un mundo trascendental externo a él. Se extendió durante el Renacimiento distinguiéndose por su optimismo y fe renovadora en el hombre y en la riqueza de sus posibilidades.

Después de la segunda guerra mundial se gestó un gran movimiento social que rechazó cualquier rasgo referente a los acontecimientos de violencia suscitados, constituyéndose organizaciones de intelectuales, científicos, artistas y ciudadanos comunes, determinándose así un movimiento llamado Humanismo. Desde luego puede considerarse como una continuación del movimiento original, pero extendido hacia todos los ámbitos del ser humano, formándose así una psicología humanista que usó elementos importantes como filosofía existencial y método fenomenológico, conceptos comunes con la psicología Gestalt. (Ginger y Ginger, 1993)

De alguna manera se buscaba “colocar nuevamente al hombre en el centro de la psicología cada vez más científica, fría y deshumanizada”, creando una tercera fuerza ante el Psicoanálisis Ortodoxo y el Conductismo, que eran acusados de tratar al hombre como un producto y de haberlo reducido a un objeto de estudio.

La Gestalt tomó de la psicología humanista sus principios:

- El hombre es más que la suma de sus componentes.
- La existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas.
- El hombre vive de forma consciente lo que es una característica esencial y base para la comprensión de su existencia.
- El ser humano tiene capacidad de elección.
- El ser humano es intencional, es decir, busca una meta, objetivos o valores que forman su identidad. (Quitmann,1985)

Otro concepto importante tomado del humanismo es que se considera al terapeuta y al cliente como iguales, oponiéndose a que el terapeuta este distante o en un nivel superior, y buscando una actitud respetuosa, abierta y empática con una relación autentica y transparente con la persona. (Koop, 1971)

3.2.2 Psicológicos

a) Conductismo

Las terapias conductuales consideran que se debe enfocar en la conducta observable, medida más que en los pensamientos, sentimientos o procesos conscientes o inconscientes. Indican que cualquier conducta es aprendida y el terapeuta únicamente debe enseñar a las personas nuevas formas de comportamiento, más que comprender cómo o por qué aprendieron a comportarse de determinada manera. La terapia Gestalt rechaza el concepto del hombre limitándolo a solo un conjunto de respuestas condicionadas frente a estímulos

ambientales y considera que el único objeto de estudio legítimo de la psicología es la conducta observable.

Al surgir prácticamente de manera simultánea, la Gestalt y el Conductismo comparten varios aspectos pero se perciben más diferencias que coincidencias:

- El Conductismo pone atención a las respuestas del sujeto, a lo que puede observar y la Gestalt toma la forma pero la amplía pues considera además aspectos internos que ocurren en el mismo sujeto.
- El conductista piensa que la conducta observable es el único objeto de estudio y el único criterio para evaluar resultado, mientras que el psicólogo Gestalt estima que todo lo que sucede dentro de una persona (sensaciones, percepciones, experiencias) constituye datos psicológicos válidos.
- Los conductistas se centran en la conducta o síntoma actual y los gestaltistas estiman que los determinantes de la conducta están dentro de la persona.
- En el Conductismo, el terapeuta es el responsable de ejecutar los cambios en el paciente mientras que en la Gestalt, la psicoterapia es un medio para hacer crecer el potencial humano sin manipularlo. (Fagan, J., 2003)

b) Psicoanálisis

Fritz Perls fue alumno y seguidor de Freud, se formó como psicoanalista y ejerció como tal más de veinte años, viéndose influenciado importantemente por el trabajo de Freud quien desarrolló la teoría de la Personalidad de manera innovadora y hasta revolucionaria para su época. Perls se separa de la corriente psicoanalista pues se opuso a varios puntos fundamentales tanto de la teoría como de la técnica freudiana, aunque reconoce también muchas influencias del psicoanálisis sobre la Gestalt, de manera crítica hacia sus postulados, o como desarrollo a partir de los mismos. (Salama y Villarreal, 1992)

Una divergencia importante es la referida al concepto de inconsciente: Perls (1995) se interesaba más en el proceso de darse cuenta que en el contenido del material reprimido; consideraba de mucha mayor importancia lo que una persona sí sabe y siente de sí misma que lo que ignora, dándole atención al cuerpo, a las emociones y a lo observado en el momento presente, más que usando la técnica interpretativa y de asociación libre. Criticaba al psicoanálisis por determinista y retrospectivo, desconfiando del énfasis en la palabra, la racionalización y el análisis del discurso, debido a que aísla lo psicológico de la totalidad de la persona deformando su realidad. Por ello se enfocó más en atender el proceso de la persona en el momento presente observando su cuerpo, su movimiento y su emoción.

Perls se oponía al concepto del terapeuta experto y distante que interpreta elementos del discurso, estando en contra de fomentar una actitud pasiva y sumisa del paciente, y abogando por una relación transparente y humana que permite actitud activa y participativa del paciente. Perls era mucho más humanista e intuitivo que teórico.

En el psicoanálisis tradicional el síntoma es frecuentemente relegado a un segundo plano, considerándolo como una señal simple en el descubrimiento de sí mismo, y en oposición, en la Gestalt el síntoma se ve como un llamado específico de la persona, por lo que se escucha con respeto y atención, y se le ayuda a adquirir su máxima expresión.

En su libro "Ego, Hambre y Agresión" se encuentra el puente entre el psicoanálisis y la visión gestáltica; a pesar de diversos cambios en trabajos posteriores, una buena cantidad de actitudes básicas de Perls pueden encontrarse ahí. En este libro Perls acusa a Freud de sobresexualizar la vida pone en duda el predominio de la pulsión sexual señalando la oralidad en el ser humano. (Perls, 1975)

Coincide con Freud en que los síntomas son expresión de un conflicto psicológico no superado mediante maneras comunes de resolución, y sirve para sustraerse de un deseo inaceptable o de una experiencia rechazada. Aquí Perls aboga por aliarse con el síntoma para rescatar su función, más que buscar su origen.

El análisis de los sueños es una aportación primordial del psicoanálisis, que los emplea como una comunicación con el mundo subjetivo del paciente, accediendo a su mundo interior y permitiendo descubrir alegrías, penas y padecimientos. Aquí se tiene un tema en común, pero en el enfoque Gestáltico, la identificación sucesiva de los elementos del sueño conduce también a asociaciones acompañadas con frecuencia de reacciones emocionales, mientras que en el psicoanálisis sirve de base para las asociaciones verbales y eventualmente da lugar a una interpretación. (Ginger, S. 1993)

c) Psicología de la Forma

Los seguidores de esta corriente estudian los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la percepción así como las relaciones del organismo con su medio; explican que todo campo perceptivo se diferencia en un fondo y en una forma o figura, y a su vez la percepción depende de factores objetivos y subjetivos pudiendo variar su importancia relativa.

Se enumeran los principios de la psicología de la forma considerados en la Psicología de la Gestalt por Perls:

- Las partes se integran para formar estructuras, en el campo perceptual.
- El campo perceptual maneja una relación de figura y fondo, resaltando la figura del fondo el cual se ubica bajo un contorno.
- La estructura puede ser simple o compleja.
- Una estructura bien articulada provoca un impacto en el observador.
- Una figura con estructura fuerte tiene cohesión y resalta sobre las demás.
- Una figura abierta tiende a cerrarse para alcanzar estabilidad.

- Al llegar a la estabilidad (el cierre), las formas tienden hacia la simetría, la proporción y el equilibrio.
- Los objetos son formas estructuradas y organizadas.

3.2.3 Metodológicos

a) Fenomenología

Edmund Husserl desarrolló la fenomenología, método que se distinguió o que se adecuaba a los objetivos de la filosofía existencialista. La fenomenología es una búsqueda de comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación más que en la interpretación del observador. Entra en la vivencia de la situación y descubre lo presente permitiendo que el fenómeno hable por sí mismo; observa y describe aspectos, detalles y matices exactamente como aparecen.

El pensamiento gestáltico comparte los mismos criterios descriptivos y libres descriptivos de la fenomenología así como la superación del dualismo mente – cuerpo, sujeto – objeto, mundo interior – exterior. (Salama, H. y Villareal, 1992)

La Gestalt considera de la fenomenología:

- El cómo precede al por qué (primero se describe y luego se explica).
- Lo esencial es la inmediata vivencia tal como se percibe o siente corporalmente, así como el proceso desarrollado aquí y ahora
- Es importante la toma de consciencia del cuerpo y del tiempo vivido, como experiencia única de cada ser humano.
- La percepción del mundo y el entorno la dominan factores subjetivos irracionales que le dan un sentido, diferente para cada quien.

b) Holismo

Jan Smuts principal exponente del holismo influyó fuertemente en Perls, lo que hizo que la Gestalt recibiera a su vez influencia de esta teoría. Smuts toma el nombre de holismo del griego “holos” que significa totalidad, y se refiere al motor de la creación de totalidades del universo.

La concepción holística de las cosas indica que si se configura el todo en sus partes pero se observa la totalidad, se producen realidades y efectos diferentes a los producidos por las partes. Otro planteamiento es que los procesos evolutivos se caracterizan por una síntesis creadora que es una actividad dinámica en la evolución.

Al integrar Perls el holismo (o parte de él) en la Gestalt, tuvo gran interés en la contemplación del ser como un todo, como un organismo influenciado por sus propias células, por la sociedad y por el presente y el pasado. (Ginger, S., 2005)

Otras concepciones importantes tomadas por Perls del holismo:

- La salud no es la ausencia de enfermedad o dolor sino un estado completo de bienestar físico, mental y social.
- El cuerpo es el medio de comprensión y expresión del ser, así que su adecuada observación y la concordancia con lo que menciona el paciente es una forma de comprender si los sentimientos expresados concuerdan con lo expresado.
- Se da énfasis al proceso incesante de cambio creativo, a la interdependencia de organismo y medio, a la naturaleza holística de las personas y el universo donde todas las cosas están interconectadas.

3.3 Leyes o principios de la Gestalt

Se consideran algunas leyes o principios fundamentales para los gestaltistas:

- De la Prägnanz

Es la ley llamada de la “buena forma” (pregnancia), que afirma la tendencia de la experiencia perceptiva a adoptar las formas más simples posibles. Las partes de una figura que tiene “buena forma”, indican una dirección o un destino común formando unidades autónomas en el conjunto. Con esta ley se permite una lectura fácil de figuras que interfieren formando aparentes confusiones, pero prevaleciendo sus propiedades, se ven como desglosadas del conjunto.

- De la Semejanza

La mente agrupa elementos similares en una entidad, la semejanza depende de la forma, el tamaño, el color y otros aspectos visuales de los elementos.

- De la Proximidad

Se refiere al agrupamiento parcial o secuencial de elementos por la mente basado en la distancia. Aquí se establece que los objetos contiguos tienden a ser vistos como una unidad. Los estímulos que están próximos tienden a percibirse como formando parte de la misma unidad.

- De Simetría

Las imágenes simétricas se perciben como iguales, como solo un elemento, a la distancia. Es tan trascendente que desborda el campo de la percepción de las formas constituyendo uno de los fenómenos fundamentales de la naturaleza.

- De Continuidad
Los detalles que mantienen un patrón o dirección tienden a agruparse como parte de un modelo, o sea, se perciben elementos continuos aunque se interrumpan entre sí. Toma elementos de cierre, de la ley de buena figura o destino común y de la ley de la experiencia, teniendo como caracteres propios la manera de presentar las formas, que se muestran incompletas e inconclusas, abreviadas o en esquemas sencillos.

- De dirección común
Los elementos que parecen construir un patrón o un flujo en la misma dirección, se perciben como una figura.

- De simplicidad
El individuo organiza sus campos perceptuales con rasgos simples y regulares. Tendiendo a buenas formas.

- Relación entre figura y fondo
Establece que el cerebro no puede interpretar un objeto como figura o fondo al mismo tiempo y la imagen a observar dependerá de la percepción del objeto. Se considera de gran fuerza y trascendencia, pues podría abarcar a las anteriormente expuestas, ya que en todas ellas se ve este principio organizativo de la percepción.

- De igualdad o equivalencia
Determina que hay tendencia a constituir grupos en la concurrencia de varios elementos de diferentes clases, cuando estos son iguales. Si las desigualdades se basan en el color, el efecto es más sorprendente que la forma; si se potencian las formas iguales con un color común, se establecen condicionantes potenciadores para el fenómeno agrupador de la percepción.

- Del cerramiento

Las líneas que limitan una superficie son captadas más fácilmente como unidad o figura que otras que se unen entre sí; el efecto de cerramiento se produce en circunferencias, cuadriláteros o triángulos.

- De la experiencia

Desde el punto de vista biológico, el propio sistema nervioso se ha ido formando por el condicionamiento del mundo exterior. (Brigas, Aleida, 2012)

3.4 Conceptos de la Terapia Gestalt

3.4.1 Darse cuenta

Se considera el concepto más importante del enfoque Gestáltico y es entrar en contacto natural y espontáneamente en el aquí y ahora con lo que se es, se siente y se percibe. La Terapia Gestalt lo concibe como el proceso de restauración de la salud entendiendo que la neurosis es un oscurecimiento de la capacidad de percibir y el camino correcto es esclarecerlo.

Para Yontef (1995) es “el proceso de entrar en contacto alerta con la situación más importante en el campo ambiente / individuo, como un total apoyo sensorio – motor, emocional, cognitivo y energético”. Es un medio de orientación que permite conocer la ubicación en cada situación y la necesidad dominante en ese momento para el organismo.

Es un medio para orientación en el mundo pero que exige algunas condiciones:

- Solo es eficaz cuando se basa en la necesidad dominante actual del organismo.

- No está completo sin conocer directamente la realidad de la situación y como se está en ella.
- Es siempre aquí ahora y siempre cambiando, evolucionando y trascendiendo así mismo, y no puede ser estático ya que se renueva en cada momento. (Peñarrubia, 1998)

El darse cuenta también denominado “toma de consciencia” de las sensaciones y acciones tiene tres fines:

- Propicia la relación personal.
- Facilita el proceso de elaboración.
- Se recuperan situaciones pasadas. (Polster, 2012)

En el darse cuenta se desarrolla la capacidad de consciencia, lo que supone enfocarse en tres zonas:

- Mundo exterior o zona externa
Se trata de optimizar los sentidos y acentuar su función perceptiva para captar la realidad del entorno; es decir, establecer contacto sensorial con objetos y eventos externos pero presentes en el momento.
- Mundo interior o zona interna
Auto observarse en sí mismo, captar sensaciones térmicas, de movimiento, afloro de sentimientos, estados de ánimo y su evolución. Se ve lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel
- Fantasía o zona intermedia
Incluye toda la actividad mental trascurrída más allá del presente (explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, etc.), lo cual en Gestalt es fantasía, no es real. Perls lo llamaba “tierra de nadie” y “zona desmilitarizada”, como frontera entre lo propio y lo ajeno. (Salama, 2004)

3.4.2 Aquí y ahora

Un concepto básico de la Psicoterapia Gestalt es el manejo del tiempo; para ello no hay necesidad de acudir hacia el pasado como lo hacen los psicoanalistas, pues todo puede ocurrir en el presente. Cualquiera que sea la situación que se trabaja con el paciente se da tal y como la está experimentando ahora dejando en un segundo plano los hechos ya sucedidos. El trabajo terapéutico se encamina a darle a la persona la posibilidad de vivir en el presente motivándolo para que concentre su atención en sensaciones, emociones y pensamientos que están ocurriendo en su momento existencial; el trabajarlos “aquí y ahora” le ayudarán a cerrar asuntos inconclusos que vayan apareciendo durante el proceso, trasladándolos al aquí y ahora, y con ello también se debe de evitar fantasías que tenga sobre el futuro. (Perls, 2008)

3.4.3 Figura Fondo

Esta aportación de los psicólogos Gestaltistas es un concepto básico en la terapia y se refiere a la manera como el individuo percibe asumiendo que el fenómeno se produce a través de una relación entre la figura y el fondo, donde la figura emerge en forma de relieve resaltando por sobre lo demás y centrando en ella nuestra atención; simultáneamente la otra parte de la percepción ha quedado en el fondo. Para la Gestalt las emociones, sensaciones, pensamientos y recuerdos son organizados en forma de figuras sumergidas en el fondo y en función a lo que el individuo necesite, surgirán para manifestarse en su comportamiento. Muchas situaciones no resueltas por la persona estarán esperando a ser cerradas, así no permiten a la persona integrar su vida creando distracciones.

Su aparición se produce al buscar el equilibrio perdido, lo cual se ha denominado homeostasis.

