



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA.

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

Propuesta de asesoría psicológica familiar en la enfermedad de Alzheimer de tipo senil, basada en análisis de casos, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano.

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO

A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

DIRECTOR:

DR. LUCIO BALAREZO CHIRIBOGA.

AUTOR:

PSIC. MARIO EDUARDO MOYANO MOYANO.

CUENCA - ECUADOR

2010

Dedicatoria

Para la persona que llenó mi infancia de
alegrías y bellos momentos,
quien ahora tiene muy frágil su memoria...
Te doy las gracias con el presente trabajo.
Para ti, mi querida abuelita Fanny.

Mario

Agradecimiento

Primero doy gracias a Dios, por darme tantas cosas en esta vida, como la oportunidad de estar vivo con los seres que tanto quiero conmigo.

A mis Padres, quienes con su cariño han motivado que encuentre paz, alegrías y ganas de seguir adelante en lo que me proponga.

A mi querida Gaby, quien me acompaña constante en el viaje de mi vida personal y profesional. Mil gracias por estar y por tu apoyo.

A mi estimado Dr. Lucio Balarezo, por enseñarme que detrás de un gran profesional y profesor, existe un valioso ser humano dispuesto a compartir su experiencia sin recelo.

A todas esas personas invisibles que contribuyeron directa e indirectamente con este proyecto, mediante consejos y ayuda.

GRACIAS

RESUMEN

La propuesta del presente trabajo investigativo, es brindar una nueva alternativa de asesoramiento psicológico para los familiares de personas con Enfermedad del Alzheimer de tipo senil, para su estructuración se tomó en cuenta las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad. En un primer momento, se diseñó guías de intervención que sirvan de referencia para el abordaje con esta población. Y, por último, se efectuó un estudio de cinco familias (casos) que presentaron esta problemática, en quienes se aplicaron las guías para efectuar: evaluaciones, entrevistas e intervenciones; logrando, así, disminuir el impacto y sobrecarga emocional que genera la enfermedad del Alzheimer y, por ende, el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida del entorno familiar y del paciente.

ABSTRACT

The proposal of this research work is to provide a new alternative psychological counseling for relatives of people with Alzheimer's disease type senile.

Its structure has been done according to the theoretical and methodological of the Integrated Model Ecuadorian focused on personality.

At first, intervention guides were designed to serve as a reference to deal with this population. And finally, a study of five families (cases) that had this problem was prepared, the guidelines applied to perform were: observations, interviews and speeches, thereby reducing the impact and emotional overload generated by Alzheimer's disease, and thereby improving conditions and quality of life of the patient and family environment.

INDICE TEMÁTICO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
INDICE TEMÁTICO.....	v

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1

MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

1.1 Antecedentes	3
1.2 Factores que han influido en el desarrollo del Movimiento Integrativo.....	4
1.3 Definiciones de integrar	5
1.4 Diferentes formas de integración en Latinoamérica.....	6
1.5 Bases epistemológicas Modelo Integrativo Ecuatoriano	10
1.6 Bases teóricas Modelo Integrativo Ecuatoriano	13
1.6.1 Componentes de la personalidad.....	15
1.7 Bases metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano	20
1.7.1 Etapas del proceso.....	23
1.7.1.1 Primera etapa.....	23
1.7.1.2 Segunda etapa.....	30
1.7.1.3 Tercera etapa.....	31
1.7.1.4 Cuarta etapa.....	35
1.7.1.5 Quinta etapa.....	36

1.8 La asesoría desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano.....	36
1.8.1 Definiciones de asesoría.....	37
1.8.2 Semejanzas y diferencias entre Asesoría y psicoterapia.....	38
1.8.3 Componentes centrales de la Asesoría.....	39
1.8.4 Los fenómenos afectivos derivados de la relación de ayuda.....	43
1.8.5 Aspectos técnicos en la conducción del proceso de asesoría.....	51
1.9 Conclusiones.....	53

CAPÍTULO 2

ALZHEIMER Y FAMILIA

2.1 Introducción.....	55
2.2 Consideraciones generales de la enfermedad del Alzheimer.....	56
2.3 Factores etiológicos de la enfermedad del Alzheimer.....	57
2.4 Cuadro clínico de la enfermedad del Alzheimer.....	60
2.5 Fases de la enfermedad.....	62
2.6 Personalidad y vida afectiva del paciente	66
2.7 Conceptualización psicológica de la enfermedad	68
2.7.1 Tipología de la enfermedad.....	70
2.8 La Familia ante la Enfermedad del Alzheimer.....	71
2.8.1 Impacto de la enfermedad en el sistema familiar.....	71
2.8.1.1 Alteraciones estructurales del sistema familiar.....	71
2.8.1.2 Alteraciones del ciclo evolutivo familiar.....	75
2.8.1.3 Alteraciones de la respuesta emocional.....	76
2.8.1.4 Alteraciones cognitivas.....	77
2.8.2 Cuidador primario.....	79
2.9 Conclusiones.....	81

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

3.1	Introducción.....	82
3.2	Etapas del proceso de asesoría	82
3.2.1	Etapa I: investigación diagnóstica.....	82
3.2.2	Etapa II: planificación terapéutica.....	92
3.2.3	Etapa III ejecución y aplicación técnica.....	113
3.3	Conclusiones.....	116

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DE CASOS.

4.1	Introducción.....	117
4.2	Estudio de Casos.....	117
4.2.1	CASO: La familia Pérez.....	117
4.2.2	CASO: La familia Tobar	127
4.2.3	CASO: La familia Loja.....	138
4.2.4	CASO: La Familia Arévalo.....	146
4.2.5	CASO: La familia Sánchez.....	156
4.3	Conclusiones.....	165

CONCLUSIONES GENERALES.....	166
------------------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	169
--------------------------	------------

ANEXOS.....	172
--------------------	------------

INTRODUCCIÓN

Actualmente la enfermedad de Alzheimer -que es la más común de las demencias de tipo irreversible que ataca con una mayor incidencia en la población anciana-, es motivo de preocupación mundial. En Estados Unidos y Canadá es la primera causa de deterioro mental, y la cuarta causa de mortalidad en la población de edad avanzada después de enfermedades como el corazón, cáncer y embolias (OMS, 2005).

En el Ecuador, el incremento de la población de la tercera edad cada vez es mayor, generando así dificultades de atención tanto en ámbitos públicos y privados para resolver esta problemática social, en la que la enfermedad del Alzheimer demanda enormes esfuerzos económicos para su tratamiento. La familia asume la responsabilidad de cuidado del enfermo, donde tiene que hacer una serie de reajustes a nivel de su estructura, distribución de papeles y echar a andar sus mecanismos de solución de problemas, frente a la realidad que se suscita. La familia sufre un gran desgaste de recursos físicos, psicológicos y sociales, convirtiéndose en la segunda víctima de la enfermedad por el afán que tiene de apoyar a su ser o seres queridos, sacrificando aspectos vitales que influyen notoriamente en su calidad de vida.

Por tal razón, el presente trabajo investigativo propone un programa de asesoramiento familiar en casos de Alzheimer de tipo senil, considerando las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad. Este estudio está conformado por: dos capítulos teóricos y dos prácticos.

En el primer capítulo se pretende dar una visión clara sobre el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, destacando los aspectos que han contribuido a

su desarrollo y, sus principios fundamentales de intervención. En el segundo capítulo “Enfermedad y Familia”, se pretende dar un acercamiento sobre aspectos básicos de la Enfermedad del Alzheimer y las repercusiones que ocasione en el entorno familiar. El tercer capítulo, corresponde a la parte práctica de la investigación, donde se presenta la propuesta de asesoramiento familiar desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, aquí se podrá encontrar pautas de intervención por medio de guías que servirán para el abordaje con las familias. En el capítulo cuarto, se presenta un estudio de casos de cinco familias, a quienes se les aplicó el programa de asesoría psicológica durante el transcurso de dos sesiones de evaluación y siete de intervención. Finalmente, se establece las respectivas conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO 1

MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.

1.1 ANTECEDENTES

En las últimas décadas, ha tomado mucha fuerza una tendencia que acentúa especialmente los elementos terapéuticos eficaces compartidos, que pueden estar presentes en distintos enfoques, considerando integrar de una manera armónica y coherente aspectos teórico - prácticos más relevantes y específicos para los procesos psicoterapéuticos, obteniendo así mejores resultados. Es aquí donde surge el Movimiento Integrativo.

Aunque siempre ha habido autores abiertos con tendencia a establecer puentes de comunicación entre las diversas corrientes terapéuticas, ha sido principalmente en las tres últimas décadas cuando este movimiento integrativo ha tomado fuerza y se ha consolidado en diferentes países del mundo. Algunos de los autores que más se han distinguido en esta dirección son: French (1932), Dollard y Miller (1950), J. Frank (1961), Wachtel (1977), Bandura (1980), Lazarus (1981), Beutler (1983, 1990), Millon (1989, 2000), Fernández Álvarez (1992), Opazo (1992), Goldfried (1980, 1995), Feixas y Miró (1993), etc. La SOCIETY FOR THE EXPLORATION OF PSYCHOTHERAPY INTEGRATION (SEPI), formada en la década de los 80, ha contribuido notablemente para el desarrollo y consolidación de este movimiento integrativo. (Balarezo, 2005)

En el décimo séptimo Congreso Mundial de Psicoterapias, organizado en Santiago de Chile en el año 2001, se concluyeron los siguientes aspectos del desarrollo del movimiento integrativo a nivel mundial (Balarezo, 2005):

1.- Existen muchas formas de asumir lo integrativo. Puede entenderse en el contexto de la teoría, la práctica y la investigación. Puede también referirse a la interrelación entre las formas de tratamiento, por ejemplo, el tratamiento psicoterapéutico y el tratamiento farmacológico. O también expresarse en el trabajo interdisciplinario frente al paciente o cliente y quizá como una apreciación integral bio- psico -social del individuo.

2.- Los modelos integrativos latinoamericanos son los más sólidos, coherentes y desarrollados a nivel mundial. De esta apreciación se concluye la notable aceptación que en el concierto norteamericano y europeo tienen Fernández Álvarez y Opazo.