3.4.4 Homeostasis

Homeostasis consiste en la tendencia del organismo para alcanzar la estabilidad, mantener su equilibrio y su salud. Perls (2008) lo refería como “proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades, y dado que éstas son muchas y cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático transcurre todo el tiempo”.

Como consecuencia el ser humano pasa de un estado de desequilibrio, al surgir una necesidad, hacia el equilibrio, cuando ésta ha sido satisfecha. Aunque es posible que el organismo no pueda recuperar el equilibrio durante un tiempo considerándose enfermo, y puede llegar a la muerte si no es capaz de ejecutar el proceso homeostático.

La relación figura fondo y la homeostasis son básicas en los contactos establecidos por el ser humano, intrapersonal e interpersonalmente, y al explicarse se puede entender otro concepto importante de la Gestalt, el contacto.

3.4.5 Cierre

Si una figura está incompleta, el receptor la completará en su mente; esto se conoce como fenómeno de cierre y se manifiesta en otros campos más allá de la percepción visual y se busca ajustar los procesos mentales lo más completamente posible.

Una figura abierta tiende a cerrarse, lo cual sucede también en el aprendizaje y el pensamiento, un problema no resuelto o una tarea específica no aprendida es una Gestalt incompleta que origina tensión, y al resolver el problema se efectúa el cierre y se libera la tensión. (Castanedo, 2001)

3.4.6 Contacto

El contacto se puede considerar como la toma de consciencia del campo o la respuesta motriz en el campo, que incluye todas las relaciones que se dan en la frontera entre el organismo y su entorno. (Perls, 1975)

El contacto significa estar completamente implicado en la experiencia presente que transcurre en el aquí y el ahora y no se limita solamente a una interrelación de personas. Los procesos constituidos son: mirar, escuchar, tocar, platicar, leer, gustar, moverse, y a través de su desempeño normal se entabla el contacto, así como, cualquier alteración produce que se bloquee o se evite. (Castanedo, 2001)

Para que se lleve a cabo el contacto se necesita que en una figura surja del fondo organismo / entorno, pues la formación de una figura sobre un fondo es un proceso dinámico en el que las necesidades del campo incrementan el interés y la fuerza de la figura dominante. La prevalencia y dominio de la figura está relacionada con la autorregulación del organismo, ya que es la situación más urgente y la necesidad de mayor jerarquía. El contacto tiene importancia vital y uno de los aspectos que el terapeuta debe resaltar, es conducir al paciente al establecimiento del contacto con todo aquello que considere inconcluso para cerrar todo y hacer crecer personalmente al paciente. (Polster y Polster, 2012)

Frontera de Contacto

El contacto establecido entre el individuo y el ambiente se produce mediante una frontera de contacto permitiendo así proteger al yo de lo que no es. Polster (2012) señala “La frontera del ser humano – la frontera del yo – está determinada por toda la gama de sus experiencias en la vida, y por las aptitudes que haya adquirido para asimilar experiencias nuevas o intensificadas. Esta frontera delimita en cada persona la capacidad de contacto que considere admisible”.

Esta frontera de contacto le permite a cada individuo estimar los riesgos que representa efectuarlo, así que cuando considera rebasados sus límites el individuo

se siente amenazado y obstruye el contacto pero también hay quienes se atreven a rebasar límites y establecen un contacto afortunado, ampliando así la frontera correspondiente.

Zonas de Contacto

El ser humano, al relacionarse, utiliza sus sentidos, pero además su razonamiento en todas sus modalidades mismas que han sido denominadas como zonas de contacto. Éstas son aquellas que le permiten tener consciencia de su mundo externo e interno existiendo tres:

- Interna
Se refieren a aquellas sensaciones internas captadas por la persona, como lo puede ser alguna molestia estomacal o algún dolor interno.

- Externa
Son todos los estímulos encontrados en el exterior y captados por la persona (identificar la iluminación de una sala o la forma de objetos que le rodean).

- Media o intermedia
La persona establece contacto con sus pensamientos, recuerdos, planes y fantasías. Su uso le permite procesar la información recibida de las zonas interna y externa. En la terapia se conduce al paciente hacia la reducción de esta zona y la preferencia de las otras.

Es necesario que se tenga equilibrio entre las tres zonas pues de lo contrario el manejarlas incorrectamente puede llevar a un aspecto que afecta al individuo en la actualidad, como lo es la neurosis. (Oldham, *et. al.*, 1992)

3.4.7 Neurosis

Para Perls (2008), “la neurosis es un síntoma de una maduración incompleta, pudiendo esta idea conducir hacia la consideración desde un punto de vista educacional en lugar de un punto de vista médico”.

Para la Gestalt la neurosis no es una enfermedad sino una forma de ser y reaccionar ante el mundo; no existe como un ente aislado del individuo sino que es la manera en que enfrenta sus circunstancias. Debiendo ser la interacción del ser humano con el medio ambiente una relación armónica o de equilibrio, se puede considerar que la neurosis surge cuando se ha presentado un desequilibrio y por ello sus necesidades no han podido ser satisfechas, generándose un conflicto entre sus necesidades y las exigencias de la sociedad. Se puede decir que la neurosis tiene que ver con todas aquellas situaciones inconclusas que el individuo ha dejado pendientes, no se ha dado cuenta de ellas o ha sido incapaz de resolverlas.

Según Perls (2008) algunas características de la neurosis son:

- El individuo no distingue adecuadamente entre él mismo y el resto del mundo.
- No ve claramente sus necesidades y por lo mismo no puede satisfacerlas.
- Se encuentra atado a su pasado y a su manera de actuar, disperso en su presente y torturado por el futuro.
- Manipula para usar el ambiente, para que éste haga su trabajo, careciendo así en gran medida del auto apoyo.
- Frecuentemente su auto concepto es erróneo y no le brinda ningún apoyo, se ve ocupado reclamando auto desaprobandose queriendo eliminar su genuina auto expresión.
- Busca constantemente aprobación, apoyo ambiental y aceptación.
- Muchas de sus complicaciones van de la mano con el no darse cuenta, puntos ciegos y objetos y relaciones que no llega a sentir.

- Generalmente enfrenta sus situaciones interrumpiéndolas siendo éste un proceso insatisfactorio y de auto interrupción.

En la neurosis se presentan lo que Perls denomina “capas o estratos de la neurosis” que requieren ser plenamente identificadas por el terapeuta para precisar el nivel en el que el paciente se encuentra, y son:

a) Clichés o estereotipos

Se utilizan formas estereotipadas y banales de conducta, se habla sobre cosas y situaciones intrascendentes, basadas en formalismos y condicionalismos sociales, existe un vacío en los conceptos de sí mismo y del otro. Se manifiesta el reconocimiento de la otra persona pero no su aceptación.

b) Roles y juegos

Se ejecuta un papel falso representando actuaciones de niño bueno, niño malo, tirano, indefenso, ignorante, etc. Aquí el terapeuta enfoca primordialmente el desarrollo del trabajo revisando la evidencia de los roles que el paciente va representando. Se actúan conductas rígidas y automáticas.

c) Callejón sin salida, atolladero, sustrato fóbico o “impasse”

El paciente ya no actúa el papel que representaba por lo cual se encuentra en un callejón sin salida, donde manifiesta sentimientos de pánico y ansiedad originados por su temor a mostrarse como sí mismo. Ya no sirven los apoyos anteriores y hay una parálisis conductual entre la elección y la acción. El terapeuta debe tratar de sostener este malestar.

d) Implosión o capa de la muerte

Se producen sentimientos contraídos: ser o no ser, la nada o la muerte. La persona acumula energía dentro de sí misma y no sabe de qué forma expresarla.

e) Explosión o capa de la vida

El paciente se ha atrevido a liberar la energía almacenada que lo conduce hacia una vida auténtica, pudiendo manifestar sentimientos de gozo, ira, placer y dolor. Los sentimientos interrumpidos pueden descargarse y la explosión equilibra al organismo, satisface su necesidad y cierra una situación inconclusa. (Peñarrubia, 1998)

3.4.8 Ciclo gestáltico de la experiencia

En la terapia Gestalt, el ciclo de la experiencia es básico en la vida humana pues se refiere a un ciclo psicofisiológico que opera en toda persona, y a la vez en un proceso que comienza cuando una necesidad orgánica surge y requiere satisfacción. También es llamado “Ciclo de autorregulación orgánica”, “Ciclo de satisfacción de necesidades”, “Ciclo de contacto – retirada”. (Peñarrubia, 1998)

Zinker (1980) lo denominó como ciclo de consciencia – excitación – contacto, explicándolo de acuerdo a los siguientes pasos:

- Reposo
El organismo se encuentra en reposo.
- Sensación
El paciente siente que algo no está bien pero no determina qué es.
- Conciencia
El paciente identifica, explica y está consciente de dichas sensaciones.
- Movilización de energía
El terapeuta da facilidades para que el paciente explore sus emociones.

- **Acción**
Se facilita la expresión de las emociones contenidas del paciente haciendo que surjan.

- **Contacto**
Se logra asumir y asimilar la experiencia vivida al entrar en relación con el entorno, resolviendo la necesidad del organismo.

- **Retirada**
El organismo regresa al estado de reposo hasta una nueva emergencia de necesidades.

Interrupciones del Ciclo o Auto interrupciones

Siendo para muchos terapeutas de la Gestalt la principal herramienta en el seguimiento del proceso terapéutico, el ciclo debe tratar de completarse pero puede sufrir interrupciones haciendo que los mecanismos neuróticos perturben diferentes secuencias. Estos mecanismos son a su vez interrupciones e interferencias en el proceso de crecimiento y de auto reconocimiento. Son barreras que la persona usa para no establecer contacto, por ello el individuo puede perder aspectos propios que lo lleven a reducir el nivel de consciencia. (Castanedo, 2001)

Las interrupciones o mecanismos que se pueden presentar son:

- **Egotismo**
Es un reforzamiento deliberado de la frontera de contacto, inflación del ego favorecida por la propia terapia Gestalt, el paciente se interesa mucho por sí mismo malinterpretando la auto responsabilidad hasta llegar a un exceso narcisista.

- Represión

No permite que emerja la sensación por lo que la persona no es capaz de pasar a una nueva experiencia. La orientación del terapeuta será llevar al paciente a establecerse en el ambiente y dirigir su conciencia sensorial hacia sí mismo, buscando que esa parte de su experiencia se encuentre viva.

- Proyección o desensibilización

En Gestalt se considera como una resistencia a darse cuenta. La persona puede no estar consciente totalmente de sus sensaciones, o reprime las señales de su cuerpo bloqueando sensibilidad a estímulos internos y externos, por miedo a lo que esa sensación le pueda producir, propiciando la intelectualización, pues al reprimir la experiencia emocional piensa que siente pero no siente. La persona niega cualquier sensación que pueda causarle malestar, y atribuye al exterior todo lo que se origina en su interior y con ello no se hace responsable de lo que genera. Se puede considerar el mecanismo opuesto a la introyección. (Salama, 2006)

- Introyección

Es la interrupción entre consciencia y movilización de energía. La energía que requiere para movilizarse la persona a su favor, se bloquea, fisiológica o psicológicamente; por lo que hay que buscar energetizar los sistemas de acción localizando el punto vital interior para llevarlo a una expresión física concreta. El individuo capta todo lo que recibe del entorno indiscriminadamente, apropiándose de él haciéndolo suyo y parte de su personalidad; normas morales, familiares, culturales, estilos de vida, costumbres, mandatos, religión, los asimila construyendo una identidad ajena. Su carácter se vuelve rígido y sus acciones no responden a sus necesidades actuales. (Peñarrubia, 1998)

- Retroflexión

El proceso puede interrumpirse y no llegar a la acción. La persona desvía su energía o no la utiliza adecuadamente. Se requiere encontrar la relación entre la necesidad y la acción, permitiendo así que la energía se manifieste, explorando conductas que lleven a la satisfacción de la necesidad. Se marca excesivamente el límite entre el yo y el entorno de manera que en lugar de rebasar esa frontera y establecer contacto, el individuo se vuelve hacia o contra sí, haciéndose a sí mismo lo que le gustaría hacerle a los demás. El autocastigo y el autocontrol son las formas más comunes de la retroflexión.

- Deflexión

Se sitúa entre acción y contacto, desenfocando el objeto de contacto y distrayéndose hacia otra dirección. La persona no logra centrarse en su interacción con el entorno ni es nutrida por el intercambio, Surgen sentimientos de superficialidad y vacío, necesitando que se atienda su conducta, sus sensaciones y las consecuencias de dicha acción. El paciente evita el contacto, rechaza lo que surge del aquí y el ahora por lo que ante el terapeuta trata de cambiar el giro de una conversación sin darse cuenta. Son ejemplos de conducta deflexiva el circunloquio, la verborrea, el aburrimiento, la apatía y la desenergización.

- Confluencia

Interrupción entre el contacto y la retirada; a la persona se le dificulta reconocer si está satisfecha su necesidad o ha finalizado una situación, por lo que tiende a quedarse adherida a la experiencia, impedida a ir a otra situación. Es utilizada por las personas para no distinguir entre el yo y su entorno, no aceptando la separación. El paciente confunde identidad con unión, y pierde capacidad para expresar su opinión o crítica, además de siempre estar de acuerdo en lo que los demás expresen, por su

incapacidad para asumir la confrontación. Se necesita trabajar con sus límites y la apertura a la variedad de ritmos de la vida. (Peñarrubia, 1998)

3.4.9 Polaridades

En este punto, muy importante en la terapia Gestalt, se busca facilitar la integración y reconciliación de partes opuestas de la personalidad del paciente, es decir, manejar sus polaridades. Perls lo aplicaba para trabajar algunos conflictos personales llamándolo “el juego de auto tortura”, y utilizó los opuestos entre la representación del deber ser (la parte que juzga, ordena, controla, impone, intimida y que no se equivoca) y su contraparte (sufre, se justifica, pospone, evade, etc.), que hace lo posible por anular a su opositor. (Castanedo, 2001)

El conflicto surge cuando se privilegia una cualidad de una que descalifique a la otra, perdiéndose así la capacidad de ser flexible, adaptable y convivir con cualidades distintas dentro de sí mismo. Aquí se busca la mediación recurriendo al diálogo para buscar el contacto entre ambas partes, y la persona podrá escucharse y expresar el sentir de cada parte y así comprender su lucha interna. (Baumgardner, 2003)

La Gestalt no concibe separados el mundo interno y la conducta, los síntomas físicos y las intenciones, la acción y el pensamiento, entre otras, sino que diferencia artificialmente (polarización) para comprender mejor el campo total (integración), o por otro lado enfoca la situación para determinar lo que no permite un avance natural.

3.4.10 Responsabilidad

Implica que la persona elige la manera de responder. Para Perls era muy importante la responsabilidad de cada persona y dirigía su terapia hacia auto apoyo, autonomía de conducta y decisiones. En la Gestalt la responsabilidad es un hecho,

no un deber, y acentúa la consciencia de esta realidad con una invitación permanente a que la persona se responsabilice de sus hechos. (Ginger, 2005)

Hay formas de evitar la responsabilidad, como dar demasiadas explicaciones, justificarse, defenderse, entre otras y se vivirá en un mundo imaginario más que en uno real si no se adquiere la responsabilidad de lo que cada quien hace.

Para Bucay (2002) el uso excesivo de generalizaciones o de palabras indefinidas (alguien, uno) o evitar los pronombres “tú” y “yo”, el uso continuo de la palabra “pero”, son formas comunes para negar la responsabilidad de lo que se dice y a quien se le dice.

3.4.11 Preceptos básicos

Perls con su método terapéutico modificó la manera de concebir la psicoterapia, acentuando la intuición, la relación y la actitud más que las formulaciones teóricas. Se destaca la conveniencia de algunas actitudes ante la vida y la experiencia. (Naranjo, 1990) Se desarrollaron los siguientes preceptos:

- Vivir ahora, no ocuparse del pasado ni del futuro.
- Vivir aquí, la relación es con lo presente no con lo ausente.
- No imaginar, experimentar lo real.
- Abandonar pensamientos innecesarios, solo sentir y observar.
- Expresar, es mejor que manipular, explicar, juzgar o justificar.
- Entregarse al desagrado, al dolor y al placer, sin restringir el percatarse.
- No aceptar “debería” o “tendría” del exterior, solamente considerar los propios.
- Asumir responsabilidad por las acciones propias, así como sentimientos y pensamientos.
- Aceptarse como se es.

Esto se resume en tres principios:

- a) Valorar la actualidad temporal.
- b) Valorar la atención y aceptar la experiencia.
- c) Valorar la responsabilidad.

3.5 Técnicas de la Terapia Gestalt

La terapia Gestalt utiliza diferentes técnicas que se han originado de varias fuentes que Perls aprovechó buscando llevar al paciente hacia una mayor consciencia y responsabilidad. Así tomo del Psicoanálisis la asociación libre como una forma de atención continua y el aspecto motor como una forma de resistencia de Reich; de cualquier manera la terapia debe considerarse como un sistema coherente que permite orientar el trabajo psicológico más que como un trabajo ecléctico.

Perls manejó las técnicas de la Gestalt como si fueran reglas y juegos, estableciendo las primeras al principio del proceso terapéutico donde se indica el principio del ahora, se evita el lenguaje impersonal y no se formulan preguntas, entre otros, y en los juegos se maneja una participación aparentemente superficial del paciente pero que es útil en el proceso. (Naranjo, 1990)

Perls y su esposa adaptaron, combinaron y usaron lo mejor de otras corrientes nunca dejaron de crear técnicas y procedimientos, convirtiendo así la Gestalt en una terapia inclusiva e integrativa. (Salama, 2004)

Una característica particular de la Gestalt es el aspecto vivencial de sus técnicas y se clasifican en supresivas, expresivas y de integración.

3.5.1 Técnicas Supresivas

El objetivo es que el paciente no haga nada más que vivenciar; por medio de los requerimientos supresivos, el terapeuta desalienta al paciente en lo que no es. Su

utilidad es dejar de hacer lo que no sea necesario y con ello descubrir la experiencia que se oculta detrás de una actividad. (Salama y Villareal, 1992)

a) Acercadeísmo

Si el paciente tiende a justificar, explicar o interpretar las causas de su problemática es necesario alejarlo de esas formas de evasión, indicándole al inicio del proceso ciertas reglas que debe seguir con el fin de llevarlo hacia la vivencia, además de que exprese lo que surge de la experiencia.

b) Debeísmos

El trabajo del terapeuta debe centrarse en que el paciente entienda y viva la diferencia entre el deber y el desear o querer, ya que el deber es condicionante mientras que el desear no. La terapia Gestalt debe obtener su meta que es vivir en el presente tanto como se pueda y que ningún estándar o convencionalismo confunda el darse cuenta para que el paciente sea lo que es y ningún “debe” o “debería” esconda su identidad.

c) Experimentar el vacío

Se lleva al paciente a no evitar sensaciones desagradables o huecos, facilitándole el contacto con lo no deseado o con lo desagradable, o guiándolo para entrar al vacío, y así irá descubriendo de qué está compuesto y lo llenará con algo agradable, deseable.

d) No hablar acerca de

Al surgir algo que requiere ser trabajado conviene llevar al paciente al contacto con la experiencia más que hablar de la misma para evitar que la cierre y racionalice en lugar de vivenciar que es lo conveniente.

e) Manipulación

Mientras el “hablar acerca de” refiere el uso erróneo del intelecto y el “debeísmo” al uso equivocado de las emociones, la manipulación es la

utilización equivocada de la esfera de la acción. Esta forma de evasión se relaciona con la actuación del paciente y su intención de no contactarse o no tomar consciencia. El terapeuta puede enfrentar las distintas formas de manipulación utilizando estas recomendaciones:

1. Hacer preguntas

Deben dirigirse para obtener información que no exprese experiencia del que pregunta; ya que además de limitar la vivencia del que pregunta también sirve para satisfacer la necesidad del manipulador que desvía la interacción a lo que no es. Si durante el proceso terapéutico el paciente emite preguntas que constituyen una forma de manipulación y con ello se aleja de lo acontecido en la vivencia, se aplica la regla de no cuestionar.

2. Respuesta

Si se hace una pregunta dirigida para manipular, debe atenderse a la respuesta que se dé, pues frecuentemente constituye un acceso pasivo a la manipulación y no es útil para el que pregunta ni para el que responde.

3. Pedir permiso

El uso de esta petición lleva a una forma de que otros se responsabilicen de la acción del participante, ante lo cual el terapeuta lo puede dirigir hacia su necesidad de apoyo, confrontándolo también con su libertad y temor.

4. Exigencias

Ante las exigencias o demandas del paciente, el terapeuta usa la respuesta en función a quién omitió y la circunstancia, siendo una de ellas la estimulación de la expresión de exigencias y otra la conducción

de la persona a experimentar sus deseos o incomodidades de la situación para sustituir la exigencia.

3.5.2 Técnicas Expresivas

Cuando el paciente puede expresar lo que hasta en un momento no se había atrevido, no solamente revela su ser a otro sino a sí mismo. Sus actos expresivos son ocasión de darse cuenta y tener una experiencia colectiva en la que aprende que puede ser él mismo. Así como las técnicas supresivas desalientan al paciente a lo que no es, el terapeuta estimula en el paciente lo que sí es al invitarlo a expresarse. (Salama, 2004)

Las técnicas expresivas se dividen en tres formas:

1. Iniciación a la acción

Sabiendo que muchas conductas del paciente manifiestan temor para efectuarlas evitando el contacto y la expresión, se desarrollaron algunas técnicas orientativas hacia la acción:

a) Maximización de la expresión

El paciente es estimulado para expresar con palabras o acciones cuando ha dejado de hacerlo.

b) Suministro de situaciones no estructuradas

Se conduce al paciente para que se exprese a su conveniencia sin reglas, siendo él mismo quien elija la forma de expresión favoreciendo así su responsabilidad en lo que hace. Si se presenta algún conflicto entre la satisfacción de una necesidad orgánica y la ejecución de la acción, el terapeuta sugiere al paciente que sea él mismo.

c) Hacer una ronda

Conduce al paciente para que exprese verbalmente alguna situación a cada uno de los integrantes de grupo sin que tenga que existir una estructura determinada. Con eso se apoya al paciente cuando tiene dificultades para expresarse

d) Jerigonza o galimatías

El paciente se expresa emitiendo sonidos a su elección, que tengan relación con situaciones no pensadas o desconocidas para el participante, estimulando así a quien se retrae en su expresión.

2. Completar la expresión

Se estimula la expresión en la que se identifican circunstancias para que el paciente las lleve a cabo, como:

a) Repetición simple

El terapeuta refleja una acción o afirmación del paciente motivándolo a que repita la acción o la afirmación, para con ello incrementar el “darse cuenta” en el paciente, presenta algunas variantes:

Estricta.- Se expresa una frase a cada integrante del grupo pudiendo variar el contenido después.

Contenido.- Se adapta la afirmación a cada participante.

Actitud.- Se modifica una actitud según la persona que la enfrenta.

b) Exageración y desarrollo

El paciente repite varias veces una acción o afirmación lo que lo hará descubrir una situación novedosa, se sugieren las siguientes técnicas:

Explicitación y traducción.- El paciente explica con palabras una expresión no verbal (síntomas, sentimientos, dolores)

Identificación y actuación.- Se le da movimiento a los pensamientos.

Al aplicar cualquiera de ellas se acorta la distancia entre el yo y sus procesos siendo también un recurso importante que lleva al paciente hacia el “darse cuenta”. Se puede aplicar en el manejo de los sueños, anticipaciones del futuro, remembranzas y representación de partes de la personalidad.

Existen señales que pueden llevar al terapeuta al uso de la técnica de completar la expresión:

- Síntomas psicológicos como angustia, vergüenza, culpa.
- Pequeños conflictos.
- Exageración

3. Ser directo

Se busca que los participantes eviten el manejo de un lenguaje confuso que bloquee la responsabilidad del paciente, pero identificando las retroflexiones que lo lleven al manejo de un lenguaje directo hacia el contacto de sus verdaderos sentimientos.

a) Minimización

La expresión se entorpece por alguna situación que produce vaguedad; se sugiere al paciente el uso de un lenguaje directo eliminando expresiones como “quizá, tal vez, pero”, entre otras, y en lugar de ellas usar “y” o “yo” en lugar de “uno”.

b) Retroflexiones

Consiste en que el paciente se hace a sí mismo lo que hiciera para otra persona; aquí, debe conducirse a la persona a que exteriorice a otro lo que se hace a sí mismo, y con ello es posible que se dé cuenta que es lo que exactamente quiere hacer.

c) Exageración y desarrollo

Es llegar más lejos de la repetición llevando al paciente a enfatizar más en lo que dice o hace, hasta que se percate del significado.

d) Repetición

Se busca que el sujeto se percate de algún evento que puede ser importante y se dé cuenta de su significado.

e) Traducción

Se lleva al plano verbal alguna conducta, se expresa con palabras lo que se hace.

f) Actuación

El sujeto representa sus sentimientos, emociones, fantasías y pensamientos integrándolas a su personalidad.

3.5.3 Técnicas Integrativas

En sentido general las técnicas de expresión y supresión son integrativas pues, enfatizan el darse cuenta de lo que estaba dissociado a sí mismo, creando pensamientos, sentimientos o imágenes no efectivas, pero en la Gestalt hay técnicas que buscan la integración de las partes alienadas del paciente. (Salama y Villarreal, 1992)

1. Encuentro intrapersonal

Se establece un diálogo entre los distintos sub – yo o sub – sí mismo pidiendo al paciente que hablen sus distintos caracteres, manteniendo un diálogo vivo entre las diversas partes de su ser (su lado activo con el pasivo, el contento con el enojado, su debería con su quiero, etc.). La idea es relacionar dos o más ángulos distintos o puntos de vista en una misma persona permitiendo así la integración. Deben considerarse los aspectos importantes: el encuentro no debe ser prematuro y debe evitarse que el encuentro degenera en una discusión intelectual o en un juego de acusación y defensa mutua.

2. Asimilación de proyecciones

Hacer que el paciente incorpore lo que ha disociado, reconociendo como parte de su experiencia aquello que ha rechazado. El terapeuta sugiere que se identifique con lo que no reconoce como propio y al asimilarlo como suyo es posible que se percate que eso es el sentimiento que tiene en ese momento

3. Fantasías guiadas

Se pueden utilizar muchas fantasías desde la fase de formación de la figura previa sensibilización y para graduar cualquier experimento, alguna pueden ser: el túnel del tiempo que es una fantasía guiada siguiendo el ciclo de la Gestalt, haciendo que el paciente se imagine escenas de su vida pasada y que busque una en la que cree que dejó algo sin resolver y que le preocupa o le hace sufrir, y busque dirigido por el terapeuta algún cambio en ella que lo deje alegre; otra sería el archivero, aquí se utiliza cuando el paciente afirma que no tiene nada importante que expresar y se le invita a buscar en su interior imaginando que su vida se encuentra en un mueble dividido en archivos donde debe de buscar algo pendiente, al encontrarlo se le pide que lo comparta.

Como complemento y apoyo a las técnicas de la Gestalt, los juegos o estrategias son sumamente importantes en la terapia, sobre todo para el terapeuta, pues le permiten diversificar la aplicación de las mismas y aportar mejoras que se adapten a los requerimientos y tiempos de cada paciente. Así, el uso de una u otra estrategia o juego será acorde a cada caso particular y en función a las respuestas y vivencias del paciente que pueden presentar diferentes aristas. El trabajo se dirige a descargar la responsabilidad en el paciente, funcionando el terapeuta como guía, mentor, conductor que hace al protagonista descubrir, experimentar, conocer. (Baumgardner, 2003)

Se debe preparar el campo para trabajar, debiendo el paciente aceptar el ejercicio y el terapeuta hacerlo sentir acompañado; debe tenerse especial cuidado en la comodidad de ambos habiendo congruencia entre las palabras y los no verbales. Se considera clave la exploración del darse cuenta y se elegirá la estrategia en base a la conveniencia en tiempo y al paciente; obviamente se debe enfocar adecuadamente para no perderse el objetivo a seguir y una vez localizado el problema se elige la técnica y la (s) estrategia (as). Las estrategias o juegos buscan hacer consciente los sentimientos, las emociones y/o conductas. Se mencionan algunos juegos:

- Asuntos pendientes

Se invita al paciente a resolver situaciones, sentimientos y emociones que quedaron inconclusos o encerrados, debido a que no se atrevió a hacerlo en su momento, no estaba consciente, no tuvo oportunidad o simplemente se quedaron pendientes por cualquier causa como miedo al dolor, a la separación, a la soledad, etc.

- Cambio de roles

Se pide al paciente que juegue el papel de alguien diferente a él con el que tenga algún resentimiento, que actúe como esa persona y con ello tome

consciencia de la actitud del otro liberando la energía contenida y mejorando sus recursos.

- Ensayo teatral

El paciente deberá representar a uno o varios personajes y con ello experimentará diferentes manifestaciones de su personalidad, tendrá una vivencia clara de cada uno de ellos y de sus propias emociones. Con ello el paciente puede explorar claramente sus diferentes caras conociéndolas y aceptándolas en lugar de reducirlas, pudiendo también registrar diferencias y similitudes con otras personas de su vida.

- Exageración

Se pide al paciente realizar movimientos habituales que generalmente son propios de él pero de alguna manera involuntarios, exagerando gestos, aumentando la voz, los no verbales. El paciente deberá poner atención a su cuerpo, su postura; con ello se puede tener una conexión emocional apareciendo a través del cuerpo algo distinto a lo que dice. Con ello se está trabajando una toma de consciencia.

- Hacer la ronda

Haciendo que el paciente repita un sentimiento o expresión que el terapeuta considera importante, se puede experimentar de una manera variada que ayude a su propia experiencia.

- Manejo de polaridades

Esta estrategia sirve para esclarecer la figura y el proceso de cambio; se trabaja con características opuestas de acuerdo a las propias manifestadas por cada paciente, lo importante es que descubra con ello alguna resistencia para así trabajar dialogando con la parte contraria.

- Me hago responsable

Es el juego de la responsabilidad propia, que cuando el paciente expresa algo que le sucede se le pide que agregue a su aseveración el reconocer que se hace cargo de ello. Así el paciente asume que es el único responsable de la consecuencia y no buscará culpables en los demás. Tiene relación con acciones, deseos y percepciones, se encuentran necesidades y se busca satisfacerlas, y si no se toma la responsabilidad correspondiente.

- Silla vacía

Este es el juego – técnica considerado favorito de Perls y representativo esencial de la Gestalt, el paciente sitúa a cualquier persona de su vida con quien ha tenido algún evento inconcluso (resentimiento, diferencia, rencor, disgusto, etc.) en una silla frente a él y se le pide establecer un diálogo con ella. Esta técnica es muy útil para trabajar confrontaciones, proyecciones, resolver situaciones complicadas y puede utilizarse para trabajar el duelo.

- Proyecciones

Como el yo es una proyección continua y el mecanismo proyectivo pretende rechazar aquello que no le guste de sí mismo al paciente, viéndolo en otros, el trabajo terapéutico es hacer que la persona represente las actitudes que rechaza del otro para después ver que tiene de ellas en él.

Las técnicas y estrategias de la terapia Gestalt son ayuda básica en la labor del terapeuta, y su uso y aplicación dependen particularmente de cada persona, su actitud, su respuesta y el avance pero es necesaria la colaboración del paciente y la adecuada dirección del terapeuta.

3.6 Terapia Gestalt y duelo

La palabra “duelo” tiene por lo menos dos significados: por un lado designa un tipo formal de combate o lucha; y por el otro, es el proceso por el cual atraviesa un ser humano tras la pérdida de un “objeto”. Entendiendo al objeto no sólo como una cosa sino también como una persona, idea o ideal. La etimología de la palabra “duelo” proviene del latín: dolus, por dolor. El dolor es el principal sentimiento asociado a este proceso, y con éste, la lástima y la aflicción.

El padre del psicoanálisis Sigmund Freud define al duelo como: “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”. Una pérdida “es una experiencia universal dolorosa pero necesaria para crecer emocionalmente.”(García, 2009)

En cuanto a la psicoterapia Gestalt, Perls dice que “La idea de la terapia gestáltica es convertir a las personas de cartón en personas de verdad.” (Perls, 2008) En este mismo texto, Perls apunta que los seres humanos se han vuelto fóbicos hacia el dolor y el sufrimiento. Se evita todo aquello que no es agradable y con ello se evita el crecimiento. Hay poca tolerancia ante la frustración y no hay preparación para encarar con honestidad situaciones desagradables. Al no enfrentarlas se dejan sin terminar, lo que Perls llama “asuntos inconclusos” que claman por ser completados para cerrar la Gestalt; esa totalidad que sin organización se convierte en pedazos de un todo, que diseminados son difusos, no alcanzan a ser una figura definida y sin conclusión distrayendo a la persona de vivir en el aquí y en el ahora.