3.- Se evidencia a nivel mundial y latinoamericano un grado de flexibilidad positiva entre los psicoterapeutas de corrientes tradicionalmente antagónicas, hecho que repercute benéficamente en el desenvolvimiento de la psicoterapia.

1.2 FACTORES PRINCIPALES QUE HAN INFLUIDO EN EL DESARROLLO DEL MOVIMIENTO INTEGRATIVO

Entre los factores que más han influido en la formación del movimiento de la Terapia Integrativa pueden señalarse los siguientes (Balarezo, 2005):

- La urgente necesidad de lograr compromisos conjuntos de las diferentes corrientes para evitar la entropía que amenaza al trabajo psicoterapéutico (Karasú, 1986).
- La decreciente actitud “dogmática” que presentan los psicoterapeutas de diversas corrientes psicoterapéuticas en la actualidad, buscando acercamientos tanto a nivel teórico como técnico. (Beitman, Golfried y Norcross, 1989).
- La dificultad teórica en aceptar que un sistema teórico pueda ser el mejor para todos los pacientes, para todos los problemas y en todas las circunstancias, y que los miles y miles de profesionales, pertenecientes a otros enfoques, estén todos equivocados.
- Los resultados de muchos estudios experimentales que parecen comprobar que *no existen diferencias significativas en el nivel de eficacia* entre los principales enfoques terapéuticos en el tratamiento de trastornos equivalentes. (Luborsky, Singer (1975), Smitch, Glass y Miller (1980), Castillo y Poch (1991), Lambert y Berguin (1992))
- La comprobación experimental de los *factores inespecíficos*, que comparten muchos enfoques terapéuticos, influyen más decisivamente en la eficacia total registrada en la terapia que los *elementos específicos* de cada escuela (Lambert, 1992)

- La insatisfacción que tanto las teorías como los resultados de los procesos psicoterapéuticos provocan en psicoterapeutas, clientes y en la comunidad. (Bergin y Garfield, 1994; Prioleau, Murdock y Brody, 1980; Arkowitz, 1992).
- La *insatisfacción* de los propios terapeutas de su comprensión de la conducta humana desde una sola escuela. Mahoney (1979) en cuestionario dirigido a Terapeutas cognitivos y no cognitivos encontró que en una escala de 1 a 7, la puntuación media de satisfacción era inferior al 2. Esta insatisfacción predispone a los Terapeutas a completar sus esquemas teóricos con aportaciones de otras líneas terapéuticas.
- La necesaria demostración de “eficacia” con el ejercicio psicoterapéutico que requiere nuestra sociedad, que comienza a exigir resultados por tratamientos tan prolongados y costosos. (Constantine, 1984; Fernández Alvarez, 1996).
- El desarrollo de un “eclecticismo espontáneo” entre los psicoterapeutas muy bien descrito por Fernández Alvarez (1996).

Es necesario diferenciar el eclecticismo de la integración, para esto se debe tener en cuenta que, para ser un psicólogo integrativo, no es suficiente con cualquier incorporación de técnicas o principios de otros modelos terapéuticos; para ello es necesaria una reflexión sobre los propios fundamentos, así como una selección cuidadosa de los elementos asumidos que sean conceptualmente integrables. En caso contrario, se trataría más bien de un *sincretismo* practicista o de *terapias suplementadas*, que no responden al concepto de *Terapia integrativa*, propiamente dicha.

1.3 DEFINICIONES DE INTEGRAR

A continuación precisaremos algunas definiciones de lo que se considera integrar desde este movimiento (Balarezo, 2005):

Roberto Opazo (1992) refiere que: “Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes”

Para Héctor Fernández Álvarez (1996), “Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a

conjuntos que son diversos y complejos”

“A diferencia del eclecticismo, la integración insiste en la primacía de una Gestalt que da coherencia, proporciona un esquema interactivo y crea un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos”. (Millon y Davis 1999).

Balarezo (2004) define: “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”.

1.4. DIFERENTES FORMAS DE INTEGRACIÓN EN LATINOAMÉRICA.

Existen tres modelos a nivel de Latinoamérica que son los más representativos y pioneros en términos de integración:

A) El Modelo Integrativo Argentino.- sus representantes máximos son el Dr. Héctor Fernández y la Fundación AIGLE. Este modelo tiene como fundamento teórico lo cognitivo - constructivista, y toma como base epistemológica al constructivismo moderado que considera al sujeto como constructor de su realidad, para esto el individuo posee estructuras que tienen que ver con experiencias pasadas (provenientes de sus figuras representativa y del entorno), las mismas que se trasforman o se manifiestan en el lenguaje. Estas estructuras pueden ser funcionales o disfuncionales (el parámetro para determinar el grado de sufrimiento que genere).

Su fundamentación teórica se representa en dos etapas:

Primera etapa: habla sobre el procesamiento de la información, aquí el sujeto es como una computadora que recibe, procesa y expresa la información. Dentro de éste existen niveles de procesamiento de la información. En el primer nivel se encuentra la conciencia, atención y la sensopercepción; en el segundo nivel está la memoria, la afectividad y las emociones; y en el último nivel se encuentra la personalidad del sujeto.

Estos niveles son un punto de referencia en la psicoterapia para determinar en qué instancia se produjo la disfuncionalidad y así poderla abordar en el proceso psicoterapéutico.

Segunda etapa: está dentro de la Revolución Cognitiva “Constructivismo”, en la que el sujeto adquiere otras características, él ya es un creador de su realidad, es decir, un constructor permanente de la realidad en la que vive y, en donde el aparato de la cultura, desplegado a lo largo de la historia, es una tarea constante de autoconstrucción.

Héctor Fernández (1992) destaca, en su libro “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia”, que la construcción de la realidad en los seres humanos puede configurar construcciones funcionales y/o disfuncionales. Las funcionales permiten a las personas sentir que están cumpliendo cabalmente con su guión, con su responsabilidad ante la vida, que no genera dolor o sufrimiento persistente, que carezca de sentido individual y/o grupal para quien lo padece. Estas construcciones se traducen por medio de signos visualizados como señales de un proyecto vital. En cambio, en las construcciones disfuncionales que observa la presencia de un tipo de sufrimiento que carece dicho sentido y, los signos en los que se traducen son considerados como síntomas atribuibles a diversas fuentes. (p.125)

Otros aspectos teóricos de este modelo están basados en las estructuras de significado, la clasificación de las estructuras, la evolución de las construcciones y la jerarquía de las estructuras.

Sus cimientos metodológicos y prácticos se fundamentan en la evolución de los procesos disfuncionales, los diferentes tipos de experiencia de sufrimiento, los objetivos de la psicoterapia y el diseño de estrategias psicoterapéuticas.

B) El modelo Integrativo Chileno. Dentro del contexto de la tendencia hacia la integración en psicoterapia, en Chile el Dr. Roberto Opazo ha aportado un modelo teórico “Supraparadigmático” y de Intervención Psicoterapéutica Integrativa, sobre el cual trabaja e investiga el equipo de profesionales del Instituto Chileno de Psicoterapia (ICPSI).

El modelo integrativo de Opazo aporta fundamentos epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos e intenta articular fuerzas generadoras de cambio probadas empíricamente, provenientes de diferentes paradigmas, tales como el biológico, ambiental – conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Así, el modelo integra estos seis paradigmas y plantea un constructivismo moderado en el plano epistemológico; establece que la integración de estos seis paradigmas constitutivos de la dinámica psicológica se articula en torno al *sistema self*, que constituirá una especie de procesador central de la experiencia humana (eje integrador de los seis paradigmas).

Sus aproximaciones metodológicas y prácticas permiten la discriminación de qué conocimientos aportan la predicción y el cambio y, estas son las siguientes:

- La variables inespecíficas: paciente, terapeuta y relación.
- La evaluación clínica integral.
- Fase didáctica.
- Objetivos terapéuticos.
- Conceptos movilizadores en psicoterapia integrativa:
 - Los estímulos efectivos.
 - Los principios de influencia.
 - El significado de los paradigmas.
 - El “*awareness*” integral.
 - La conducta pulsante.
 - La potenciación interaccional.
 - Rasgos de personalidad diádica.
 - El ambiente pato – distónico.
 - El trasfondo eficaz.

C) Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad. Su máximo representante es el Dr. Lucio Balarezo, que conjuntamente con la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPsI) son los impulsores de esta nueva propuesta.

Balarezo (2005) refiere ante la interrogante del ¿Por qué de un Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad? Debido a las condiciones diversas y seguramente más complejas de nuestra realidad y en los contextos históricos y culturales heterogéneos que mantenemos. Por esta circunstancia, asumimos los aspectos epistemológicos que nos parecen fundamentales de los enfoques citados, adoptando nuestra propia identidad en la descripción teórica, metodológica y técnica. Nuestro enfoque incorpora otros componentes como la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico. Esto debido a que, en último término, de acuerdo a nuestra idiosincrasia, nuestros pacientes se movilizan en esta vertiente con mayor facilidad.

Existen algunas características idiosincráticas propias, que marcan la postura técnica adoptada, que son (Balarezo, 2005):

- ***Inmediatistas:*** En donde existe una búsqueda de resultados breves y efectivos, que eliminen los problemas sintomáticos.
- ***Predominio de un Locus de Control Externo:*** En la que la atribución que da la persona a su padecimiento o realidad, viene determinado o condicionado por un factor externo.
- ***Predominio de un Pensamiento mágico e Imaginario:*** Aquí el sujeto es incapaz de cambiar por sí mismo, espera que el cambio se dé en el exterior o por fuerzas externas o sobrenaturales.
- ***Escasa cultura Psicológica y Psicoterapéutica:*** Debido a que nuestro medio social se ha acostumbrado a un modelo médico de intervención.
- ***Características propias de ecuatoriano:*** El ecuatoriano es una persona muy afectiva, con marcados sentimientos de solidaridad con los demás y, al mismo tiempo es muy arraigado y dependiente de su familia.

Este modelo, considero que, es la oportunidad para buscar cambios que surjan de necesidades reales, ya que es la única forma de encontrar soluciones a los más grandes padeceres que se presentan en nuestra sociedad. Para esto se requiere de la implementación de variantes teóricas y metodológicas que se citan a continuación.

1.5 BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

La epistemología es una disciplina filosófica que trata sobre el problema del conocimiento de la realidad. Frente a esta cuestión existen dos posturas fundamentales: el objetivismo y el constructivismo, el primero con un mayor acercamiento al conductismo y, el segundo que ha contribuido como sustento epistemológico de los Modelos Integrativos. Por tal razón, el objetivismo sostiene que la realidad se representa directamente en la mente del sujeto, quien recibe pasivamente los estímulos del entorno, en cambio, el constructivismo propone que el sujeto es quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior y, que la realidad puede ser interpretada de diferentes formas.

En el siguiente cuadro se presente una tabla comparativa entre la postura objetivista y la constructivista.

CUADRO 1 *Comparativo entre dos posturas epistemológicas:*
Objetivismo y Constructivismo

OBJETIVISMO	CONSTRUCTIVISMO
<i>La naturaleza del conocimiento</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento como la representación directa del mundo real. • Conocimiento como descubrimiento de la realidad factual. • Conocimiento como proceso moldeado hacia una verdad absoluta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento como construcción de la experiencia. • Conocimiento como la invención de nuevos marcos interpretativos. • Conocimiento como proceso evolutivo moldeado mediante mecanismos selectivos (adaptación)
<i>Criterios para la validación del conocimiento</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Validación proporcionada directamente por el mundo real mediante los sentidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Validación mediante consistencia interna con las estructuras existentes de conocimiento y el consenso social entre observadores.

<ul style="list-style-type: none"> Validación mediante la correspondencia entre representación y realidad. Un único significado válido, la verdad. 	<ul style="list-style-type: none"> Validación entre ajuste y viabilidad (precisión de la predicción interpretativa) Diversidad de significados posibles y de interpretaciones alternativas
<i>Características estructurales del conocimiento</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento como formación de conceptos (captación de cualidades inherentes a los objetos del mundo real) Conocimientos consistentes en la clasificación, categorización y acumulación. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos como captación de diferencias. Conocimiento estructurado en sistemas jerárquicos y auto – organizados.
<i>Interacción humana</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Interacción instructiva o transmisión de información de un organismo a otro. 	<ul style="list-style-type: none"> Acoplamiento estructural o encaje mutuo de las estructuras de dos organismos.
<i>Seres vivos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Organismos reactivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Organismos proactivos, planificadores y orientados hacia fines.

Fuente: Feixas y Villegas 2000, p.21

El Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, toma como base epistemológica el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a éste como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad. (Balarezo, 2006)

La particular percepción del mundo, está elaborada sobre la base de significados; mediante el

lenguaje se construye la realidad determinada y procesada dentro del contexto

Balarezo (2005) refiere que esta posición epistémica basada en el Constructivismo Moderado o Relativo, atiende al carácter constructivo de nuestra experiencia, que surge de la capacidad para dotarla de significados, que a su vez, es generada por nuestra posibilidad de transformar los datos en signos, mediante los cuales operamos con el entorno y con nosotros mismos.

Se considera que la percepción del mundo y de la realidad, se determina y procesa dentro de un contexto familiar y social donde existe permanente intercambio e interacciones, que van modificando la conducta y actitud que tengamos ante la vida a través del tiempo.

Es importante hacer una diferenciación entre el “Constructivismo Absoluto o Radical” y el “Constructivismo Moderado o Relativo”, el primero se inclina a la imposibilidad de confirmar ningún grado de consistencia con la realidad; mientras que para el constructivismo relativo o moderado, se inclina por la existencia de la realidad aunque no esté en nuestras posibilidades un conocimiento cabal de ellas. (Balarezo, Módulo I. Maestría Psicoterapia Integrativa, 2005)

El modelo integrativo nos da la posibilidad de entrar en contacto con el paciente de manera más directa, cálida y cercana a la propia realidad. Nos ayuda a discernir con mayor claridad e intentar un entendimiento más próximo a su estilo de vida y a la forma de concebir el mundo. Esta actitud del terapeuta es la que en definitiva nos aproxima al cambio y permite la diferenciación de todos los elementos y factores actuantes durante el proceso terapéutico y, nos amplía la perspectiva para abordar su problemática desde una consensuada percepción del ser humano, como una parte y un todo, interactuando permanentemente y que nos permite validar en un marco coherente, la utilización de una diversidad de herramientas terapéuticas provenientes de diversos enfoques o escuelas, considerándolas como elementos complementarios, aplicables a cada caso en particular, acercándonos con mayor certeza hacia la obtención de logros y resultados más eficaces, siempre encaminados al bienestar humano. (Balarezo, 2006)

1.6 BASES TEÓRICAS DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

Se considera a la “Personalidad” como eje central del Modelo Integrativo Ecuatoriano.

Balarezo (2005) define a la personalidad como una “estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”.

Esta es una definición operacional que considera algunos aspectos esenciales:

- La personalidad constituye una organización cambiante que supera la acumulación de partes aisladas.
- La personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.
- La definición de personalidad integra los factores biológicos, psicológicos y socioculturales en su dinamismo.
- La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite predecir en forma relativa la manera de ser de los sujetos.
- La definición de personalidad transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo.

Concomitantemente, reconocemos los siguientes componentes de su estructura y dinamismo (Balarezo, 2005):

- Reconocemos a la personalidad como la estructura integradora de las funciones psíquicas y las condiciones biopsicosociales que determinan un comportamiento peculiar y singular en el individuo.
- Reconocemos las facilidades y obstáculos que nos brinda la genética en el comportamiento normal y patológico así como en el ejercicio psicoterapéutico, pero validamos también la influencia ambiental y sociocultural.

- Reconocemos la existencia de lo consciente y lo inconsciente desde una perspectiva biopsicosocial válida para entender el dinamismo.
- Reconocemos el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y terapéuticamente trabajamos sobre el presente para lograr una proyección al futuro.
- Reconocemos al valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.
- Reconocemos el valor de lo cognitivo en la estructuración patológica y en el proceso terapéutico.
- Reconocemos el valor de los procesos de aprendizaje en la noción de lo patológico y en el trabajo terapéutico.
- Reconocemos la importancia de la valoración sistémica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad integra el enfoque nomotético (se centra en variables generales entre la población para establecer comparaciones) y el enfoque ideográfico (se centra en la individualidad de la persona). Esto permite que tengamos una base teórico - científico para luego poderlo utilizar a casos prácticos, respetando como prioridad la idiosincrasia del sujeto. A continuación se establece una diferenciación más detallada sobre estos dos enfoques.

El enfoque nomotético:

- Se centra en variables.
- Este busca leyes generales que se puedan aplicar a muchas personas diferentes.
- Según estas leyes se pueden entender la personalidad y sus cambios.
- Se compara a las personas con respecto a una variable específica y cómo estas variables influyen en la vida de las personas.
- La investigación se centra en variables y estas permiten entender la personalidad en un sentido científico.
- Sirve para establecer diagnósticos.

El enfoque ideográfico:

- Esta se centra en la persona.
- Se entiende al individuo como un ser único e irrepetible.
- Cada sujeto es diferente y no es posible compararlo.
- La personalidad debe entenderse dentro de cada individuo.
- Se necesita un manejo individualizado.

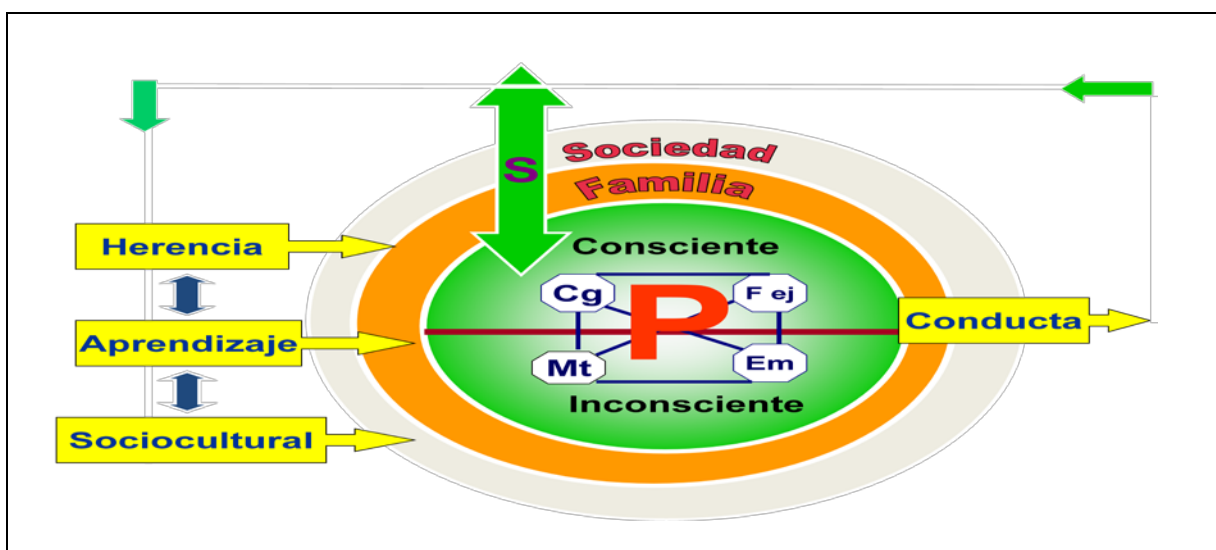
1.6.1 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD

La estructura de la personalidad en este modelo está conformada por componentes biológicos, socioculturales, motivacionales y afectivos, cognitivos, procesos conscientes e inconscientes, procesos de aprendizaje y valoración sistémica, permitiendo así, considerar al ser humano en una perspectiva integral, esto es biopsicosocial, sin privilegiar ninguno de los componentes y más bien tomándole al psiquismo, vida psíquica o problema fundamental de la psicología como una categoría, producto de la interrelación entre lo biológico y lo social.

Por medio de la presente gráfica, propuesta por el Dr. Balarezo, podremos determinar cómo cada uno de los componentes que conforman la personalidad se interrelacionan.