Pasaron muchos años antes que la Tanatología se concibiera como se conoce hoy en día. La Dra. Elizaberth Kübler-Ross fue primordialmente quien introdujo grandes cambios a la forma en que la medicina se acercaría más adelante al proceso de la muerte. Producto de su gran humanismo, interés e investigaciones, actualmente la Tanatología es considerada: “Una disciplina científica, una especialidad encargada de encontrar sentido al proceso en que alguien muere.

Aunque se sabe que no es posible estudiar a la muerte o a una pérdida, se reconoce el análisis de todos los procesos que la rodean o que están involucrados en ella.” (García, 2009)

Con el conocimiento de las fases que inscribe la doctora Kübler-Ross, un terapeuta tiene marcada la ruta para intervenir en un proceso de duelo, sin embargo a la luz del enfoque Gestalt, un psicoterapeuta con esta formación, cuenta con herramientas que además facilitan al paciente y a su familia a atravesar ese camino.

En la primera etapa de negación y aislamiento, ya mencionado en el capítulo anterior al igual que las siguientes etapas del duelo, la Gestalt desde su concepción holística del ser humano, brinda comprensión por el estado en que se encuentra el deudo. El medio ambiente ha cambiado con la aparición y avance de la enfermedad, ya que inexorablemente sabe que llegará la muerte, y la persona necesita recogerse y abstraerse para estar en contacto consigo misma. Es posible que el contacto con el exterior se bloquee de momento como mecanismo de defensa, y que el contacto con la zona de la fantasía se agudice. Los recuerdos de la persona enferma, las imágenes que se agolpan de futuras escenas que ya no tendrán lugar, los buenos y malos momentos. Un psicoterapeuta Gestalt puede identificar dónde se encuentra el contacto del paciente, a través de lo que le comparte y externa. Escoltarlo como un valioso escucha para que por medio del diálogo la persona deje fluir lo que le es necesario, esas “figuras” que emergen de su fondo ahora muy revuelto y borroso.

Otro aspecto importante en la psicoterapia Gestalt es el de regulación organísmica, y en este punto un terapeuta Gestalt confía en que la persona puede auto regularse y que la negación y el aislamiento, si tienen lugar, es porque son necesarios para que la persona se reconfigure a sí misma tras la pérdida.

En la segunda etapa, donde la ira emerge, la psicoterapia Gestalt puede orientar la descarga sobre objetos neutros para ayudar a la catarsis, el consultorio Gestalt es un buen lugar para que la persona exprese la rabia, el enojo y externe

sentimientos que en otro ambiente podrían ser malinterpretados. Frente a un Gestaltista no hay lugar para el juicio, sino para el acompañamiento en la expresión de los sentimientos y emociones que afloran, tal cual emanar. Se puede hacer uso de fantasías guiadas para que el paciente exprese o dialogue con el ser que ha partido. La técnica de la silla vacía es una valiosa herramienta en estos momentos y ayuda también a disparar y canalizar dichas emociones. Apoyar que emerjan las polaridades y se materialicen los sentimientos encontrados que se vivencian en momentos como este; la tristeza por el padecimiento del ser querido, el enojo por su ausencia relativa y hasta el descanso después de un periodo prolongado de enfermedad. El arte, la expresión por medio de dibujos en lienzos de tela o pliegos de papel, el modelado en masillas o plastilina son un buen instrumento para que la persona plasme su sentir y luego ella misma intente descubrir lo que le significan sus obras. Esta es una manera muy creativa de recuperar y clarificar emociones confusas, ya que en la proyección se disminuyen las defensas yóicas y pueden salir a flote y mostrarse los verdaderos sentimientos que yacen detrás del estado emocional aparente. (García, 2009)

En la fase del pacto nuevamente las fantasías guiadas son una buena elección. Técnicas expresivas tales como prestarle una frase acorde con el contexto, ayudan a liberar presión y dar salida al torbellino de emociones. Ejercicios físicos de equilibrio y armonía coadyuvan a que el paciente encuentre la forma de integrar las luchas que libra en su interior.

Durante la fase de depresión la terapia Gestalt invita al paciente a permitirse sentir y experimentar ese dolor, desánimo o tristeza, haciéndole ver que son fases que es necesario atravesar, y que son pasajeras. Se facilita el contacto con esas emociones, su identificación, la localización en su cuerpo, un diálogo con los síntomas que le causan dichas emociones. Principalmente el terapeuta Gestalt tiene cuidado en el pautamiento y el ritmo de la terapia para dar el tiempo que el paciente necesita para avanzar por su proceso de duelo, sin presionarlo para que lleve un ritmo distinto, y siempre atento a que su duelo vaya por el buen camino y cuidando

de advertir las señales que le pudieran anunciar que el duelo se está complicando. Los ejercicios físicos para flexibilizar y poner en movimiento el cuerpo apoyan el tránsito de la depresión al siguiente estadio. Romper su estado emocional para apoyarlo a ver un poco más allá de lo que ahora lo circunda y renovar la esperanza en que su vivencia actual es temporal.

La fase de aceptación se puede alcanzar con mayor disposición, si en el transitar por las etapas anteriores se hace uso de las herramientas descritas. La Doctora Kübler-Ross enfatiza que para llegar a la aceptación, la persona debió haber experimentado las emociones necesarias en cada una de las etapas anteriores y haber pasado por la depresión, el pacto y la ira. Si la Gestalt ayudó a que estas etapas previas se vivieran con intensidad, sin prisas, que el paciente se permitiera atravesarlas, la aceptación será una consecuencia natural con ello la completa elaboración del duelo.

En la renovación de la esperanza, la visualización de nuevas oportunidades, la reidentificación con el Yo, el reconocimiento de los gustos, las formas de disfrutar, los valores personales, pueden ayudar a resignificar la vida en la nueva etapa. Como dice Kübler, el ritmo de la vida se va imponiendo y la Gestalt asiste a retomarlo. No solo eso, sino que incluso puede mejorar la calidad de vida, elevar el nivel de satisfacción de la vida previa. (García, 2009)

CAPÍTULO 4
TALLER:
“EL OTRO LADO DEL ALZHEIMER”

Después de haber revisado exhaustivamente la enfermedad del Alzheimer y sus etapas, afectaciones, síntomas, posibles causas, factores de riesgo, sentimientos y emociones, y situaciones que se presentan en su desarrollo; tras destacar la importancia de la participación de la familia del afectado, y conocer antecedentes, influencias, contenido y técnicas de la terapia Gestalt, la cual por sí misma es de gran utilidad y ampliamente recomendada como auxiliar en enfermedades demenciales, ahora se planteará el uso y aplicación de un taller en varias sesiones de apoyo y/o asesoría, para trabajar directamente con los familiares que atienden y conviven a diario con el enfermo, que han alterado su ritmo y sus roles, y sufren con él sus altibajos, sus cambios, su decadencia y su inevitable ausencia.

Considerando como centro de asistencia y atención al paciente, la intervención de la familia adquiere importancia para ayudar al buen vivir, a una adecuada convivencia y a una necesaria buena calidad de vida de todo el núcleo familiar.

El proceso que experimenta la familia debe considerarse como un proceso de duelo, ya que las etapas por las que el paciente trasciende son exactamente las mismas que afectan a todos los integrantes de la familia, los cuales se resisten a aceptar la noticia y la enfermedad – negación –; buscan encerrarse en sí mismos individualmente – aislamiento –; se alteran hasta el grado de embatir contra los demás o contra sí mismos – ira –; tratan de negociar situaciones y sentimientos con ellos y con los demás miembros, incluyendo al paciente – pacto –; se entristecen, sufren, se lamentan y sienten caerse en un abismo – depresión –; buscan explicaciones y causas hasta aparentemente resignarse – aceptación –, y todo ello se convierte en un torbellino de sentimientos y emociones explicables e inexplicables

que llegan a alterar el ritmo normal de la convivencia familiar, y al igual que en el caso del paciente la afectación hace que se intercambien las diferentes etapas del duelo, pudiendo repetirse varias veces cada una. (Kübler-Ross, 2011)

Este taller, al que se llamará “El otro lado del Alzheimer”, busca la mejor forma de vivir, tolerar, conducirse y manejar el duelo de la familia, individual y colectivamente, trabajando con el grupo más cercano al enfermo.

Objetivo General

A través de la implementación de un taller, la familia de un paciente con la enfermedad de Alzheimer, aprenda, viva, maneje y supere su duelo.

Objetivos Específicos

1. Que los familiares conozcan más a fondo la enfermedad del Alzheimer, sus características, sus alcances y la importancia de su papel en el proceso.
2. Que los familiares asuman su situación y participación en el proceso de la enfermedad y todas sus complicaciones.
3. Que los familiares aprendan a vivir su duelo, sabiendo que otros también lo viven, y se responsabilicen del manejo durante las diferentes etapas del mismo.
4. Que los participantes aprendan a manejar sus emociones, a atender sus necesidades y a dirigir las al proceso de duelo que están viviendo.
5. Que los familiares aprovechen sus fortalezas, manejen sus debilidades y exploten eficientemente sus potenciales.

Población

Taller propuesto para familiares directos y cercanos de un paciente con la enfermedad de Alzheimer, que se encuentre en cualquiera de sus diferentes etapas.

Escenario

Sala o habitación más o menos amplia, ventilada, aislada de la influencia de ruidos. Puede ser el consultorio del terapeuta, una sala de juntas de algún hospital o algún lugar similar con suficientes asientos y amplitud para que los familiares se sientan cómodos y en un ambiente agradable. Se recomienda tener acceso a dos rotafolios. El taller contiene varias lecturas y actividades de fantasías guiadas, por lo que se podría contar con un equipo de sonido para ambientar con música esas partes de las sesiones.

Procedimiento

El taller propuesto se compone de cinco sesiones con duración aproximada de dos horas cada una, pudiendo extenderse a seis o siete sesiones, de acuerdo al desarrollo y avances alcanzados con la familia y sus integrantes. El contenido de cada sesión podrá variar dependiendo de la etapa en que se encuentre el enfermo, de los avances y logros obtenidos, así como de la consecución y asimilación de las diferentes fases o etapas del duelo familiar.

El taller propone utilizar, de acuerdo a las necesidades de cada sesión, técnicas Gestálticas, narrativas, de visualización, juegos o lecturas, como herramientas para el correcto desarrollo de las sesiones y el alcance de los objetivos planteados.

Se da libertad de elegir a quien decida aplicar este taller la forma de medir los logros de cada sesión ya que, se reitera, puede ser necesario efectuar cambios sobre la marcha en base a las respuestas que los familiares vayan presentando en el transcurso del mismo y a la situación específica del avance de la enfermedad del familiar así como de qué etapa del duelo se esté viviendo.

Se elaborará una escala tipo Lickert con diez afirmaciones que se aplicará a todos y cada uno de los familiares al inicio de la primer sesión, mismo que se aplicará nuevamente antes de finalizar la última sesión, con objeto de precisar los cambios, beneficios y respuestas al haber asistido al taller.

Cartas descriptivas

Sesión 1 “Reconociendo el terreno”

Objetivos:

- Establecer un ambiente agradable y de confianza entre la familia y el terapeuta.
- Ampliar el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer.
- Minimizar la tensión emergente al profundizar en el punto anterior.
- Determinar las expectativas iniciales del terapeuta y la familia.

Tema	Dinámica o actividad	Material (es)	Duración sugerida
Bienvenidos a su casa	-	-	10 min.
Hoy me siento así	Aplicación de escala tipo Lickert. (Anexo 1)	Escala tipo Lickert, plumas	15 min.
¿Quién eres tú?	Describe tu rol.	Pelota.	15 min.
¿Por qué estás aquí?	Motivos de tu participación.	Pelota.	20 min.
¿Qué sabemos del Alzheimer?	Tú preguntas, yo respondo. Yo pregunto, tú respondes.	Hojas en blanco, plumas y un escrito informativo sobre el Alzheimer.	40 min.
¿Puedes negarlo?	Lectura “Darse cuenta” (Anexo 2)	Hojas impresas.	20 min.
¿Qué nos llevamos?	Aprendí la lección, tengo tarea	Hojas en blanco y plumas.	20 min.

Desarrollo de la sesión

Bienvenidos a su casa

El terapeuta da la bienvenida a la familia y les ofrece considerar el lugar como su propia casa.

Se establecerán las reglas y condiciones generales en las que se desarrollará el taller.

Hoy me siento así

El terapeuta les entregará plumas y unas hojas con una escala tipo Lickert (Anexo 1) que contenga trece afirmaciones a los familiares, referentes a su sentir con respecto a su familiar con Alzheimer y a ellos mismos. Dicha escala será entregada al terapeuta una vez respondida, y éste la conservará para compararla con la que será aplicada al finalizar la última sesión. Para calificar la escala se darán puntajes de 0, 5 ó 10, según corresponda a lo respondido en cada uno de los tres campos (nunca, a veces, siempre):

- 5 siempre será la calificación del campo “a veces”.
- 0 será para el “nunca” de las afirmaciones 3, 6 y 9, y para el “siempre” de las afirmaciones restantes.
- 10 se calificará al “siempre” de las afirmaciones 3, 6 y 9, y al “nunca” de las demás afirmaciones.

De acuerdo al procedimiento de calificación anterior, al comparar ambas escalas (inicial y final) para cada uno de los integrantes de la familia, se podrán ver avances relativos para cada parámetro y para el total de la escala.

¿Quién eres tú?

El terapeuta explica que cada uno va a desempeñar un papel de una obra y lanzará una pelota a cualquiera de los integrantes, solicitándole le indique su nombre y qué papel o rol desempeña en su obra llamada familia. Una vez que éste o ésta le

dan la información, solicita que lance la pelota a cualquiera de los demás, incluyendo al terapeuta, y quien la reciba hará lo mismo que el primero que recibió la pelota, hasta completar la información general de todos los integrantes de la terapia.

¿Por qué estás aquí?

El terapeuta explicará que aún se continúa desarrollando la obra y solicitará repetir la operación de la actividad anterior, pero quien reciba la pelota explicará sus motivos o causas que lo movieron a asistir al taller.

Con estas primeras actividades se busca “romper el hielo” y facilitar la comunicación inicial para posteriormente convertirse en cómplices unos de otros (relación entre el terapeuta y los familiares y entre ellos mismos).

¿Qué sabemos del Alzheimer?

Se repartirán hojas y plumas a cada uno de los participantes. El terapeuta solicitará a los familiares efectuarle ordenadamente preguntas sobre la enfermedad de Alzheimer y a su vez el terapeuta cuestionará a cada uno en cuanto a la información que tienen. Previamente se les dará a todos y cada uno de ellos un escrito informativo sobre la enfermedad, el cual guardarán para leerlo posteriormente en su hogar. Los cuestionamientos se harán uno por uno y dando oportunidad a que intervengan todos, de manera que el terapeuta preguntará y responderá a todos los familiares viendo que sea el mismo número de preguntas individualmente. El familiar deberá escribir las notas que considere necesarias para complementar el conocimiento que tenga o para resolver posteriormente las dudas que le surjan.

¿Puedes negarlo?

El terapeuta distribuirá un ejemplar del escrito “Darse cuenta” (Anexo 2) a cada uno de los integrantes del taller y elegirá a uno de ellos arbitrariamente para que dé lectura del mismo, aunque se recomienda que sea el terapeuta quien lo haga para dar énfasis a las partes importantes. El objetivo de la lectura es que los familiares reconozcan que hay algo o alguien que puede ser un obstáculo frecuente

en su vida habitual y que lejos de eludirlo siempre se le encuentra, e incluso puede llegar a formar parte de su vida, hasta que se percata que existe el obstáculo y que existe la posibilidad de librarlo o enfrentarlo y que por fin se le conoce por un nombre específico, con características definidas.

¿Qué nos llevamos?

Como última actividad, los familiares deberán anotar lo que consideran haber aprendido y lo que piensen que les queda de tarea para resolver en casa.

Sesión 2 “¿Cómo te sientes?”

Objetivos:

- Los participantes identificarán los primeros sentimientos relacionados con la enfermedad de Alzheimer, con el enfermo y con ellos mismos, aceptándolos como parte de su duelo.
- Sensibilizar a los participantes en sensaciones corporales para encontrar sentimientos o asuntos emocionales más profundos.
- Los participantes se pondrán en contacto con sus sentimientos y emociones, reconociendo la importancia de expresarlos y hacerse responsables de cada uno de ellos.