Gráfico N.1

Componentes de la Personalidad



Fuente: Balarezo. Módulo II Maestría Psicoterapia Integrativa. 2005.

Es importante señalar que el modelo ecuatoriano toma como base de estudio diferentes tipos de personalidades, ya que de acuerdo a éstas se podrán plantear directrices de intervención adecuadas. Las clasificaciones de la personalidad son las siguientes:

PERSONALIDAD PARANOIDE:

- Inferencias arbitraria sobre: lealtad – fidelidad, daños y engaños.
- Desconfianza y suspicacia (fijarse en detalles).
- Reticencia a confiar en los demás.
- Tendencia al rencor.
- Celoso. (teme perder el poder afectivo, laboral y interpersonal.)
- Ante la humillación y ofensa, reacciona y contra-ataca.
- Expansividad del yo; sobrevaloración de una situación.
- Recolección de documentos para su defensa, como un respaldo ya sea en el trabajo etc.
- Es organizado, sistematizado, planifica con proyección al futuro.
- Es impositivo hacia los demás, siempre se sale con la suya.
- Es generoso para obtener poder.

PERSONALIDAD ANANCÁSTICA:

- Perfeccionista; propensión a repetir los trabajos. Piensa que algo falta.
- Preocupación por los detalles, reglas y orden.
- Cuida mucho de su aseo, limpieza, apariencia y combinación de colores.
- Empeño por el sometimiento de los demás; que las personas hagan lo que el desea.
- Excesivo apego al trabajo y a la productividad; tienden a desarrollar más estrés.
- Excesiva escrupulosidad e inflexibilidad; tendencia a la inercia excitatoria.

- Represión afectiva; no maneja el sentimiento de venganza o culpa.
- Falta de generosidad; se guardan las cosas.
- Es tímido, fácilmente se sonroja y trata de no mostrar sus errores.
- Es tacaño y lleva un presupuesto de gastos.
- Es un buen estudiante y buen trabajador,
- Incapacidad para desprenderse de los objetos.

PERSONALIDAD CICLOTÍMICA:

- Oscilaciones de su estado de ánimo; entre la tristeza y la alegría. O por cierto lapso desarrolla una de las dos.
- Períodos de lentificación orgánica y psíquica; produce menos en el trabajo, aprende con dificultad.
- Períodos de aceleramiento funcional y psíquico; produce más, duerme menos y puede llegar a la promiscuidad y agresividad.
- Contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se alterna con periodos de retraimiento social; son más auténticos.
- Hipersensible; se conmociona con el sufrimiento de los otros
- Colaborador y preocupado por los demás; se ofrece a organizar actividades.

PERSONALIDAD HISTRIONICA:

- Búsqueda constante de apoyo y elogio: es para evitar el sufrimiento.
- Vanidad en su apariencia y conducta.
- Conducta es seductora, caprichosa, teatral y manipuladora.
- Exageración en las expresiones de sus emociones.
- Incomodidad cuando no es el centro de atención; en todos los lugares donde asiste.
- Al segundo día de su operación suelen estar preocupados por su apariencia.
- Inestabilidad emocional; hay fluctuaciones entre alegría y tristeza.

- Exageran en la expresión de sus emociones.
- Baja tolerancia a las frustraciones; hay una hipersensibilidad.
- Relaciones interpersonales superficiales; las sesiones son cortas.
- Contacto seductor; no en el plano sexual, lo seduce al terapeuta para lograr atención.
- Son caprichosos, manipuladores y tienden a la somatización.
- Son propensos a desarrollar un trastorno bipolar o de orden afectivo.

PERSONALIDAD EVITATIVA:

- Hipersensibilidad a la crítica y desaprobación; se retrae.
- Pocas relaciones íntimas y confidentes.
- Establece vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro.
- Evita actividades sociales complejas; es probable que desarrolle una fobia social.
- Reservado en las reuniones sociales; permanece desapercibido dentro de la reunión.
- Temor a sentirse avergonzado.
- Eritrofobia: Se sonroja en cualquier situación.
- Rehúye a dificultades, riesgos y peligros físicos; a la competencia, a una exposición o reunión.

PERSONALIDAD DEPENDIENTE:

- Incapacidad para tomar decisiones.
- Aquiescencia con los demás; exceso de obediencia.
- Dificultad para iniciar proyectos o actividades; no tiene capacidad para auto-dirigirse.
- Realización de tareas desagradables para congraciarse con los otros; puede hacer cualquier cosa por agradar.
- Incomodidad ante la soledad; no puede estar solo/a.

- Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas, causar una depresión grave o adicción a sustancias.
- Temor al abandono.
- Sensibilidad a las críticas y la desaprobación.

PERSONALIDAD ESQUIZOIDE:

- No disfruta de relaciones estrechas.
- Elige actividades solitarias; disfruta de la soledad.
- Frialdad afectiva; no es expresivo.
- Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales; recurren a la masturbación.
- Indiferente a la aprobación y críticas de los demás.
- Afectividad reprimida.
- Tendencia a la fantasía.

PERSONALIDAD INESTABLE:

- Relaciones interpersonales intensas e inestables; ama con fuerza pero puede llegar a caer en arrebatos.
- Impulsividad; actúa y luego piensa o se arrepiente.
- Inestabilidad afectiva.
- Intensa ira inapropiada o descontrolada; impulsividad.
- Prefiere actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia; puede ser deportista.
- Tolerancia alta al dolor.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL:

- Conductas antisociales y deshonestas.
- Fracaso en el sometimiento de las normas sociales.
- Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia.

- Imprudencia en los actos relacionados con su seguridad personal o de los demás; se puede confundir con el inestable.
- Falta de remordimiento.
- No aprende con la experiencia.
- Irresponsabilidad persistente.

(Basado en: Balarezo, Módulo II de la Maestría de Psicoterapia integrativa, 2005)

1.7 BASES METODOLÓGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

El Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, busca a través de una adecuada evaluación y planificación promover cambios a nivel de la condición psíquica de la persona, para esto, empleará como base de sus intervenciones una adecuada relación terapéutica entre terapeuta o asesor y paciente o asesorado, además de utilizar otros recursos técnicos que amerite el caso.

Balarezo (2006) en su artículo “Modelo Ecuatoriano de Psicoterapia Integrativa Focalizado en la Personalidad”, destaca los principales aspectos metodológicos del modelo, que son los siguientes:

- La conducción del proceso se efectúa entre la complementariedad y la simetría del terapeuta - paciente, tomando en consideración el momento del proceso, la técnica empleada y los requerimientos de la personalidad. Los objetivos los situamos básicamente entre el alivio del sufrimiento y la influencia sobre la personalidad mientras que las técnicas las empleamos en función de los objetivos.
- Ubiquemos el lugar que le corresponde a la relación dentro del proceso. Refiriéndonos a éste como una de las características comunes de los sistemas psicoterapéuticos cuya aceptación nadie discute, encontramos que durante el mismo discurren y coexisten dos aspectos interrelacionados entre sí: la aplicación técnica y los fenómenos afectivos derivados del contacto interhumano. Las técnicas constituyen el arsenal de procedimientos específicos que el terapeuta utiliza, cualquiera que sea la orientación en la que se ubica. La destreza en su manejo

supone una consolidada base doctrinaria y un ejercicio práctico que lo convierta en experto.

- La relación surge en cambio, como resultado de la interacción entre paciente y terapeuta, es un fenómeno desprendido de la connotación social del contacto y depende de factores personales y sociales. Individuales, por cuanto en su origen intervienen las características particulares de sus miembros, sus aptitudes, actitudes, capacidades y rasgos caracterológicos. Sociales, por responder a la dinámica ocurrente solo cuando se unen dos o más individuos, inclusive las manifestaciones personales no se presentan sino en cuanto un sujeto se interrelaciona con otro, además que, en su origen mismo el vínculo tiene un significado social.

- Se prioriza la relación sobre la técnica, poniendo interés en las características del terapeuta como conductor del proceso.

El Modelo Ecuatoriano también considera y destaca algunos factores que pueden facilitar u obstaculizar el proceso terapéutico, tales como:

Factores que Facilitan el Proceso:

1. PACIENTE

- Motivación al tratamiento.
- Factores cognitivos.
- Nivel de integración de la personalidad.
- Tipo y características de personalidad.
- Capacidad de respuesta emocional.
- Flexibilidad.
- Locus de control.

2. TERAPEUTA

Aspectos Cognitivos (Capacidad intelectual):

- Función ejecutiva.
- Pensamiento teórico- abstracto.
- Potencialidad analítica-sintética.
- Creatividad.
- Intuición.
- Perspicacia.
- Flexibilidad.
- Fluidez verbal.

No Cognitivas:

- Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente, al proceso y a las técnicas.
- Valores de solidaridad.
- Equilibrio psíquico.
- Capacidad de comunicación y relación interpersonal.
- Capacidad empática.
- Integridad ética.
- Motivación a brindar ayuda.
- Autoestima apropiada.
- Resiliencia apropiada.
- Proactividad.

Factores obstaculizantes y causales de deserción

1. PACIENTE:

- Los factores socio culturales, sobre todo por la escasa cultura psicológica que existe en nuestro medio.
- La edad.
- Factores económicos.

- Características de su personalidad.
- Falsa percepción sobre la curación.
- Desmotivación por los resultados.
- Fenómenos transferenciales.

2. **TERAPEUTA.**

- Las expectativas.
- Falta de preparación.
- Fenómenos contra-transferenciales.
- Errores técnicos.
- Falta de empatía.

3. **ENTORNO**

- Condiciones temporales y espaciales.
- Aspectos económicos.
- Falta de privacidad.

(Basado en: Balarezo, Módulo IX de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, 2005)

1.7.1 ETAPAS DEL PROCESO

El modelo Integrativo Ecuatoriano basado en la personalidad, propone las siguientes etapas de un proceso psicoterapéutico detallado a continuación:

1.7.1.1 PRIMERA ETAPA

1. Determinación de expectativas, motivaciones e inicio del proceso:

Concierne a la evaluación de condiciones en que se encuentren: el paciente, el terapeuta y el entorno, como producto de experiencias de ayuda previas y psicoterapéuticas para determinar su influencia en el primer contacto. Mediante las estrategias de la primera

entrevista juzgamos el grado de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda.

a) Expectativas y motivaciones del paciente:

Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas: Una persona que llega a la consulta psicoterapéutica buscando ayuda para suprimir sus síntomas, tiene expectativas altas en el proceso y en cierta forma ya ha tomado conciencia de su problemática, a pesar de que sus síntomas tan solo oculten un problema de fondo (trastorno de personalidad, trastornos depresivos, etc.). Esta toma de conciencia hace que la persona esté más preparada para comenzar un proceso psicoterapéutico, asimismo el hecho de que la persona busque ayuda en un profesional, permite que se trabaje un buen rapport, favoreciendo el proceso psicoterapéutico.

Complacencia a familiares y allegados: Cuando una persona llega a la consulta psicoterapéutica para complacer a sus familiares o llega forzado por ellos, no tiene una buena expectativa para llevar un proceso psicoterapéutico debido a que no existe una verdadera motivación para el tratamiento; esta persona no cree tener un problema o no siente que debe buscar ayuda, por lo que resulta difícil para el terapeuta trabajar el enganche por las resistencias que se presentan, lo que no permite realizar un proceso terapéutico efectivo.

Remisión de otros profesionales: Una persona que llega remitida por otro profesional, puede llegar a tener buenos resultados con un proceso psicoterapéutico, ya que es una persona que al buscar ayuda para superar su problemática tiene mayores expectativas para alcanzar objetivos que se planteen en el proceso psicoterapéutico. Por otro lado, una remisión puede llevar a un trabajo interdisciplinario, entre profesionales logrando así mejorar la calidad de vida de la persona.

Exigencia de status: La búsqueda de status al acudir a un psicoterapeuta no es muy común en nuestro medio, sin embargo, en personas de clase social alta suele presentarse con mayor frecuencia. Pacientes principalmente con una personalidad narcisista, pueden llegar a involucrarse en el proceso psicoterapéutico descubriendo la problemática oculta detrás de su motivación (insight), obteniendo logros en el transcurso de la terapia. Por lo

contrario, un paciente que va a la consulta psicológica en busca de status, no necesariamente necesita un proceso psicoterapéutico, o no es el momento oportuno para comenzar un tratamiento.

Curiosidad: Hay personas que acuden a un psicólogo por simple curiosidad, de ser así, no se deberá efectuar un proceso por parte del profesional, debido a que no existe una verdadera motivación o expectativa hacia la terapia.

b) Expectativas y Motivaciones del Terapeuta:

Principio de humanismo: A pesar de la formación académica que pueda tener un terapeuta, el factor humano debe ser una de sus principales motivaciones, ya que esta motivación es la base para establecer una buena relación terapéutica, permitiendo así que siempre se busque el bienestar del paciente.

Experiencia: En cada una de las intervenciones que realiza el terapeuta con sus pacientes, éste se ve motivado por el deseo de adquirir nuevos conocimientos (teóricos y prácticos), permitiéndole lograr un crecimiento tanto personal como profesional.

Fenómenos contra-transferenciales: Para el terapeuta la contratransferencia positiva puede ser una motivación que favorezca el proceso de ayuda, ya que al sentir cierta empatía hacia su paciente buscará los medios más adecuados para sus intervenciones; aunque puede existir una contratransferencia negativa donde el terapeuta no se interese por establecer una relación positiva y en la que podría presentarse conductas inadecuadas hacia su paciente.

Idoneidad profesional: El psicoterapeuta al sentirse un profesional capacitado, tendrá la suficiente motivación y seguridad para enfrentar las demandas que se susciten en su ejercicio profesional. Al mismo tiempo, le permitirá conocer los alcances y límites que tiene como profesional.

Factores socio-culturales: La expectativa de adquirir reconocimiento en la sociedad en la que se desenvuelve el profesional, se convierte en una fuerte motivación para que el psicoterapeuta se exija lograr cada vez un mejor proceso psicoterapéutico.

Factores económicos: El aliciente económico influye en el desenvolvimiento exitoso del psicoterapeuta, ya que si no encuentra rentabilidad en su ejercicio profesional, no logrará cumplir sus expectativas de éxito y de status.

Edad: Los profesionales jóvenes generalmente se encuentran más motivados en su ejercicio profesional, debido a que buscan adquirir nuevas experiencias, logros y reconocimientos como profesionales dentro de la sociedad.

Presiones institucionales: Las exigencias que tienen las instituciones frente al psicoterapeuta pueden generar una motivación adicional para el mismo, efectuando un mejor trabajo con los pacientes, de este modo evitará que se susciten conflictos dentro de la institución.

c) Expectativas familiares, amigos e instituciones:

Percepción de los otros sobre el problema: El hecho de que la institución, amigos y/o familiares reconozcan un problema en uno de sus miembros, permite que se involucren en el proceso psicoterapéutico con mayor facilidad, convirtiéndose en un soporte y un medio para que el paciente supere su problemática.

Sentimientos suscitados en los allegados al paciente: Los afectos que moviliza el padecimiento de una persona en sus allegados, hace que estos busquen los medios más adecuados para la atención de su ser querido, facilitando que se venzan las dificultades que puedan surgir dentro del proceso psicoterapéutico.

Experiencias previas de familiares: Esto puede influir de una manera tanto positiva como negativa. Positiva debido a que si existen buenas referencias, la familia presentará mejores expectativas para el proceso que inicia el paciente, de no ser así, será una resistencia que dificultará las intervenciones que se efectúen influyendo directamente en las motivaciones del paciente.

Exigencias familiares e institucionales: Dependiendo del grado de expectativa que tenga la familia y/o institución, en relación al tratamiento psicoterapéutico, esta exigirá tanto al paciente como al terapeuta el cumplimiento del proceso de psicoterapia con responsabilidad y eficacia.

Engaño de familiares: Si han existido experiencias negativas previas generadas por parte de otros profesionales, esto influirá en las motivaciones que los familiares del paciente puedan encontrar en el proceso psicoterapéutico, convirtiéndose en la principal resistencia que deberá vencer el psicoterapeuta.

Intereses institucionales: A las instituciones les interesa que sus colaboradores posean un estado de salud óptimo tanto físico como mental, por lo tanto la institución facilitará a que el paciente realice el proceso psicoterapéutico.

2. Análisis de la demanda

En el análisis de la demanda, tomamos en cuenta dos aspectos fundamentales que son: origen y el tipo de la demanda.

a) **Origen de la demanda.-** Puede provenir de diferentes fuentes, tales como: el paciente, profesional, familiar, institución, entre otros.

b) **Tipo de demanda.-** La demanda puede ser de dos tipos:

Explícita: es lo que manifiesta el paciente sobre su padecimiento y qué es lo que desea mejorar.

Implícita: es lo latente o subjetivo, debido a que se va construyendo de acuerdo a las interpretaciones del terapeuta, quien puede encontrar el verdadero motivo del padecimiento del paciente.

Es fundamental lograr un acercamiento entre los objetivos provenientes de diversas fuentes cuando son antagónicos o contradictorios, cosa muy frecuente en el ejercicio psicoterapéutico.

3. La primera Entrevista

Ponemos especial interés en los componentes relacionales y técnicos de la primera entrevista para lograr una adecuada estructuración de las demandas del cliente y allegados.

La primera entrevista consta de las siguientes estrategias:

3. **Posibilidad de ayuda o tratamiento.-** Ilustrar con frases cómo he tratado problemas como éste.
 4. **Eficacia o peligrosidad de técnicas.-** Por ejemplo la hipnosis en algunos casos puede dar resultados y en otros no.
 5. **Tiempo para el tratamiento:** Depende del problema de la persona, del esfuerzo, tanto del terapeuta como del paciente,
 6. **Comunicaciones para infundir confianza.** Reafirmaciones hacia el paciente sobre casos similares al de él, en los cuales se han obtenido resultados.
- **ESTRUCTURACIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA.**
 - Ajuste de expectativas.
 - Naturaleza de la relación (psico-educación).
 - Objetivos del proceso.
 - Técnicas a emplearse.
 - Costos y probable duración.
 - Duración de cada sesión.
 - Los roles.

Dentro del modelo reconocemos cuatro tipos de primera entrevista que son:

1.- ENTREVISTA DE PSICODIAGNÓSTICO.- La cual obedece a requerimientos del trabajo interdisciplinario. El propósito fundamental es la evaluación psicológica para concluir en apreciaciones diagnósticas y pronósticos, se somete a una actitud directiva y generalmente se recolecta la información en una historia clínica o ficha psicológica.

2.- ENTREVISTA DE CONSULTA.- Existe cuando se aprecia que la persona no va a iniciar el proceso, cuando se consulta por otras personas, cuando se va a iniciar un proceso más tarde, para probar un nuevo modelo o por curiosidad, cuando se acude por remisión de otro profesional y cuando se acude para satisfacer a otra persona. Suele utilizarse dentro de la asesoría y suele ser más directiva en la mayoría de los casos.

3.- ENTREVISTA ÚNICA.- Esta es utilizada en los casos de maltrato, en los que hay que tomar en cuenta en primer lugar entablar buenas relaciones con la familia, establecer confianza con el niño, conducir la historia, interrogar sobre aspectos específicos, dar información sobre el examen y llevar a la conclusión.

4.- ENTREVISTA DE INICIO DEL PROCESO.- Requerimiento de afianzamiento, la misma que permite que se establezca un proceso terapéutico (psicoterapia).

1.7.1.2 SEGUNDA ETAPA

Investigación del problema, trastorno y la personalidad:

Lo que se pretende en esta etapa es un estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática, mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el establecimiento del diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de premorbididad de la personalidad como precursora del trastorno. Se utiliza como principal instrumento de recolección de información la **“Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica”** (FIEPs), con adecuaciones inherentes a las características del paciente, su problemática, su patología, las condiciones familiares, de trabajo y las sociales. Aunque aceptamos las clasificaciones de los trastornos planteadas por el CIE 10 o el DSM IV-TR (vigentes actualmente), no mantenemos una actitud rígida en cuanto a sus criterios. Es importante para nosotros la descripción cualitativa de la personalidad como una condición premórbida en el apareamiento del trastorno. En resumen, los componentes de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica son los siguientes:

- **Datos informativos.**
- **La demanda:**
Explícita (Lo que pide el paciente) quién pide ayuda y qué desea.