Tema	Dinámica o actividad	Material (es)	Duración
Hice mi tarea	¿Qué encontraste y qué aprendiste?	-	20 min.
Sensibilización	Me doy permiso de sentir.	-	30 min.
Aprende a soltar	Lectura “El alpinista” (Anexo 3)	Hojas impresas.	40 min.
Te lo cambio	Cambio de roles y sentimientos.	-	20 min.
Platícame un cuento	Compartir experiencias.	-	20 min.
Sentimientos para llevar	Lectura “La tristeza y la furia” (Anexo 4)	Hojas impresas.	10 min.

Desarrollo de la sesión

Hice mi tarea

El terapeuta hará preguntas a los integrantes de la familia acerca de la sesión anterior, aprendizajes y, si es posible, la expresión de algún sentimiento encontrado.

Sensibilización

Sabiendo que el familiar puede tener claro racionalmente su problema, y que no establece contacto con los sentimientos que la situación le genera, negando su existencia o desconociéndolos, es necesario buscar la sensibilización, así como el descubrimiento de respuestas y la identificación de sentimientos. El primer paso será eliminar ciertas barreras, el encontrar su darse cuenta, su aquí y ahora y de esta manera llegar a la raíz de sus sentimientos y su situación.

Se solicita a los familiares tomar una postura cómoda y cerrar sus ojos, relajarse y que empiecen a sentir su cuerpo, identificar sensaciones internas haciéndolo conscientemente; que exploren dichas sensaciones a profundidad, permitiéndoles estar presentes; se les puede invitar a que las describan lo más claramente posible. Se les solicitará que hablen de algún problema que tengan y enfocar las sensaciones y sentimientos que les genera, invitándolos a aceptarlos y explorarlos. Se buscará permitir que aflore el sentimiento y proporcione información sobre lo que se encuentra en el fondo de la situación.

Una vez realizada la experiencia, se unirá la información: sensación, sentimiento y problema, y se trabajará en el análisis correspondiente. Puede cuestionarse si se sintieron aliviados al expresar sus sensaciones y sentimientos.

Aprende a soltar

El terapeuta dará las hojas impresas con el cuento “El alpinista” (Anexo 3) a los participantes, y procederá a efectuar la lectura o a pedir a alguno de ellos que lo haga. Una vez terminada el terapeuta les pedirá a los participantes su experiencia,

preguntándoles si se sintieron identificados con el personaje, y siendo afirmativa la respuesta, en qué.

Después de ello, el terapeuta conducirá a la familia para hacer la reflexión de que no siempre soltar algo es la muerte, y que la vida se relaciona con soltar lo que alguna vez nos sostuvo.

En complicidad con la familia, el terapeuta complementará esta parte de la sesión para lograr la conclusión de que en ocasiones las personas se aferran fuertemente a algo o a alguien o inclusive a algún sentimiento o emoción, sin percatarse de que el no hacerlo puede dar vida o puede ayudar a aliviar el dolor aún a costa de otro dolor: hay que aprender a dejar ir, en ocasiones debe soltar lo que se piensa es la salvación.

Te lo cambio

Se pedirá a los integrantes que se relajen y piensen con quién de los demás le gustaría cambiar su rol, es decir, el padre por el hijo, el hermano por el otro hermano o cualquier otra posibilidad. Se les pedirá que se enumeren y una vez hecho, sin avisarles se dirá un número y la persona a la que le corresponda cambiará su lugar por aquel con quien quiere cambiar rol, y una vez tomado su lugar interpretará actitudes de su nuevo rol tratando de expresar también sentimientos de éste, de manera divertida, por lo que se vale imitar e inclusive parodiar, pero todo con respeto.

El terapeuta podrá ver de esta manera cómo se perciben unos a otros y cómo pueden comprender y aceptar los sentimientos ajenos.

Pláticame un cuento

El terapeuta pedirá a los familiares que compartan algún evento agradable, curioso o chistoso que hayan vivido con el familiar que presenta la enfermedad de

Alzheimer, y que lo hagan tratando de sobreactuarlo. Con ello el terapeuta hará que los familiares externen sentimientos y emociones positivos en torno a su situación.

Tal vez podría ser recomendable indicar que se trata de una competencia para encontrar la mejor anécdota familiar.

Sentimientos para llevar

El terapeuta dará las hojas impresas con la lectura “La tristeza y la furia” (Anexo 4) a los participantes, y pedirá a alguno de ellos que la lea en voz alta y pausadamente. Una vez terminada la misma el terapeuta mantendrá un par de minutos en silencio, para repentinamente despedirse y citarlos para la siguiente sesión, sin ninguna explicación.

Sesión 3 “La propuesta”

Objetivos:

- Los participantes asumirán la responsabilidad de sus necesidades y de sus acciones.
- Los participantes lograrán identificar todo aquello que se relaciona con una situación que implique una decisión.
- Los participantes conocerán alternativas para manejar sus sentimientos, responsabilizarse de ellos y la importancia de expresar cada uno de ellos adecuadamente.

Tema	Dinámica o actividad	Material (es)	Duración
¿Qué sentimientos traes?	Mesa redonda.	-	25 min.
Todos tenemos problemas	Lectura “¿Cómo hago para convivir con mis problemas?” (Anexo 5)	Hojas impresas.	30 min.
Cambio de actitud	Te presento mi problema.	-	20 min
Afronta tu responsabilidad	Traducir las preguntas en afirmaciones.	-	40 min.
Tú tienes potencial	Lectura " La mula y el pozo." (Anexo 6)	Hojas impresas.	25 min.
Tienes una cita	Toma de decisiones.	-	10 min.

Desarrollo de la sesión

¿Qué sentimientos traes?

El terapeuta hará preguntas a los integrantes de la familia acerca de la sesión anterior, aprendizajes, experiencias, temores, dudas, sentimientos y emociones, sin profundizar demasiado, pero tomando nota de los detalles esenciales expuestos por cada uno de los participantes.

Todos tenemos problemas

El terapeuta o alguno de los familiares hará la lectura “¿Cómo hago para convivir con mis problemas?” (Anexo 5) en voz alta y pausadamente, tras lo cual se dirigen las ideas hacia reflexionar sobre el contenido realmente importante del tema leído. Los integrantes se convencerán de que sus problemas se encuentran presentes y que es necesario convivir con ellos siendo esta la mejor manera de buscar soluciones. Hay que puntualizar que cualquier intento, inversión de energía en planificación y organización, o cualquier otra actividad que se haga no desaparecerá la presentación de problemas, por lo que se debe aceptar lo que llegue y aprender a vivir con ello.

Cambio de actitud

El terapeuta seleccionará a uno de los integrantes y le pedirá que comente un problema que le aqueje en ese momento, puede ser de cualquier índole (profesional, personal, acerca de su enfermo, etc.), de manera precisa y concreta; el terapeuta se dirigirá a otro de los integrantes y le pedirá que indique de qué manera piensa que su familiar reaccionará ante el problema y de qué forma cree que lo va a solucionar.

El terapeuta se dirigirá al primero cuestionando si su familiar está en lo correcto y, si se presenta permitirá una breve discusión entre ellos pero sin la intervención de los demás. Se repite la operación una o dos veces más con los demás integrantes pero sin que se confronten los mismos en las demás ocasiones. el

terapeuta busca con ello la empatía entre los familiares y la comprensión de problemas ajenos y comunes.

Afronta tu responsabilidad

La responsabilidad es el reflejo de una madurez emocional y puede significar “responder a...”. Llegar a ella implica tomar decisiones y afrontar situaciones presentes durante la vida y ser responsable representa una fuerza particular de cada ser humano. Cualquier decisión encierra temor, falta de claridad, zozobra y, desde luego incertidumbre, pero se debe tomar en cualquier momento en que aparezca la disyuntiva.

El terapeuta dirigirá a los participantes para aceptar la confrontación y eliminar la comodidad que da culpar a los demás, para después reconocerse como seres responsables actuando conforme a sus ideas, a su propia evaluación, y de esta manera aprender del camino que se va trazando.

Una vez hecha la reflexión anterior se le pedirá a los participantes que formulen una pregunta y la conviertan en afirmación; se repetirá el procedimiento con todos los participantes, pudiendo alternarlos aleatoriamente. Generalmente el familiar pregunta: ¿Qué debo hacer?, ¿Qué haría usted en mi lugar?, ¿Está bien o está mal?, esperando que sea el terapeuta quien indique el camino, evitando así su responsabilidad y entonces se debe pedir que cambie su pregunta por una afirmación: ¡Qué voy a hacer!, ¡Esto es lo correcto y esto no!

Lo recomendable es no llegar a más de tres preguntas por familiar.

Tú tienes potencial

Se efectuará la lectura " La mula y el pozo" (Anexo 6) y una vez finalizada se cuestionará a los familiares su impresión o su experiencia al respecto, buscando conducirlos hacia la convicción de que cada quien enfrenta sus propios problemas y debe responder propositivamente a ellos, rehusando llegar al pánico, a la amargura o

a las lamentaciones, así como evitar la baja de su autoestima y, por el contrario, debe enfrentar las adversidades, aprovechando el potencial propio para obtener beneficios y aprendizajes que hagan tener una mejor vida.

Tienes una cita

El terapeuta incitará a los familiares para, aceptando que existe un problema, tomar la decisión de enfrentarlo y resolverlo, haciéndose cargo de todas las veredas de su propio camino.

Sesión 4 “Acepto la misión”

Objetivos:

- Los participantes entenderán la necesidad de establecer un convenio o pacto con sus emociones y sentimientos para afrontar su situación.
- Los participantes identificarán y negociarán con sus sentimientos de ira, aislamiento, negación y aceptación, la mejor forma de enfrentar los problemas presentados por la enfermedad de su familiar.

Tema	Dinámica o actividad	Material (es)	Duración
¿Cómo te sientes?	La decisión más difícil.	-	25 min.
Tiempo de vida	Lectura “El buscador” (Anexo 7)	Hojas impresas, hojas blancas y plumas.	40 min.
Fin del mundo	Fantasía guiada. (Anexo 8)	Mascadas.	35 min
Negro - blanco	Encontrando mi sentir.	Rotafolios, plumones, una caja de tachuelas, 30 tarjetas impresas.	30 min.
Tres deseos	Fantasía guiada. (Anexo 9)	-	15 min.

Desarrollo de la sesión

¿Cómo te sientes?

El terapeuta cuestionará individualmente a los familiares en cuanto a si hubo oportunidad de tomar decisiones desde la sesión anterior hasta ahora, que las mencionen brevemente e indiquen cuál fue la que les presentó mayor dificultad para resolver, y qué sentimientos y/o emociones fueron trastocados.

Tiempo de vida

Se les da la lectura “El buscador” (Anexo 7) y se selecciona al familiar más joven para que la exponga. Iniciando con el lector se solicitará a todos que indiquen cuánto “tiempo vivido” * llevan, según su apreciación personal, así como el tiempo que consideran como “perdido” * y el tiempo que simplemente han visto pasar. También se recomienda que mencionen cuánto tiempo más “de vida” * quieren vivir y cómo piensan hacerlo. Una sugerencia adicional sería pedirles que indiquen aproximadamente cuánto piensan vivir, sabiendo que, desde luego, esto solamente es una estimación. Estos datos los registrarán en una hoja. * Referidos a la lectura.

Fin del mundo

El terapeuta le entregará a cada uno de los participantes una mascada y les solicitará se cubran los ojos e iniciará la actividad, utilizando una voz pausada y baja. Los llevará imaginariamente a la situación y vivencia explicadas en el Anexo 8.

Una vez terminada la fantasía guiada el terapeuta podrá promover una breve discusión sobre el tema y la experiencia, y sin avisar, repentinamente pasará a la siguiente actividad.

Negro - blanco

El terapeuta colocará dos rotafolios uno con el encabezado “positivo” y el otro con el encabezado “negativo”, y en una mesa extenderá 30 tarjetas con el nombre de

diferentes sentimientos o estados de ánimo, de los cuales 15 son “positivos” y 15 “negativos”.

Solicitará aleatoriamente que uno de los familiares elija cualquiera de las tarjetas, la que indique el sentimiento en el que en ese momento se encuentra, siendo permitido que elija dos o tres más, si es que así lo considera, de acuerdo a como se sienta, y las coloque en el rotafolio correspondiente, ya sea positivo o negativo el sentimiento elegido.

Se le pedirá que explique por qué se siente así, y si le gustaría cambiarlo por algún otro que le haga sentir mejor, para lo cual se le pedirá que busque la tarjeta en la mesa, y la coloque en el rotafolio que corresponda, y que explique por qué quiere sentirse así.

La operación se repetirá con el resto de los familiares, y para finalizar se harán comentarios referentes a las coincidencias y diferencias de los sentimientos de cada uno de ellos.

Tres deseos

Se pedirá a los familiares relajarse, ponerse cómodos y se iniciará la fantasía guiada “Tres deseos” (Anexo 9).

Una vez finalizada se le pedirá a cada uno que cuente alguno de sus deseos censurados** a sus demás familiares, y vea si puede satisfacerlo pero deberán hacerlo en su hogar, en un ambiente tranquilo, un par de días después de esta sesión. Una vez que hayan expresado y satisfecho sus deseos discutan la experiencia para compartirla en la siguiente sesión. ** Ver anexo 9

Sesión 5 “Yo puedo y yo quiero”

Objetivos:

- Los participantes identificarán cualidades y experimentarán el perdón como un estado de armonía y equilibrio interior.
- Los participantes reconocerán sus fortalezas, debilidades y capacidades para con ello construir una vida nueva.
- Los participantes utilizarán sus recursos para vivir fortalecidos su situación ante la enfermedad y con ello serán capaces de manejar eficientemente su duelo.

Tema	Dinámica o actividad	Material (es)	Duración
La lámpara maravillosa	¿Cumplieron sus deseos?	-	20 min.
La verdadera riqueza	Lectura “Riqueza - Pobreza” (Anexo 10)	Hojas impresas.	30 min.
¿Cómo puedo, si yo quiero?	Presentación de matriz FODA	Rotafolios, hojas, plumones y plumas.	30 min.
Juego con mis sentimientos	Lotería del Amor	12 Tarjetas, 20 cartas, frijoles.	20 min.
Se vale sentir y expresarlo	Lectura “La isla de los sentimientos” (Anexo 11)	Hojas impresas.	20 min.
Carta a mí mismo	Redactar una carta personal	Hojas, sobres y plumas.	30 min.
No te pierdo, te amo	Lectura “El Amor verdadero” (Anexo 12)	Hojas impresas.	10 min.

Lista del mandado.	Encontré todo lo que buscaba	Escala tipo Lickert (Anexo 1), plumas.	20 min.
---------------------------	------------------------------	--	---------

Desarrollo de la sesión

La lámpara maravillosa

El terapeuta solicitará a todos los familiares el compartir sus deseos censurados y si éstos fueron satisfechos, evitando que se genere alguna discusión innecesaria.

La verdadera riqueza

Se procederá a leer en voz alta y pausada “Riqueza - Pobreza” (Anexo 10) por alguno de los familiares pidiéndole que trate de dar énfasis a lo importante. Una vez terminada la lectura se pedirá a los familiares que mencionen cuál es su riqueza y qué riqueza quieren tener, tratando de que expresen sus sentimientos alrededor de la situación que están viviendo, o que vivieron, con su enfermo de Alzheimer.

¿Cómo puedo, si yo quiero?

Se colocará un rotafolio conteniendo el gráfico de la llamada matriz FODA y se explicará a los familiares brevemente el significado de las siglas:

- Fortalezas.- Factores críticos positivos con los que se cuenta. Son las capacidades con las que contamos y que nos permiten enfrentar a nuestro entorno.
- Oportunidades.- Aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas. Es todo aquello favorable, positivo, explotable que se debe descubrir en nuestro entorno y que permite obtener ventajas.
- Debilidades.- Factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir. Es todo lo que provoca una posición desfavorable ante nuestros problemas, son habilidades que no se tienen o que no se han desarrollado.

- Amenazas.- Aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos. Son las situaciones que provienen del exterior y que pueden atentar incluso contra nosotros mismos.

Se darán ejemplos de cada uno de los cuatro parámetros, para que los familiares encuentren sus propias características y cualidades. Se les pedirá que anoten en sus hojas todo aquello que en ellos sea fortaleza o debilidad, así como los agentes externos que presenten una oportunidad o una amenaza. En casa cada quien elaborará su gráfico de FODA y analizará qué tiene y qué le falta para enfrentar su problemática actual y hacia donde debe ir y que debe evitar para lograr superar lo mejor posible las situaciones que se le vayan presentando.