Implícita (Latente) subjetividad del terapeuta.

Origen: (paciente, familiar, profesional, otros)
- **Los antecedentes disfuncionales:**
Evolución del problema, enfermedad o trastorno.
- **Biografía psicológica personal:**
Antecedentes biológicos y socioculturales
- **Historia psicológica familiar y/o genograma:**
Normal y patológica.
- **Aproximación diagnóstica:**
 1. Diagnóstico formal.- Nosológico – Descriptivo.
 2. Diagnóstico informal.- Personalidad- Descriptivo.
Rasgos de personalidad.
- **Resultados de las pruebas psicológicas.**
- **Criterios pronósticos:**
Accesibilidad al tratamiento – psicoterapia - asesoramiento.

1.7.1.3 TERCERA ETAPA

Planificación del proceso:

Los criterios diagnósticos obtenidos en la etapa anterior movilizan a la elaboración de un plan terapéutico, en donde se toma en cuenta qué intervenciones terapéuticas son las más adecuadas para el paciente, se discute con el paciente los objetivos del tratamiento y sobre todo se trata de evitar la improvisación en el proceso. Los principales componentes del plan terapéutico son:

1. **Formulación dinámica del trastorno o problema.-** Es la interrelación dinámica desde la perspectiva integrativa del trastorno o problema con sus factores precipitantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología, esta comprensión se hará con una postura objetiva para entender la causalidad y la patogenia del trastorno, dentro de este componente nos contestamos a interrogantes tales como: ¿Cuál es el padecimiento fundamental del paciente?, ¿Qué factores han predisposto y determinado la personalidad en su desarrollo personal para que surja el trastorno? etc.

2. **Formulación dinámica de la personalidad.-** Se realiza una descripción dinámica de la personalidad vinculada con procesos de desarrollo, estilos cognitivos y formas de afrontamiento afectivo y comportamental. Son las características esperables en el paciente, es muy importante realizar un análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado a sus funciones intelectivas, cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, la motivación al tratamiento, ya que en ocasiones muchos terapeutas suelen encontrar solo las características negativas del paciente sin apreciar aquellas que pueden favorecer el tratamiento.

3. **Señalamiento de objetivos.-** Las metas y los objetivos pueden ser variados:
 - ✓ Se deben discutir con el paciente cuando sea factible, para poder establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia le puedan ofrecer.
 - ✓ Adecuar las expectativas del paciente y de las personas que le rodean.
 - ✓ Se deben orientar en base a la búsqueda de alivio sintomático, modificación de los rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos.
 - ✓ El terapeuta debe estar consciente de sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto.
 - ✓ Los objetivos específicos concentran su actividad e interés en el cumplimiento de una meta que es la curación del paciente.

✓ Los objetivos se fijan de acuerdo al nivel de profundidad al que se desea trabajar, así tendremos objetivos orientados al asesoramiento, a lo sintomático y a la personalidad.

a) **Objetivos de Asesoramiento:**

- Busca asesorar, orientar y mediar para la resolución de problemas y conflictos interpersonales.
- Resuelve conflictos interpersonales.
- Promueve el desarrollo personal.

b) **Objetivos sintomáticos:**

- Apoyo emocional.
- Disminución o eliminación de síntomas específicos.
- Disminución o eliminación de problemas comportamentales.
- Adquisición de conductas adaptativas.

c) **Objetivos orientados a la personalidad:**

- Mejoramiento del “awareness”.
- Adquisición del “insight”.
- Flexibilización de la personalidad.
- Re-elaboración cognitiva de las experiencias pasadas.
- Optimización de los rasgos de personalidad.

4. **Señalamiento de técnicas.**- Se aplican de acuerdo a los objetivos que se persiguen en el tratamiento y en las condiciones del paciente.

Entre los factores que determinan el empleo de técnicas tenemos:

- Paciente - Terapeuta - Cuadro clínico o problema
- Facilidades tecnológicas - Experiencias anteriores - Condiciones socio-culturales.

El escogimiento de una técnica se hace de lo general a lo particular, de lo simple a lo complejo, para esto se aprovecha de los estados concieniciales del sujeto, es decir, los estados de vigilia, somnolencia o sueño sugerido. Entre las principales técnicas tenemos:

(Citado de Balarezo, Lucio. Módulo VII. Maestría de Psicoterapia Integrativa)

a) ***Técnicas para Asesoramiento:***

- Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones.
- Resolución de problemas en conflictos familiares e interpersonales.
- Orientación y mediación psicológica.
- Modificación de actitudes.
- Psico-educación.
- Programas de Desarrollo Personal: Inteligencia emocional, Programación Neurolingüística, Autoestima, Asertividad, Habilidades sociales, Resiliencia, etc.

b) ***Técnicas Sintomáticas:***

- Relajamiento muscular.
- Relajamiento muscular con visualización.
- Técnicas sugestivas en vigilia.
- Técnicas sugestivas en sueño sugerido.
- Procedimientos conductuales, entre otras.

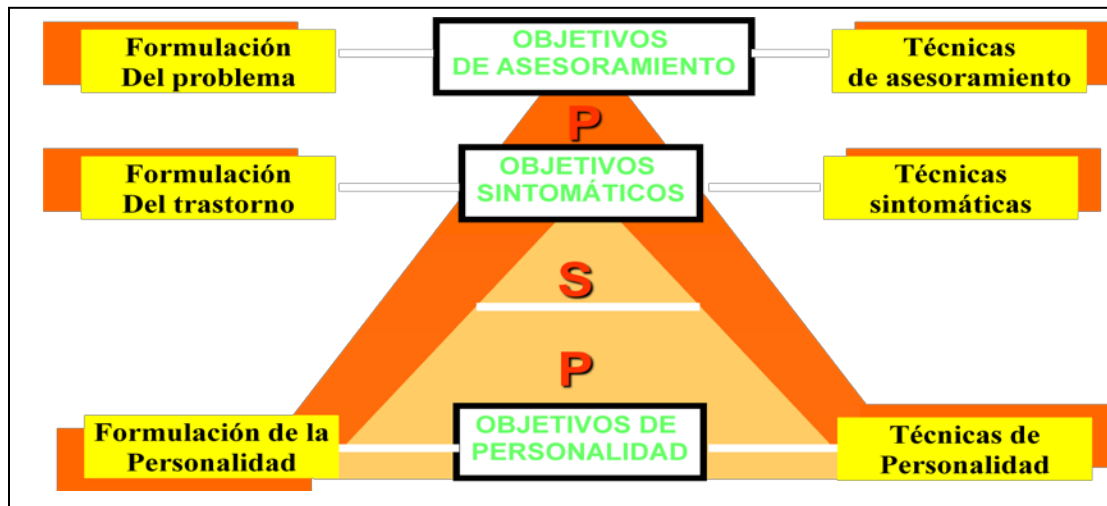
c) ***Técnicas orientadas a la Personalidad:***

- Procedimientos cognitivos.
- Procedimientos constructivistas.
- Técnicas retrospectivas.
- Análisis de significados.
- Análisis de rasgos de personalidad.

Balarezo (2005) nos da una visión sintética de estos componentes que permiten predecir las condiciones en que se desenvolverá el proceso. “La estructura del plan concierne a dos niveles: uno superficial relacionado con el problema o el trastorno y, otro profundo vinculado con la personalidad subyacente. En el primer caso los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o el alivio sintomático y en el segundo hacia la influencia sobre la personalidad induciendo su autoconocimiento, flexibilización o modificación positiva de su estructura. Las técnicas se ajustan a estas necesidades específicas. Así, si trabajamos sobre la sintomatología, los recursos técnicos empleados, son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes que se

orienten en este sentido. Cuando actuamos sobre la personalidad utilizamos procedimientos cognitivos, interpretativos, de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual o cualquier otro recurso que promueva el insight”. En la siguiente gráfica se puede apreciar con detenimiento la propuesta mencionada por el autor.

Gráfico 2. Planificación del proceso.



Fuente: Balarezo, Módulo XV de Maestría Psicoterapia Integrativa, 2005.

1.7.1.4 CUARTA ETAPA

Ejecución y aplicación técnica:

En esta etapa se lleva a cabo las estrategias realizadas en la planificación de una forma organizada y sistemática para cada uno de los casos. Es necesario considerar que puede existir cierto grado de flexibilización técnica, debido a la diversidad de condiciones cambiantes en el estado del paciente, tanto en los recursos sintomáticos como en los relacionados con la personalidad.

Se debe tomar en cuenta que la estructura y dinamismo de la personalidad tiene un alto valor en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales.

De requerirse modificaciones, se las efectúan para mejorar la eficacia de la psicoterapia.

1.7.1.5 QUINTA ETAPA

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados:

El monitoreo de la intervención y las técnicas empleadas durante el proceso se evalúan en su ejecución y en los resultados finales obtenidos. Para efectuar la evaluación final se toman en cuenta los criterios del paciente, familiares y allegados; por otra parte el terapeuta evalúa sus intervenciones por medio de un registro o monitoreo, que los lleva a cabo por ciertas guías de intervención propuestas por el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad. (Ver Anexos de Guías de Evaluación)

Balarezo (2006) señala del por qué de estas guías en las siguientes líneas: “nos interesa para fines de consolidación teórica, investigación y aplicación práctica, el examen crítico de todo lo ocurrido desde la primera a la última sesión. Compartimos en el colectivo los éxitos y las dificultades encontradas en los diversos casos para ampliar nuestra experiencia y lograr influencias constructivas en el terapeuta”.

1.8 LA ASESORÍA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

En la actualidad la asesoría ha sido considerada como un proceso de intervención psicológica, debido a que sus aspectos procedimentales tienen un inicio y un final que es organizado, sistematizado y continuo, el cual va construyendo una serie de cambios en el sujeto durante cada una de sus etapas propuestas, permitiendo así mejorar su condición psicológica tanto a nivel intrapersonal e interpersonalmente, siendo éste uno de sus objetivos principales.