Juego con mis sentimientos

El terapeuta les entregará una tarjeta a cada uno de los integrantes, conteniendo nueve figuras con el nombre de un sentimiento, además de nueve frijoles. Procederá a leer en voz alta, a manera del juego de lotería mexicana, una a una veinte cartas conteniendo una imagen y el nombre de un sentimiento, y se les pedirá que pongan un frijol en la imagen de la tarjeta que corresponda al sentimiento nombrado, hasta que alguno de los participantes llene su tarjeta y “cante” la palabra “¡Lotería!”.

Se repetirá la operación dos veces más, pero en la segunda se cambiarán las tarjetas que los participantes tienen por unas exactamente iguales para todos los participantes, lo cual ellos ignoran, argumentando que es para que cambie su suerte; desde luego, el “canto” de “¡Lotería!” será en esta ocasión, a coro, por todos los participantes. Las tarjetas iguales contendrán sentimientos que promuevan actitudes positivas, de compromiso, y las demás tarjetas estarán preparadas completamente al azar.

Para terminar esta actividad el terapeuta indicará que han ganado el juego de la lotería de Amor y responsabilidad.

Se vale sentir y expresarlo

El terapeuta leerá en voz baja y pausada la lectura “La isla de los sentimientos” (Anexo 11), una vez terminada guardará un par de minutos en silencio, después de lo cual sin subir la voz iniciará la siguiente actividad.

Carta a mí mismo

Se les repartirá unas hojas, plumas y un sobre a cada uno de los participantes y se les pedirá que se escriban una carta a sí mismos, en la cual expresarán todos los sentimientos que les afloran relativos al familiar que presenta Alzheimer, ya sean negativos o positivos, qué compromisos adquieren con ellos mismos para apoyarse, qué quieren hacer como familia, cómo lo quieren lograr, qué recursos deben buscar para ello y, por último y lo más importante, deberán manifestar el perdón hacia el familiar enfermo, el perdón hacia lo que les pudo haber hecho, hacia las circunstancias y crisis de la situación y, por último, el perdón a sí mismos y como obtenerlo. Terminada la carta tendrán que guardarla en un sobre, cerrarlo y escribir en el exterior las leyendas:

“Para: (su nombre)”

“De: (su nombre)”

“Abrirlo el ____ de _____ de _____ (fecha propuesta por ellos mismos)”

No te pierdo, te amo

El terapeuta pedirá al familiar que considere más sensible que lea “El Amor verdadero” (Anexo 12) en voz alta y pausada, al finalizar la lectura se guardará silencio durante unos segundos, y el terapeuta repentinamente les preguntará a los familiares “¿Encontraron lo que buscaban?”

Lista del mandado.

A la pregunta realizada por el terapeuta al final de la actividad anterior, agregará “¿Cumplieron nuestras reuniones sus expectativas?”, dirigiéndose a todos y

cada uno de los familiares, esperando las respuestas para tomar nota de ello. Se les pedirá que compartan cómo van a afrontar la situación después de haber participado en este taller.

Después de escuchar atentamente a los familiares, les agradecerá la oportunidad de compartir sus experiencias, sus sentimientos, sus emociones y su vida con él, y aplicará por segunda ocasión la misma escala tipo Lickert (Anexo1) que fue aplicada en la primera parte de la sesión 1, se determinarán los cambios que cada familiar tuvo durante el tiempo que duró el taller, para con ello evaluar la eficiencia del taller, además de ver si existe la necesidad de apoyar posteriormente a uno o más de los integrantes.

Se les recomendará, por último, leer los libros “Cuando el día tiene 36 horas” de Nancy Mace, “Sobre la muerte y los moribundos” de Elizabeth Kübler-Ross así como ver la película llamada “Lejos de ella”, o algunas otras referentes a la enfermedad del Alzheimer.

CONCLUSIONES

La propuesta hecha reúne todas las condiciones y características requeridas, como el uso de una terapia básica y orientativa, la Gestalt, aplicación de técnicas y realización de actividades adecuadas a la familia, uso de lecturas que motivan a reflexiones, información y consideraciones de la enfermedad, manejo emocional y sentimental hacia el paciente, hacia su entorno, adecuación correcta de las relaciones inter e intrafamiliares, así como los conceptos más valiosos del manejo del duelo (documentado de una autoridad reconocida en el tema como lo es Kübler-Ross), el manejo correcto de medios, recursos y materiales, y la creación de un ambiente óptimo, necesario para la realización exitosa de las diferentes sesiones.

Perls dice que “La idea de la terapia gestáltica es convertir a las personas de cartón en personas de verdad”; apunta que los seres humanos se han vuelto fóbicos hacia el dolor y el sufrimiento, evitan lo desagradable, limitan su crecimiento y con ello la posibilidad de superar cualquier problema relativo a ello. Hay poca tolerancia a la frustración y no se prepara para enfrentar situaciones desagradables. Al no hacerlo se dejan sin terminar, lo que Perls llama “asuntos inconclusos” que claman por ser completados para cerrar la Gestalt; esa totalidad que sin organización se convierte en pedazos de un todo, que diseminados son difusos, no alcanzan a ser una figura definida y sin conclusión distraendo a la persona de vivir en el aquí y en el ahora. (Perls, 2008). En el momento en que todo esto denotado por Perls da muestras, síntomas y comportamientos inequívocos de solucionarse, el taller propuesto ha llegado al cumplimiento de esta parte de los objetivos.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, eminencia en Tanatología, enfatiza que para llegar a la aceptación en el proceso del duelo, la persona debió haber experimentado las emociones necesarias y vivencias inminentes en cada una de las etapas anteriores: la depresión, el pacto y la ira. Así mismo, se puede recordar que ella creó clínicas de apoyo psicológico, cuyo lema “*Ayudar a los enfermos terminales a vivir*

gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas” también puede ser aplicado en la familia, que Kübler afirmó que la familia es esencial en el proceso de la enfermedad, pues contribuye a los cuidados del enfermo. (Kübler, 2006)

El taller tiene la ventaja de que puede aplicarse tanto a familiares que aún cuentan con la vida del enfermo como aquellos que ya lo han perdido, y se puede cambiar el orden y/o el contenido parcial o total de las actividades y/o lecturas en cada una de las sesiones propuestas, o inclusive aumentarlas, en función de la etapa de duelo en que se encuentren uno o más familiares, de las complicaciones suscitadas durante la enfermedad, del estatus emocional o sentimental que se observe en los integrantes, o de cualquier otra situación imprevista. Así mismo el taller es muy versátil en cuanto al tiempo utilizado o requerido para cada sesión, pudiendo modificar éste de acuerdo a cualquier necesidad de cambios.

Analizando todo el material presentado se puede afirmar que no hay tiempo determinado, definido o programado para terminar y/o asimilar completamente el duelo, que es un proceso normal, ya que la familia siempre se resistirá a aceptar la pérdida, considerando a ésta desde las últimas etapas de la enfermedad del Alzheimer hasta la pérdida física del enfermo.

Siendo la Gestalt una terapia que busca el desarrollo del potencial humano, al haber propuesto diferentes técnicas tanto expresivas, supresivas e integrativas, usando actividades y de alguna manera juegos dentro de cada sesión, además de buscar solucionar asuntos inconclusos, manejar el aquí y ahora, el darse cuenta, se cumple con la correcta utilización de procedimientos y métodos psicoterapéuticos en el taller “El otro lado del Alzheimer”.

Por experiencias observadas con un enfermo dentro del seno familiar, se puede afirmar que esta propuesta de taller cumple con las necesidades y expectativas de una familia afectada, que debe haber sentido la necesidad de buscar ayuda profesional para todos los que viven varios años de experiencias tristes,

dificultades y limitaciones, por el desconocimiento inicial, por la sorpresa, por las experiencias y, desde luego por la inevitable pérdida relativa vivida antes de la pérdida real.

Dentro de las sesiones se logra establecer correctamente el papel de terapeuta el cual busca empatía, acompañamiento, favorecer la expresión y buscar la exteriorización de sentimientos y emociones de los familiares tratados en la terapia.

Considerando que el taller es consistente, versátil, concluyente, útil y con grandes ventajas, es necesario determinar que, aunque tiene grandes perspectivas, no es posible augurar resultados definitivos mientras no se implemente, lo cual es, en principio, una limitante.

Se puede establecer también como limitante para la aplicación del presente taller el hecho de que uno o más de los familiares a tratar sea menor de edad, ya que en este caso es necesario efectuar cambios drásticos tanto de contenido como en el tipo de actividades a desarrollar, debido a la diferente sensibilidad, capacidad de comprensión, manejo de situaciones, madurez y debilidades particulares de los niños.

En este taller se pueden identificar algunos bloqueos o interrupciones en el ciclo de la experiencia; como sugerencia se recomienda canalizar a uno o varios de los familiares a terapia individual o grupal para que trabajen sus desviaciones particulares, manifiesten total y abiertamente sus limitantes y puedan superar dichos obstáculos.

Este taller puede ser una herramienta primordial en la atención a los familiares del paciente con Alzheimer pues conjuga aportaciones de autoridades reconocidas en la psicología clínica, con una terapia ampliamente extendida como la Gestalt, las necesidades de la familia y su paciente, y la prioridad a la resolución de conflictos y asimilación del duelo familiar. Así mismo, se puede lograr la reintegración y

reedificación familiar, la recuperación de privilegios naturales de los miembros, y un reencuentro con sus sentimientos y el sano recuerdo de la persona enferma.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, D., Brusco, L. I., Fuentes, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R. y Ventura, R. L. (2012) La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana. México, Médica Panamericana
- Aja A., Marta, Villanueva G., Nerea. (1998) El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. España, Escuela Vasca de terapia familiar.
- Alarid, H.J., Irigoyen, C.A. (2000) Fundamentos de medicina familiar. México, Medicina Familiar Mexicana
- Alberca Serrano, Román. (2002) Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Colombia, Médica Panamericana.
- Alberca, Román, López-Pousa, S. (2006) Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. España, Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2000) DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. México, Masson.
- American Psychiatric Association. (2005) DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association. (2013) DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. USA, Masson.
- Andolfi, M. (1992). Terapia Familiar, un Enfoque Interaccional. Buenos Aires, Paidós.

- Annelies, Furtmayr-Schuh. (1995) La enfermedad de Alzheimer: saber, prevenir, tratar, vivir con la enfermedad. España, Herder.
- Arango, J. C., Fernández, G. Sara y Ardila Alfredo. (2003) Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México, Manual Moderno.
- Baeza, S. (1999). El rol de la familia en la educación de los hijos. Gobierno de la provincia de la Pampa, Santa Rosa.
- Bagnati, C., Allegri, R.F., Kremerm J. y Tarango. (2003) Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Argentina, Polemos.
- Baumgardner, P. (2003). Terapia Gestalt: Una interpretación. México, Árbol.
- Bernal, Lauro (2001). Temas de Medicina General Integral. Vol. I, Salud y Medicina, Cuba, Ciencias Médicas.
- Besga, A. (2008) Neuroimagen estructural y funcional en pacientes con deterioro cognoscitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Boada Rovira, M. (1999) Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer concepto "Ad Continnum". First International Congress on Neuropsychology.
- Brigas H., Aleida. (2012) Psicología. Una ciencia con sentido humano. México, ESFINGE.
- Bucay, Jorge. (2012). Cuentos para pensar. RBA Libros. México.
- Bucay, J. (2002) El camino de las lágrimas. México, Océano.

- Carvajal García, Rosa. (1997) Cuando la realidad se aleja del anciano. El enfermo demenciado y sus principales cuidados. México, Trillas.
- Cano C. A. y Mantallana D. L. (2008) Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá, Médica Panamericana.
- Castanedo, C. (2001) Terapia Gestalt: Enfoque centrado en el aquí y ahora. México, Herder.
- Cruz, M.T., Santillana, S., Galindo, P., Sánchez, T., Sánchez, H., Zárate, M., y otros. (2010) Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la demencia tipo Alzheimer. Guía de Práctica Clínica. México, IMSS.
- Deví, J. y Deus J. (2004) Las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Una aproximación práctica e interdisciplinaria. Barcelona, ISEP Editorial.
- Di Carlo, Enrique. (2004). “La construcción social de la familia”. Argentina, Universidad de Mar de Plata.
- Donoso, A. y Behrens, M. I. (2005) Variabilidad y variantes de la Enfermedad de Alzheimer. Revista Médica de Chile, 133, 477-482.
- Estrada Inda Lauro (2003) El ciclo vital de la familia. México, Posadas.
- Florez, L., J.A. (1996). Enfermedad de Alzheimer, Aspectos Psicosociales. Barcelona, Edika-Med.
- Forttes, B.A. (2008) Programa para el Adulto mayor. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

- García Rivas, María del Socorro. (2003). Estrategias de intervención en familias. Diplomado en Intervención Social en Familias. ENTS-UNAM.
- García, F. (2009) Procesos Básicos en Psicoterapia Gestalt. México, Manual Moderno.
- Ginger, S. (2005). Gestalt: el arte del contacto. Bélgica, Océano.
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La gestalt. Una terapia de contacto. México, Manual Moderno.
- González, Mas Rafael. (2000) Enfermedades de Alzheimer clínica, tratamiento y rehabilitación. España, Masson.
- Graeber, M.B., Kösel, S., Grasbon-Frodl, E., Möller, H.J., Mehraein, P. (1998) Histopathology and APOE genotype of the first Alzheimer disease patient, Auguste D. Neurogenetics. 223-228.
- Guía de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (con glosario y criterios diagnósticos de investigación). (1994) CIE-10, CDI-10. Médica Panamericana.
- Haley, J. (1989). El ciclo vital de la familia. Buenos Aires, Amorrortu.
- Ishizaki, J., Meguro, K., Ohe, K., Kimura, E., Tsuchiya, E., Ishii, H., Sekita, Y., Yamadori, A. (2002) Therapeutic psychosocial intervention for elderly subjects with very mild Alzheimer disease in a community: The Tajiri Project. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 16 (4).
- Kandel, E., Schwartz, J. y Jessell T., (2001) Principios de neurociencia. España, McGraw-Hill Interamericana.

- Koop, S. (1971). Gurú: Metáforas de un psicoterapeuta. Barcelona, Gedisa.
- Kübler-Ross, Elisabeth, Kessler, David, (2006) Sobre el duelo y el dolor, México, Paidós.
- Kübler-Ross, Elisabeth, (2011) Sobre la muerte y los moribundos, México, De Bolsillo.
- Licitra, M. A., y López, M. F. (2008) “Abordaje interdisciplinario en la Enfermedad de Alzheimer. De la Psicología Cognitiva a la Neuropsicología”. Revista Argentina de Alzheimer y otros trastornos conginitivos, 8, 19-31.
- López-Pousas, Villalta, Franch J. y Llinas Regla I. (1996) Manual de demencias. España, PROUS-SCIENCE.
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2003) “Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve”, Revista Médica de Uruguay, 19, 4-13.
- Martín, M. y Carrión, J.L. (2002) Tratamientos psicofarmacológicos y conductuales de las demencias. México, Navarra.
- Martín-Carrasco, M. (2004) La enfermedad de Alzheimer. Un trastorno neuropsiquiátrico. España, Psiquiatría.
- Mohamad, L. Himara, Villasmil, B. Saúl y Espinoza V. Jorge. (2011) La enfermedad de Alzheimer. México, Trillas.
- Morales, Mónica y Fernández Vanessa. (2011). 50 Técnicas en Psicoterapia. Movara, México.

- Minuchin S. (1979) Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Gedisa.
- Naranjo, C. (1990) La vieja y novísima gestalt. Chile, Cuatro Vientos.
- Nieto M. (2002) Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares. España, Desclée De Brouwer.
- Oldham, J., Key, T., y Starask, I. (1992) El riesgo de vivir. México, Manual Moderno.
- Parra B., Andrea Hesley. (2005). Relaciones que dan origen a la familia. Medellín, Universidad de Antioquía.
- Peña, Alberto J. (2002) Salud para todos. El mal de Alzheimer. Todo lo que necesita saber. Argentina, Imaginador.
- Peñarrubia, (1998). Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil. Madrid, Alianza.
- Perls, Frederick S. (1995). Dentro y fuera del tarro de la basura : autobiografía. Chile, Cuatro Vientos.
- Perls, F. S. (1975). Yo, hambre y agresión: Los comienzos de la terapia gestaltista. México, Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (2008). El enfoque gestáltico, testimonios de terapia. Chile, Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2008). Terapia Gestalt (Teoría y Práctica). México, Pax.
- Petersen, Ronald. (2002) Guía de la clínica mayo sobre la enfermedad de Alzheimer. México, Trillas.

Polster E., Polster, M. (2012). Terapia gestáltica: perfiles de teoría y práctica. Buenos Aires, Amorrortu.

Pujol, i Doménech Joaquim. (2001) Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. España, ARS Médica.

Quitmann, H. (1985). Psicología Humanística. Barcelona, Herder.

Rivera N. (2006) “Alzheimer, olvido que aniquila; vivir como extraños” Revista Gente Sur, México, 123, 30-33.

Román, M. M., Alcántara, V., Morientes, M. T., y Lorza, N. (2007) Manual del cuidador de Alzheimer. Área Sanitaria. Sevilla, MAD.

Salama, H. (2004). Gestalt, de persona a persona. México, Alfaomega.

Salama, H. (2006). Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología. México, Alfaomega.

Salama, H. y Villareal, R. (1992). El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista. México, Manual Moderno.

Salinas, Silvia. (2012). Todo (no) terminó. Océano Exprés, México.

Sano, M., Ernesto, C., Thomas, R., Klauber, M., Schafer, K., Grundman, M., Woodbury, P., Growdon, J, Cotman, C., Pfeiffer, E., Schneider, L., Thal, L. (1997) A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer disease. N. Engl J. Med 336. 1216-1622.

Satir, V. (2002). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México, Pax.

Sinay, S., Blasberg, P. (2003) Gestalt para principiantes. Argentina, Era Naciente SRL.

Stevens, John O. (1976) Awareness: exploring, experimenting, experiencing. Cuatro Vientos, Chile.

Walsh, F. (1996). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. Family Process. Vol. 35, número 3.

Yontef, Gary M. (1995). Awareness dialogue & process: essays on gestalt therapy. Chile, Cuatro Vientos.

Zinker, J. (1980) El proceso creativo en terapia gestalt. Buenos Aires, Paidós.

Fuentes electrónicas

http://www.conapo.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/09_Cuadernillo_DistritoFederal.pdf., 2014.

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Indicadores_Basicos_1990_2010/Nacional_1990_2010/RepublicaMexicana.xlsx., 2014.

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>., 2014.
Proyecciones de la población de México. 2000-2050.

Organización Mundial de la Salud. Demencia. Datos y cifras.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>, 2014

<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=814>. Autor desconocido.
(consultado 2014)

<http://pazinterior.net/1590/como-convivir-con-mis-problemas-el-arbol-de-los-problema/> Autor desconocido. (consultado 2014)

<http://comunidad.telecentre.org/profiles/blogs/una-lectura-para-reflexionar.> Autor desconocido. (consultado 2014)

[http://pazinterior.net/1280/cuentos-de-amor-el-amor-verdadero-67/.](http://pazinterior.net/1280/cuentos-de-amor-el-amor-verdadero-67/) Autor Desconocido. (consultado 2014)

<http://es.slideshare.net/ZayraOrtiz/ciclo-familiar-expo>, Familia y Ciclo Familiar. Vargas I. (consultado 2014)

<http://www.matrizfoda.com/> (consultado 2014)

ANEXOS

ANEXO 1

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **PARENTESCO CON EL ENFERMO** _____

Marca en el espacio correspondiente lo que mejor responda.

PREGUNTA	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Quiero estar solo (a)			
Estoy angustiado (a)			
Quiero ayudar a mi _____ (parentesco)			
No quiero hacer nada			
Tengo ganas de llorar			
Estoy tranquilo (a)			
Pienso que no puede estar sucediendo			
No puedo hacer nada			
Quiero saber cómo puedo ayudar a mi _____ (parentesco)			
Me agobian los recuerdos			
Estoy enojado			
No tengo apetito			
Me siento culpable			

ANEXO 2

DARSE CUENTA

Me levanto una mañana,
salgo de mi casa,
hay un pozo en la vereda,
no lo veo,
y me caigo en él.

Día siguiente...
salgo de mi casa,
me olvido que hay un pozo en la vereda,
y vuelvo a caer en él.

Tercer día,
salgo de mi casa tratando de acordarme
que hay un pozo en la vereda,
sin embargo
no lo recuerdo,
y caigo en él.

Cuarto día,
salgo de mi casa tratando de acordarme
del pozo en la vereda,
lo recuerdo,
y a pesar de eso,
no veo el pozo
y caigo en él.

Quinto día,
salgo de mi casa,
recuerdo que tengo que tener presente
el pozo en la vereda
y camino mirando el piso,
y lo veo
y a pesar de verlo,
caigo en él.

Sexto día,
salgo de mi casa,
recuerdo el pozo en la vereda,
voy buscándolo con la vista,
lo veo,
intento saltarlo,
pero caigo en él.

Séptimo día,
salgo de mi casa
veo el pozo,
tomo carrera,
salto,
rozo con la puntas de mis pies el borde del otro lado,
pero no es suficiente y caigo en él.

Octavo día,
salgo de mi casa,
veo el pozo,
tomo carrera,
salto,
llego al otro lado!

Me siento tan orgulloso de haberlo conseguido,
que festejo dando saltos de alegría...
y al hacerlo, caigo otra vez en el pozo.

Noveno día,
salgo de mi casa,
veo el pozo,
tomo carrera,
lo salto,
y sigo mi camino.

Décimo día,
me doy cuenta
recién hoy
que es más cómodo
caminar...
por la vereda de enfrente.

ANEXO 3

EL ALPINISTA

Cuentan que un alpinista, desesperado por conquistar el Aconcagua, inicio su travesía después de años de preparación, pero quería la gloria para él solo, por lo tanto subió sin compañeros.

Empezó a subir y se le fue haciendo tarde, y más tarde, y no se preparó para acampar, sino que decidió seguir subiendo decidido a llegar a la cima, y oscureció. La noche cayó con gran pesadez en la altura de la montaña, ya no se podía ver absolutamente nada. Todo era negro, cero visibilidad, no había luna y las estrellas estaban cubiertas por las nubes.

Subiendo por un acantilado, a sólo 100 metros de la cima, se resbalo y se desplomo por los aires... caía a una velocidad vertiginosa. Sólo podía ver veloces manchas más oscuras que pasaban en la misma oscuridad y la terrible sensación de ser succionado por la gravedad.

Seguía cayendo... y en esos angustiantes momentos, le pasaron por su mente todos sus gratos y no tan gratos momentos de la vida, él pensaba que iba a morir, sin embargo, de repente sintió un tirón muy fuerte que casi lo parte en dos. Sí, como todo alpinista experimentado, había clavado estacas de seguridad con candados a una larguísima sogas que lo amarraba de la cintura.

Trato de mirar a su alrededor pero no había caso, no se veía nada. Gritó varias veces pero se percató de que nadie podría escucharlo; la posibilidad de salvarse era remota, y aunque notaran su ausencia nadie podría subir a buscarlo antes de que parar la nevisca, y aun así no sabrían que estaba colgado de algún lugar de la montaña. Tenía que hacer algo pronto, o encontraría su fin.

De repente escuchó una voz diciéndole “¡Suéltate!”, quizá era la voz de Dios o de algún espíritu o tal vez alguna alucinación, pero la voz insistía “¡Suéltate!”, “¡Suéltate!”.

Hubo un momento de silencio y quietud. El hombre se aferró más a la cuerda y reflexionó: si se soltaba podría significar su muerte e igualmente si no lo hacía pues moriría congelado. Su lucha continuó durante horas pero él se mantuvo sostenido a lo que pensaba era su única oportunidad.

Se cuenta que a la mañana siguiente el equipo de búsqueda y rescate encontró colgado al alpinista que estaba congelado, casi muerto, agarrado con fuerza con las manos a una cuerda... ¡A menos de un metro del suelo!

¿Y tú? ¿Qué tanto confías en tu cuerda? ¿Por qué no la sueltas?

ANEXO 4

LA TRISTEZA Y LA FURIA

En un reino encantado donde los hombres nunca pueden llegar, o quizás donde los hombres transitan eternamente sin darse cuenta...

En un reino mágico, donde las cosas no tangibles, se vuelven concretas...

Había una vez... Un estanque maravilloso.

Era una laguna de agua cristalina y pura donde nadaban peces de todos los colores existentes y donde todas las tonalidades del verde se reflejaban permanentemente...

Hasta ese estanque mágico y transparente se acercaron a bañarse haciéndose mutua compañía, la tristeza y la furia.

Las dos se quitaron sus vestimentas y desnudas las dos, entraron al estanque.

La furia, apurada (como siempre está la furia), urgida - sin saber por qué - se bañó rápidamente y más rápidamente aún, salió del agua...

Pero la furia es ciega, o por lo menos, no distingue claramente la realidad, así que, desnuda y apurada, se puso, al salir, la primera ropa que encontró...

Y sucedió que esa ropa no era la suya, sino la de la tristeza... Y así vestida de tristeza, la furia se fue.

Muy calma, y muy serena, dispuesta como siempre, a quedarse en el lugar donde está, la tristeza terminó su baño y sin ningún apuro (o mejor dicho sin

conciencia del paso del tiempo), con pereza y lentamente, salió del estanque. En la orilla se encontró con que su ropa ya no estaba.

Como todos sabemos, si hay algo que a la tristeza no le gusta es quedar al desnudo, así que se puso la única ropa que había junto al estanque, la ropa de la furia.

Cuentan que desde entonces, muchas veces uno se encuentra con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si nos damos el tiempo de mirar bien, encontramos que esta furia que vemos es sólo un disfraz, y que detrás del disfraz de la furia, en realidad... está escondida la tristeza.

ANEXO 5

¿CÓMO HAGO PARA CONVIVIR CON MIS PROBLEMAS?

Un carpintero me había contratado para que le ayudase a reparar una vieja granja, y ya habíamos terminado nuestro primer día de trabajo. Su cortadora eléctrica se había estropeado y había perdido más de una hora de trabajo en intentar arreglarla, por otro lado su viejo camión se negaba a arrancar.

Mientras lo llevaba a su casa en mi coche, el carpintero se sentó en silencio. Una vez llegamos a su casa, me invitó muy cordialmente a pasar a conocer a su familia. Mientras nos dirigíamos a la puerta, se detuvo unos instantes frente a un pequeño árbol, tocando las puntas de las ramas con ambas manos. Cuando la puerta se abrió ocurrió una sorprendente transformación, su bronceada cara estaba plena de sonrisas. Abrazó a sus dos pequeños hijos y le dio un beso a su amada esposa. Luego de compartir un refresco con ellos, el carpintero me acompañó a mi coche, y al pasar por el pequeño árbol, sentí la curiosidad de preguntarle acerca de lo que había hecho hacia unos instantes antes de entrar.

¡Oh! – Exclamo con determinación – Ése que ves allí es mi árbol de los problemas. Como sé que no puedo evitar tener problemas en el trabajo, no significa que dichos problemas me los tenga que traer a casa. Lo que es seguro que los problemas no pertenecen ni a mi casa, ni a mi esposa y mucho menos a mis pequeños hijos. Así que cada día que vuelvo, justo antes de entrar en caso cuelgo todos mis problemas en el árbol. Luego, por la mañana, los recojo otra vez. Lo divertido es – exclamo sonriente – que cuando salgo por la mañana a recogerlos, ni remotamente hay tantos problemas como los que recuerdo haber colgado la noche anterior.

ANEXO 6

LA MULA Y EL POZO

Se cuenta de cierto campesino que tenía una mula ya vieja. En un lamentable descuido, la mula cayó en un pozo que había en la finca. El campesino oyó los bramidos del animal y corrió para ver lo que ocurría. Le dio pena ver a su fiel servidora en esa condición, pero después de analizar cuidadosamente la situación, creyó que no había modo de salvar al pobre animal y que más valía sepultarla en el mismo pozo. El campesino llamó a sus vecinos y les contó lo que estaba ocurriendo y los enlistó para que le ayudaran a enterrar la mula en el pozo para que no continuara sufriendo. Al principio, la mula se puso histérica. Pero a medida que el campesino y sus vecinos continuaban paleando tierra sobre su lomo, una idea vino a su mente. A la mula se le ocurrió que cada vez que una pala de tierra cayera sobre su lomo.

¡ELLA DEBÍA SACUDIRSE Y SUBIR SOBRE LA TIERRA!

Esto hizo la mula palazo tras palazo. **SACÚDETE Y SUBE.** Sacúdete y sube. Sacúdete y sube!! Repetía la mula para alentarse a sí misma. No importaba cuan dolorosos fueran los golpes de la tierra y las piedras sobre su lomo, o lo tormentoso de la situación, la mula luchó contra el pánico, y continuó **SACUDIÉNDOSE Y SUBIENDO.** A sus pies se fue elevando de nivel el piso. Los hombres sorprendidos captaron la estrategia de la mula, y eso los alentó a continuar paleando. Poco a poco se pudo llegar hasta el punto en que la mula cansada y abatida pudo salir de un brinco de las paredes de aquel pozo. La tierra que parecía que la enterraría, se convirtió en su bendición, todo por la manera en la que ella enfrentó la adversidad.

¡ASÍ ES LA VIDA!

ANEXO 7 EL BUSCADOR

Esta es la historia de un hombre al que yo definiría como buscador...

Un buscador es alguien que busca, no necesariamente es alguien que encuentra. Tampoco es alguien que, necesariamente, sabe lo qué es lo que está buscando, es simplemente para quien su vida es una búsqueda.

Un día, el buscador sintió que debía ir hacia la ciudad de Kammir. Él había aprendido a hacer caso riguroso a estas sensaciones que venían de un lugar desconocido de sí mismo, así que dejó todo y partió.

Después de dos días de marcha por los polvorientos caminos divisó, a lo lejos, Kammir. Un poco antes de llegar al pueblo, una colina a la derecha del sendero le llamó mucho la atención. Estaba tapizada de un verde maravilloso y había un montón de árboles, pájaros y flores encantadores; la rodeaba por completo una especie de valla pequeña de madera lustrada.

...Una portezuela de bronce lo invitaba a entrar. De pronto, sintió que olvidaba el pueblo y sucumbió ante la tentación de descansar por un momento en ese lugar.

El buscador traspasó el portal y empezó a caminar lentamente entre las piedras blancas que estaban distribuidas como al azar, entre los árboles. Dejó que sus ojos se posaran como mariposas en cada detalle de este paraíso multicolor.

Sus ojos eran los de un buscador, y quizás por eso descubrió, sobre una de las piedras, aquella inscripción:

Abedul Tareg, vivió 8 años, 6 meses, 2 semanas y 3 días

Se sobrecogió un poco al darse cuenta de que esa piedra no era simplemente una piedra, era una lápida. Sintió pena al pensar que un niño de tan corta edad estaba enterrado en ese lugar.

Mirando a su alrededor, el hombre se dio cuenta de que la piedra de al lado también tenía una inscripción. Se acercó a leerla, decía:

Yamir Kalib, vivió 5 años, 8 meses, y 3 semanas

El buscador se sintió terriblemente conmovido. Este hermoso lugar era un cementerio y cada piedra, una tumba. Una por una, empezó a leer las lápidas. Todas tenían inscripciones similares: un nombre y el tiempo de vida exacto del muerto.

Pero lo que lo conectó con el espanto, fue comprobar que el que más tiempo había vivido apenas sobrepasaba 11 años...!!!! Embargado por un dolor terrible se sentó y se puso a llorar.

El cuidador del cementerio, pasaba por ahí y se acercó. Lo miró llorar por un rato en silencio y luego le preguntó si lloraba por algún familiar.

- No, ningún familiar - dijo el buscador - ¿qué pasa con este pueblo?, ¿qué cosa tan terrible hay en esta ciudad? ¿Por qué tantos niños muertos enterrados en este lugar?, ¿cuál es la horrible maldición que pesa sobre esta gente, que lo ha obligado a construir un cementerio de chicos?

El anciano sonrió y dijo:

- Puede Ud. serenarse. No hay tal maldición. Lo que pasa es que aquí tenemos una vieja costumbre. Le contaré...

Cuando un joven cumple quince años sus padres le regalan una libreta, como ésta que tengo aquí, colgando del cuello. Y es tradición entre nosotros que a partir de allí, cada vez que uno disfruta intensamente de algo, abre la libreta y anota en ella:

A la izquierda, qué fue lo disfrutado y a la derecha, cuánto tiempo duró el gozo.

Conoció a su novia, y se enamoró de ella. ¿Cuánto tiempo duró esa pasión enorme y el placer de conocerla?, ¿una semana?, ¿dos?, ¿tres semanas y media?