Tanto la Asesoría y Psicoterapia rigen sus intervenciones por medio de procesos, la diferencia radica en que la asesoría busca la solución de conflictos o problemas que ocasionan desajustes transitorios a la(s) persona(as) que la presentan, sin llegar a consolidar una patología severa, por tal razón sus intervenciones son de tipo breves; en cambio la psicoterapia es un tratamiento prolongado de enfermedades o trastornos mentales que

ocasionan un malestar significativo y constante para el que padece como el de su entorno circundante.

1.8.1 Definiciones de asesoría

Diversos son los autores que definen qué es la asesoría, por tal razón señalaremos los más representativos en este terreno:

Hahn & Maclean (1955) definen a la asesoría como: *“Un proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales”* (citado por Balarezo en su libro “Psicoterapia, Asesoramiento y consejería”, p.9)

Balarezo (2003) señala que: *“El asesoramiento constituye una modalidad de ayuda en la que, sobre la base de criterios recogidos mediante entrevistas y/o reactivos, se orienta acerca de la resolución de problemas o conflictos. Puede ser aplicada también con fines de orientación, sea vocacional o profesional en el sector educativo o como integrante del desarrollo organizacional en psicología industrial. En el terreno clínico no son raros los casos en los cuales se procura un asesoramiento o guía directivos sobre algunos problemas de adaptación”* (Pág. 33).

Barreto Martín, Arranz y Carrillo, y Molero Zafra (1997): *“La asesoría o counseling es el arte de hacer reflexionar a una(s) persona (as), por medio de preguntas, de modo que puedan llegar a tomar la decisión que considere adecuadas para él y para su salud”*. (Citado por Soriano en su libro “Los Procesos de relación de ayuda”, p.71)

Patterson y Welfel (1994) elaboran una definición más extensa: *“Asesoría es un proceso interactivo caracterizado por una relación única entre el orientador y el cliente, que provoca un cambio en el cliente en una de las siguientes áreas:*

- 1. Comportamiento.*
- 2. Creencias (formas de construir la realidad incluido el yo) o asuntos emocionales relacionados con estas percepciones.*

3. *Habilidades para enfrentarse a las situaciones de la vida de modo que se maximicen las oportunidades y se minimicen las condiciones adversas.*
4. *Conocimiento y habilidad para la toma de decisiones.*
5. *Nivel del dolor emocional.*

En todos los casos el asesoramiento debe provocar un comportamiento libre y responsable en el cliente, acompañado de la habilidad de entender y controlar sus emociones negativas”. (Citado por Soriano en su libro “Los Procesos de relación de ayuda”, p.71)

Por consiguiente, podríamos decir que la asesoría es una relación de ayuda que se establece entre el asesor y el asesorado, en el cual el asesor se compromete a propiciar alternativas de solución frente al conflicto que sobrepasa la utilización de los recursos personales del asesorado.

1.8.2 Semejanzas y diferencias entre asesoría y psicoterapia

Balarezo (2003) en su libro “Psicoterapia, asesoramiento y consejería” señala que existen aspectos semejantes y diferenciales entre asesoría y psicoterapia, que son las siguientes:

Semejanzas:

1. Ambas se refieren en términos generales, a la relación de ayuda que se brinda a una persona o personas con problemas.
2. Se encuentran dentro del contexto de la conducta o comportamiento humano.
3. Manifiestan criterios sobre la salud mental participando en mayor o menor medida en las fases respectivas.
4. Persiguen como meta influir en sentido positivo sobre la personalidad.
5. En las dos se privilegia la acción interpersonal sobre todo de tipo verbal, como recurso a través del cual se brinda ayuda.

Diferencias:

1. La psicoterapia supone el tratamiento de enfermedades psíquicas, hecho que conlleva implícitamente la noción de enfermedad por su propio concepto, mientras

que el asesoramiento se aplica más a las personas normales con problemas de adaptación o conflictos personales e interpersonales. No obstante, en muchos terrenos no es excluyente sino complementaria.

2. Existe una diversa formación académica entre los profesionales que actúan en estas disciplinas; la psicoterapia se encuentra relacionada directamente con la Psicología Clínica, mientras que el asesoramiento puede estar en la Psicología Clínica, Laboral y Educativa.
3. Por las consideraciones anteriores, el contexto de trabajo en psicoterapia y asesoramiento puede ser diferente.
4. La intensidad de la relación y el tiempo de contacto es diferente, pues la psicoterapia es un proceso más profundo y de mayor duración que el asesoramiento.

1.8.3 Componentes centrales de la asesoría

Durante el proceso de asesoría existen elementos que son indispensables para el desarrollo de la misma, estos son los siguientes:

- a) La persona que pide ayuda “asesorado” o “cliente”.

El asesorado no sólo puede ser una persona, también puede serlo una pareja, una familia o un grupo, aunque, generalmente, lo voy a nombrar en singular para hacer menos pesado el estilo.

Toda acción de ayuda va encaminado a mejorar o restaurar el equilibrio de una o varias personas que manifiestan algún tipo de dificultad que puede ser solucionado y enfrentado con esta forma de ayuda que es la asesoría.

El denominador común del ayudando es una persona que presenta cierto nivel de sufrimiento que puede ser muy diverso. Patterson (1980) refiere que el solicitante de ayuda sufre principalmente a causa de conflictos, síntomas, deseos o aspiraciones inalcanzadas, sentimientos de fracaso o inadecuación, o falta de significado en sus vidas.

Las características de la personalidad del asesorado, pueden ser un factor determinante en los cambios terapéuticos que se puedan lograr. Por tal razón se debe considerar la integración de elementos que influyen sobre su personalidad, expectativas, motivaciones, el grado de autonomía o dependencia, introversión o extroversión, género, contexto sociocultural, biografía personal, etc.

“El nivel de motivación del cliente determina el grado de interés, necesidad, atención, actitud o expectativas en el proceso de asesoría. No solamente el éxito en la ayuda depende de esta condición, sino incluso la permanencia del sujeto en aquella. Cuando éste busca ayuda en un especialista, ha superado una gran variedad de obstáculos y resistencias personales y sociales, además de haber intentado una gran cantidad de soluciones y alternativas auto-propuestas o recomendadas por otras personas”. (Balarezo 2003, p. 50)

Es importante considerar el tipo de problema o conflicto que presenta el asesorado y relacionarlo con su edad, el tiempo de duración del problema, con los factores precipitantes, detonantes y mantenedores del cuadro, etc., lo cual permite una comprensión integral de su realidad.

“Las potencialidades intelectivas del cliente, tanto en lo referente a capacidad cuantitativa, como a sus cualidades inherentes, marcan los logros en la modificación del individuo y la técnica que será más propicia en su aplicación. De este modo los recursos racionales, explicativos y persuasivos cobran mayor eficacia en capacidades normales y superiores, en cuyos casos, la discusión en términos de juicios y razonamientos requieren de mucha habilidad en la confrontación cliente – asesor. Los recursos sugestivos son útiles en capacidades no correspondientes a las escalas propuestas anteriormente...” (Balarezo 2003, p.51)

Los síntomas o problemas concretos sobre los que se preocupa o para los que puede pedir ayuda el asesorado, son aquellos que sus grupos de referencia (étnicos, culturales, familia) consideran relevantes. En algunos casos estas personas buscan ayuda por su propia voluntad, pero en otros son influenciados o motivados por terceras personas.

b) La persona que brinda la ayuda: “Asesor”

Es el profesional que presta ayuda a la persona (as) que tiene cierto grado de sufrimiento o dificultades. Quien asuma el papel de asesor no puede ser improvisado, ni empírico, debe tener una formación científica y académica avalada institucionalmente.

Es indispensable que la persona que cumple este rol de asesor, posea cierto grado de equilibrio y madurez emocional para poder asistir al otro.

El asesor debe poseer cierto grado superior de dotación intelectual para garantizar su ejercicio en el proceso terapéutico, el mismo que no solo debe ser cuantitativo sino cualitativo debido a la diversidad de pacientes y de situaciones a las que estará expuesto. Es imprescindible ciertas características tales como: capacidad analítica – sintética, juicio crítico, razonamiento, capacidad de reacción inmediata ante estímulos verbales, memoria de fijación y evocación, capacidad verbal y asociativa, capacidad para buscar alternativas y solucionar conflictos, inteligencia emocional, etc.

1. Carl Rogers (1957), en un famoso artículo, presentó su hipótesis sobre *Las condiciones necesarias y suficientes del Agente de Ayuda* para que su tarea sea eficaz, y señaló tres actitudes fundamentales: *comprensión empática, congruencia y consideración positiva incondicional*. (citado por Soriano Jesús en su libro “*Los procesos de la relación de ayuda*”, p.91)

c) Marco interpersonal adecuado para la asesoría

Existen elementos específicos que se deben tener en cuenta para la configuración adecuada del proceso de asesoría, tales como: el lugar de encuentro, la frecuencia de las sesiones, la duración, el trato mutuo entre asesor y asesorado, las expresiones lingüísticas, las condiciones del espacio físico, las expresiones de afecto, la gratitud o remuneración de los servicios, etc.

d) Recolección de la información

Existen muchas formas de efectuar un trabajo investigativo, que permita recolectar información sobre la realidad en la cual se desenvuelve el asesorado, estas modalidades dependen de los enfoques o escuelas que se utilicen; algunas prefieren una información más sistematizada basándose en una historia o ficha clínica, otros desarrollan esta tarea conforme transcurre la comprensión retrospectiva como ocurre en los enfoques dinámicos.

Lo ideal siempre será realizar una investigación inicial completa e integral en todos los ámbitos bio – psico – sociales que se formen a partir de la problemática del sujeto.

e) La relación de ayuda positiva.