Y después. La emoción del primer beso, el placer maravilloso del primer beso, ¿cuánto duró?, ¿el minuto y medio del beso?, ¿dos días?, ¿una semana?, ¿y el embarazo o el nacimiento del primer hijo...?, ¿y el casamiento de los amigos? ¿y el viaje más deseado?, ¿y el encuentro con el hermano que vuelve de un país lejano?, ¿cuánto tiempo duró el disfrutar de estas situaciones?, ¿horas?, ¿días?

Así... vamos anotando en la libreta cada momento que disfrutamos... cada momento. Cuando alguien se muere, es nuestra costumbre, abrir su libreta y sumar el tiempo de lo disfrutado, para escribirlo sobre su tumba, porque ese es, para nosotros, **el único y verdadero tiempo VIVIDO.**

ANEXO 8

FIN DEL MUNDO

Ahora quiero que imaginen que todos nosotros quedamos dañados de nuestra vista por el resplandor de una explosión atómica.

Nos encontramos en un refugio subterráneo y sabemos que el sistema de ventilación se detendrá en unos veinte o treinta minutos y después de ello todos comenzaremos a morir. No existe absolutamente ninguna posibilidad de escapar de este recinto. Nos quedan unos cuantos minutos de vida y sólo tenemos este recinto y las cosas y la gente que nos encontramos adentro. Quiero que nos demos cuenta de cómo nos sentimos y de cómo emplearemos estos últimos minutos de vida. ¿Qué hacer en estos últimos minutos?, ¿Qué imágenes vemos pasar de nuestras vidas?, ¿Qué hemos hecho o dejado de hacer en ellas?

(Se tomarán de tres a cinco minutos para que los participantes mediten y/o reflexionen la situación utópica que están viviendo)

Muy bien. Pasó el tiempo. Todos estamos muertos... Emplearemos algunos momentos para absorber la experiencia y recordar cómo nos sentimos y qué hicimos durante ese tiempo... Ahora nos acercamos a la persona más cercana a cada uno de nosotros y establecemos contacto físico con ella. Nos quitamos las vendas y nos comunicamos la experiencia que cada uno vivenció, en primera persona del presente, como si estuviera sucediendo ahora. Emplearemos unos minutos en hacerlo...

Ahora observemos cuántas cosas demoran en nuestra vida y las postergamos para cierto tiempo después, tiempo que puede ser que no llegue nunca. ¿Por qué esperar hasta el fin de la vida para hacer esas cosas?, ¿Podemos soportar esa espera?

(Se toma un minuto en silencio)

ANEXO 9

TRES DESEOS

Cada uno dedique unos minutos a formular en silencio tres deseos que puedan satisfacerse inmediatamente, dentro del grupo... Cada persona, a su turno, cuénteles al grupo sus deseos y en la medida de lo posible, llévelos a cabo. Si satisfacer su deseo activamente implica a algún otro, respete su deseo si él no quiere verse involucrado. Una vez que todos ustedes hayan expresado y satisfecho sus deseos, discutan esta experiencia durante 5 ó 10 minutos... ¿Alguna pregunta?... Adelante...

Espero que la mayoría de ustedes se haya dado cuenta ahora de que es posible cumplir muchos de esos impulsos y deseos que habitualmente se inhiben y suprimen. El margen del comportamiento que es realmente posible para usted y, con frecuencia, además, excitante y estimulante, es mucho más amplio de lo que habitualmente usted se permite a sí mismo. Un funcionamiento saludable requiere compromisos con otra gente, tanto para dar como para recibir cualquier cosa que usted y ellos deseen intercambiar. Nuestro miedo al rechazo impide la expresión de muchos impulsos que son muy positivos y estimulantes, tanto como de muchos otros que a lo sumo son inofensivos.

Ahora me gustaría que intenten ampliar el margen de comportamiento que se permiten a ustedes mismos. Cada uno de ustedes piense en tres deseos que pensó anteriormente pero autocensuró y no expresó por algún motivo...

ANEXO 10

RIQUEZA – POBREZA

Un día como cualquiera, un padre de una familia adinerada llevó a su hijo a un viaje por el campo con el firme propósito de que su hijo viera cuán pobre era la gente que vive en el campo.

Estuvieron pasando todo el día y la noche en una granja de una familia campesina muy humilde.

Al concluir el viaje, ya de regreso a casa, el padre le pregunta a su hijo:

Padre: ¿Qué te pareció el viaje?

Hijo: Muy bonito, papá.

Padre: ¿Viste lo pobre que puede ser la gente?

Hijo: Sí.

Padre: ¿Y qué aprendiste?

Hijo: Vi que nosotros tenemos un perro en casa, ellos tienen cinco. Nosotros tenemos una piscina larga hasta a la mitad del jardín, ellos tienen un arroyo que no tiene fin. Nosotros tenemos lámparas importadas en el patio, ellos tienen las estrellas. Nuestro patio llega hasta la muralla de la casa, el de ellos tiene todo un horizonte. Ellos tienen tiempo para conversar y convivir en familia, tú y mi mamá tienen que trabajar todo el día y casi nunca los veo.

Al terminar el relato, el padre se quedó mudo, y su hijo agregó:

Gracias papá, por enseñarme lo ricos que podemos llegar a ser!!!

ANEXO 11

LA ISLA DE LOS SENTIMIENTOS

Érase una vez una isla donde habitaban todos los sentimientos: la Alegría, la Tristeza y muchos más, incluyendo el Amor. Todos los sentimientos estaban allí. A pesar de los roces naturales de la convivencia, la vida era sumamente tranquila, hasta previsible. A veces, la Rutina hacía que el Aburrimiento se quedara dormido, o el Impulso armaba algún escándalo; otras veces, la Constancia y la Convivencia lograban aquietar al Descontento.

Un día, inesperadamente para todos los habitantes de la isla, el Conocimiento convocó una reunión. Cuando por fin la Distracción se dio por enterada y la Pereza llegó al lugar de encuentro, todos estuvieron presentes. Entonces, el Conocimiento dijo:

- "Tengo una mala noticia para darles... la isla se hunde..."

Todas las emociones que vivían en la isla dijeron:

- "¡No! ... ¿Cómo puede ser? ... ¡Si nosotros vivimos aquí desde siempre!!!!"

Pero el Conocimiento repitió:

- "La isla se hunde"

- "¡Pero no puede ser!!! ¡Quizás estás equivocado!!!"

- "El Conocimiento nunca se equivoca -dijo la Conciencia, dándose cuenta de la verdad-. Si él dice que se hunde, debe ser porque se hunde".

- "Pero... ¿Qué vamos a hacer ahora?????" -preguntaron los demás.

Entonces el Conocimiento contestó:

- “Por supuesto, cada uno puede hacer lo que quiera, pero yo les sugiero que busquen la manera de abandonar la isla... Construyan un barco, un bote, una balsa o algo que les permita irse, porque el que permanezca en la isla, desaparecerá con ella”.

-“¿No podrías ayudarnos?”, preguntaron todos, porque confiaban en su capacidad.

- “¡No! -dijo el Conocimiento-, la Previsión y yo hemos construido un avión y en cuanto termine de decirles esto, volaremos hacia la isla más cercana...”

Las emociones dijeron:

- “¡No! ¡Pero no! ¿Qué será de nosotros???”

Dicho esto, el Conocimiento se subió al avión con su socia y, llevando de polizón al Miedo, que no es zonzo y ya se había escondido dentro, dejaron la isla.

Todas las emociones, en efecto, se dedicaron a construir un bote, un barco, un velero...Todas... Salvo el Amor.

Porque el Amor estaba tan relacionado con cada cosa de la isla que dijo:

- “Dejar esta isla... después de todo lo que viví aquí... ¿Cómo podría yo dejar este arbolito, por ejemplo? Ahhh.... Compartimos tantas cosas...”

Y mientras las emociones se dedicaban a fabricar el medio de irse, el Amor se subía a cada árbol, olió cada rosa, se fue hasta la playa y se revolcó en la arena como solía hacer en otros tiempos. Tocó cada piedra...y acarició cada rama...

Al llegar a la playa, exactamente al lugar desde donde el sol salía, su lugar favorito, quiso pensar con esa ingenuidad que tiene el Amor:

- "Quizás la isla se hunda por un ratito... y después resurja.... por qué no???"

Y se quedó días y días midiendo la altura de la marca, para revisar si el proceso de hundimiento no era reversible... Pero la isla se hundía cada vez más...

Sin embargo, el Amor no podía pensar en construir nada, porque estaba tan adolorido que sólo era capaz de llorar y gemir por lo que perdería. Se le ocurrió entonces que la isla era muy grande y que, aun cuando se hundiera un poco, él siempre podría refugiarse en la zona más alta.... Cualquier cosa era mejor que tener que irse. Una pequeña renuncia nunca había sido un problema para él...

Así que una vez más, tocó las piedrecitas de la orilla... y se arrastró por la arena... y otra vez se mojó los pies en la pequeña playa... que otrora fuera enorme...

Luego, sin darse cuenta de su renuncia, caminó hacia la parte norte de la isla, que si bien no era la que más le agradaba, era la más elevada...

Y la isla se hundía cada día un poco más.... Y el Amor se refugiaba cada día en un lugar más pequeño...

- "Después de tantas cosas que pasamos juntos!!!!- le reprochó a la isla.

Hasta que, finalmente, solo quedó una minúscula porción de suelo firme; el resto había sido tapado completamente por el agua.

Recién en ese momento, el Amor se dio cuenta de que la isla se estaba hundiendo de verdad. Comprendió que, si no dejaba la isla, el amor desaparecería para siempre de la faz de la tierra...

Entonces, caminando entre senderos anegados y saltando enormes charcos de agua, el Amor se dirigió a la bahía.

Ya no había posibilidades de construirse una salida como la de todos; había perdido demasiado tiempo en negar lo que perdía y en llorar lo que desaparecía poco a poco ante sus ojos...

Desde allí podría ver pasar a sus compañeras en las embarcaciones. Tenía la esperanza de explicar su situación y de que alguna de ellas lo comprendiera y lo llevara.

Buscando con los ojos en el mar, vio venir el barco de la Riqueza y le hizo señas. Se acercó la Riqueza que pasaba en un lujoso yate y el Amor dijo:

- "¡Riqueza, llévame contigo! ... Yo sufrí tanto la desaparición de la isla que no tuve tiempo de armarme un barco"

La Riqueza contestó:

- "No puedo, hay mucho oro y plata en mi barco, no tengo espacio para ti, lo siento" y siguió camino, sin mirar atrás...

Le pidió ayuda a la Vanidad, a la que vio venir en un barco hermoso, lleno de adornos, caireles, mármoles y florecitas de todos los colores, que también venía pasando:

- "Vanidad, por favor ayúdame".

Y la Vanidad le respondió:

- "Imposible, Amor. ¡Es que tienes un aspecto!!!!...¡Estás tan desagradable!!! Tan sucio, y tan desaliñado!!!!... Perdón, pero afearías mi barco..."- y se fue.

Pasó la Soberbia, que al pedido de ayuda contestó:

- "¡Quítate de mi camino o te paso por encima!".

Como pudo, el Amor se acercó al yate del Orgullo y, una vez más, solicitó ayuda.

La respuesta fue una mirada despectiva y una ola casi lo asfixia.

Entonces, el Amor pidió ayuda a la Tristeza:

- "¿Me dejas ir contigo?".

La Tristeza le dijo:

- "Ay Amor, tu sabes que estoy taaaan triste que cuando estoy así prefiero estar sola"

Pasó la Alegría y estaba tan contenta que ni siquiera oyó al Amor llamarla.

Desesperado, el Amor comenzó a suspirar, con lágrimas en sus ojos. Se sentó en el pedacito de isla que quedaba, a esperar el final... De pronto, el Amor sintió que alguien chistaba:

- " Chst- Chst- Chst..."

Era un desconocido viejito que le hacía señas desde un bote a remos. El Amor se sorprendió:

- "¿Es a mí?"- preguntó, llevándose una mano al pecho.

- "Sí, sí -dijo el viejito-, es a tí. Ven, sube a mi bote, rema conmigo que yo te salvo".

El Amor lo miró y le quiso explicar...

- "Lo que pasó, es que yo me quedé..."

- "Ya entiendo" -dijo el viejito sin dejarlo terminar la frase- "¡Sube!".

El amor subió al bote y juntos empezaron a remar para alejarse de la isla. No pasó mucho tiempo antes de poder ver como el último centímetro de la isla se hundía y desaparecía para siempre...

- "¡Nunca volverá a existir una isla como esta!" - murmuró el amor, quizás esperando que el viejito lo contradijera y le dirá alguna esperanza.

- "No" -dijo el viejo- "Como ésta, nunca; en todo caso, diferentes..."

Cuando llegaron a la isla vecina, el Amor se sentía tan aliviado que olvidó preguntarle su nombre. Cuando se dio cuenta y quiso agradecerle, el viejito había desaparecido. Entonces el Amor, muy intrigado, fue en busca de la Sabiduría para preguntarle:

- "¿Cómo puede ser? Yo no lo conozco y él me salvó... Todos los demás no comprendían que hubiera quedado sin embarcación, pero él me salvó, me ayudó y yo ahora, no sé ni siquiera quién es..."

Entonces la Sabiduría lo miró largamente a los ojos, y le dijo:

-"Es el único capaz de conseguir que el amor sobreviva cuando el dolor de una pérdida le hace creer que es imposible seguir. Es el único capaz de darle una nueva oportunidad al amor cuando parece extinguirse. El que te salvó, Amor, es El Tiempo...."

ANEXO 12

EL AMOR VERDADERO

Un famoso profesor se encontró frente a un grupo de jóvenes universitarios que estaban en contra del matrimonio. Los muchachos defendían que el romanticismo constituye el verdadero sustento de las parejas y que es preferible acabar con la relación cuando ésta se apaga en lugar de entrar a la hueca monotonía del matrimonio.

El maestro les dijo que respetaba su opinión, pero les relató lo siguiente:

Mis padres vivieron cincuenta y cinco años casados. Una mañana, mi mamá bajaba las escaleras para prepararle a papá el desayuno y sufrió un infarto. Mi padre la alcanzó, la levantó como pudo y, casi a rastras, la subió a la furgoneta. A máxima velocidad, sin respetar los semáforos, condujo hasta el hospital más cercano. Cuando llegó, por desgracia, ya había fallecido.

Durante el funeral, mi padre no habló en lo más mínimo, su mirada estaba perdida y casi no lloró. Esa noche, sus hijos nos reunimos con él.

En un ambiente de dolor y de nostalgia recordamos hermosas anécdotas sobre mi madre. Él pidió a mi hermano, que es teólogo, que le dijera dónde estaría mamá en ese preciso momento; mi hermano comenzó a hablar de la vida después de la muerte, conjeturó cómo y dónde estaría ella.

Mi padre escuchaba con gran atención y de repente, pidió:

“¡Llévenme al cementerio!”

“Papá”, respondimos nosotros, “son las doce de la noche. No podemos ir al cementerio ahora.”

Alzó la voz y, con una mirada con lágrimas, dijo: “No discutan conmigo, por favor; no discutan con el hombre que acaba de perder a la que fue su esposa durante cincuenta y cinco años.”

En ese momento se produjo un respetuoso silencio y no discutimos más. Fuimos al cementerio, pedimos permiso al cuidador y con una linterna a cuestas llegamos a la lápida. Mi padre la acarició, rezó y nos dijo a sus hijos, que veíamos la escena conmovidos:

“Fueron cincuenta y cinco buenos años... ¿Saben?, nadie puede hablar del amor verdadero si no tiene idea de lo que es compartir la vida con una mujer así — hizo una pausa y se limpió la cara—. Ella y yo estuvimos juntos en aquella crisis, en mi cambio de empleo —continuó—. Hicimos la mudanza cuando vendimos la casa y nos mudamos a la ciudad. Compartimos la alegría de ver a nuestros hijos crecer y terminar sus carreras, lloramos uno al lado del otro la partida de nuestros seres más queridos, rezamos juntos en la sala de espera de algunos hospitales, nos apoyamos en el dolor, nos abrazamos en cada Navidad y perdonamos nuestros errores... Hijos, ahora se ha ido y estoy contento, ¿Saben por qué? Porque se fue antes que yo, no tuvo que vivir la agonía y el dolor de enterrarme, de quedarse sola después de mi partida. Seré yo quien pase por eso, y le doy gracias a Dios. La amo tanto que no me hubiera gustado que sufriera...”

Cuando mi padre terminó de hablar, mis hermanos y yo teníamos el rostro lleno de lágrimas. Lo abrazamos y él nos consoló:

“Todo está bien, hijos; podemos irnos a casa; ha sido un buen día”.