2. Robert R. Carkhuff (1967) afirma que la relación que se establece en un proceso no se realiza de rol a rol, sino de persona a persona. Debido que este encuentro supone una *manifestación del sí mismo* ante la otra persona, ante quien se devela la intimidad, los significados profundos de la propia vida y de las propias experiencias. La calidad de esto depende, en gran medida, del respeto o aceptación positiva que debemos tener del otro y de la propia congruencia o autenticidad personal. (citado por Soriano Jesús en su libro *”Los procesos de la relación de ayuda”*, p.251)

Hay muchos fenómenos afectivos que surgen en el transcurso de un proceso de asesoramiento, tales como: rapport, transferencia, contratransferencia, empatía, resistencia, etc. En algunas ocasiones estos aspectos pueden ser los puntos de inicio o de obstáculos para producir cambios, es por eso, que es de real importancia para el asesor reconocer y manejarlos adecuadamente.

f) Utilización estrategias y técnicas específicas

El proceso de asesoría necesita la especificación de ciertas estrategias y técnicas a utilizarse, las mismas que han sido aportadas por diferentes escuelas terapéuticas. Esto permite que no se dé un trabajo improvisado, carente de sentido y ecléctico.

Las estrategias y técnicas de ayuda pueden clasificarse en función de: si se centra su atención en el dominio afectivo, cognitivo o en el conductual. La conciencia de la existencia de estos tres dominios ayuda a determinar qué es lo más adecuado para tratar dificultades de carácter individual, interpersonal o que afecten a la relación entre persona y el entorno.

Las de dominio afectivo abordan problemas que están relacionados con las emociones, con la conciencia de uno mismo y con la conciencia de los sentimientos de los demás. Las aportaciones teóricas más representativas las encontramos en Psicoanálisis y Existencialismo, que buscan la expresión verbal y no verbal de emociones. En cambio, las de dominio cognitivo están relacionadas con los pensamientos, que intervienen en nuestra forma de interpretar las situaciones y los acontecimientos, o en nuestra forma de tomar decisiones y resolver problemas; estas tendrían una orientación cognitiva y de resolución de conflictos. Y por último, tenemos las de dominio conductual que están relacionadas con las acciones que determinan X comportamiento (s); la orientación teórica es el conductismo.

g) Entender el asesoramiento como proceso

“La relación de ayuda se constituye en un proceso dinámico que se inicia antes del primer contacto entre sujeto y asesor, y termina con la eliminación del problema o conflicto que ocasiona desadaptabilidad o con la deserción al tratamiento”.
(Balarezo 2003, p.14)

Es importante determinar que en la asesoría se establece una serie de pasos, fases y recursos técnicos, que permiten establecer un diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación de resultados, produciendo así un cambio en la condición psicológica del sujeto y del entorno.

1.8.4 Los fenómenos afectivos derivados de la “relación de ayuda”

Las diversas corrientes terapéuticas presentan una gran diversidad de matices en el modo de concebir la relación entre el asesor y el asesorado o cliente; estas diferencias se manifiestan

en el modo de entender la naturaleza de la relación, veamos algunos de estos fenómenos afectivos desde la Perspectiva Integrativa Ecuatoriana focalizada en la personalidad, con sus características principales que permitirán al profesional adquirir ciertas destrezas para reconocerlos, controlarlos, manejarlos y hasta producirlos en beneficio del proceso con el asesorado.

a) **Rapport.**

A continuación presentamos algunas definiciones de este término “Rapport”.

Condición esencial para el establecimiento de una relación cómoda e incondicional entre el asesor y el asesorado. (Shertzer & Stone; 1972; p. 393)

Para Beck (1980) el rapport es: “un acuerdo de metas, objetivos o procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta”. (Citado por Soriano Jesús en su libro “*Los procesos de la relación de ayuda*”, p.331)

Balarezo (2003) la define como: “Sensación de comodidad, entendimiento mutuo, de incondicionalidad e intereses recíprocos que surgen entre el paciente o asesorado y el terapeuta o asesor”. (p. 65)

Existen algunas condiciones y sugerencias para mantener el rapport en la relación de ayuda.

Condiciones Generales:

- Significa más que una técnica específica aislada de la primera entrevista.
- Debe ser un estado permanente durante todo el proceso.
- No es factible forzarlo ni crearlo artificialmente.
- Se favorece por la presencia de fenómenos transferenciales positivos por parte del paciente, y el control de contratransferencias por parte del terapeuta.

Sugerencia para establecer Rapport:

- ✓ Cordialidad y ausencia de conductas torpes.
- ✓ Iniciación con temas neutros o sucesos conocidos por ambos.
- ✓ Actitud amistosa, atenta e interesada.
- ✓ Control de fenómenos transferenciales y contratransferenciales.

b) Empatía:

Este fenómeno afectivo ha sido descrito de varios modos por los teóricos. Por ejemplo Dymond (1949) la define como:

“Transposición imaginaria del propio individuo al pensamiento, sentimiento y actuación de otro y la subsiguiente estructuración del mundo tal como éste último a la estructura”. (Citado por Shertzer & Stone en su libro *Manual para el asesoramiento psicológico*, p. 395)

Para Carl Rogers (1961) la empatía es: “Sentir el mundo privado del cliente como si fuera propio, pero sin perder nunca esa cualidad del “como si”, esto es empatía, algo que parece esencial para la terapia. Sentir la ira, el temor o la confusión del cliente como si fueran propios, pero no obstante sin que se confundan con ellos la propia ira, el propio temor o la propia confusión es el estado que intentamos describir”. (Citado por Shertzer & Stone en su libro *Manual para el asesoramiento psicológico*, p. 395)

“Sintonización afectiva – cognitiva del terapeuta durante el proceso para sentir como si fuera el paciente” (Balarezo; 2003)

La empatía presenta ciertas dimensiones que se manifiestan en el proceso de asesoría, que son las siguientes: (Buchheimer; 1961)

- **Tono.-** Dimensión expresiva y no verbal manifestada cuando dos personas interactúan con armonía y unidad expresivas.
- **Ritmo.-** Ordenación temporal adecuada de las respuestas orientadoras del asesor.
- **Flexibilidad.-** Capacidad del asesor para descartar las tácticas o las metas que previamente había considerado si no se adecúan a la situación del asesorado.
- **Percepción del marco referencial del asesorado.-** Capacidad del asesor para abstraer la esencia de las preocupaciones del cliente y formularla de un modo objetivo y asimilable, de manera que le sea posible elaborarlas a éste.
- **Repertorio de respuestas estimulantes.-** Recursos mediante los cuales, el asesor modifica sus intervenciones de modo que se aplique tanto al contenido manifiesto como al contenido dinámico de la expresión del cliente.
- (Citado por Shertzer & Stone en su libro *Manual para el asesoramiento psicológico*, p. 395- 396)

Sugerencias para establecer la empatía

- ✓ Es una condición natural humana más que aprendida.
- ✓ Los procesos de formación denotan escasos resultados en su desarrollo si los futuros terapeutas no poseen esta condición básica.
- ✓ Debe ser un rasgo evaluado en la selección.
- ✓ Puede ser mejorada moderadamente durante los procesos de supervisión y auto-conocimiento.
- ✓ Inicialmente se debe inducir un adiestramiento en la sintonización afectiva del terapeuta con el paciente y posteriormente controlar la distancia emocional entre ellos.
- ✓ Posteriormente se debe controlar la distancia emocional con el paciente.

c) Resistencia.

Es un término que inicialmente fue desarrollado por la escuela psicoanalítica freudiana, para referirse a la oposición del sujeto contra todo intento de llegar a

descubrir lo oculto en su inconsciente y lo expresa mediante sus mecanismos de defensa que utiliza su Yo.

Otra definición la señala: “La oposición y defensas conscientes e inconscientes que impiden el inicio del proceso, el acceso a los componentes cognitivos y afectivos de la historia vital del sujeto, a las sugerencias, recomendaciones o modificaciones en el sentir, pensar o actuar del paciente”. (Balarezo, 2003)

Condiciones Generales:

- Enfocarla como proceso consciente y/o inconsciente.
- Emplear el concepto de mecanismos de defensa para su identificación.
- Considerar en su expresión los componentes cognitivos y afectivos en su estructura.
- Identificar el predominio de mecanismos de defensa de acuerdo al estilo de personalidad.

Manejarla de acuerdo al timing, el trastorno y las características de personalidad del paciente.

Sugerencias para el manejo de la resistencia:

1. Estrategias de Respeto:
 - ✓ Al inicio del proceso para facilitar el rapport.
 - ✓ Cuando obedecen a valores y creencias personales y culturales.
 - ✓ Cuando su develamiento sea riesgoso en el proceso.
2. Estrategias de manejo:
 - ✓ Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones.
 - ✓ Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos.
 - ✓ El reforzamiento de los mecanismos de defensa solo se emplea en la psicoterapia breve o con propósitos coyunturales durante el proceso.

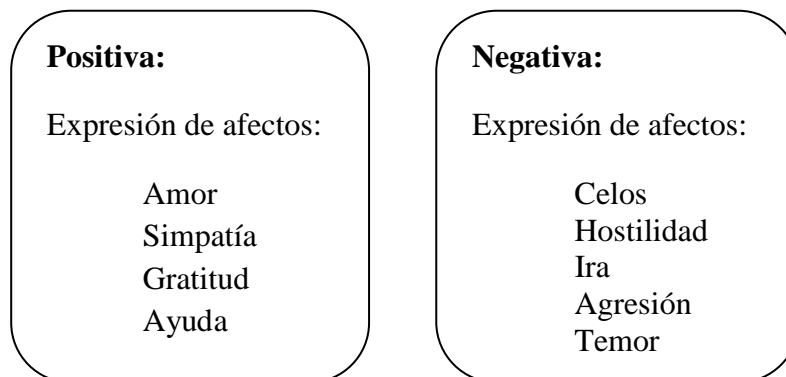
d) **Transferencia**

Es otro término acuñado por el Psicoanálisis, constituyéndose en uno de los principales ejes sobre el cual gira su trabajo psicoterapéutico. La transferencia para Greenson (1967), “ Es la vivencia de sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona actual, que no corresponde a esta última, sino que son repetición de reacciones originadas frente a personas significativas de la temprana infancia, inconscientemente desplazadas sobre figuras del presente...

La transferencia es básicamente un mecanismo inconsciente y regresivo, en el cual el sujeto reacciona frente a una persona actual como si se tratara de una persona del pasado. Es, pues, es una repetición, un anacronismo” (Citado por Soriano Jesús en su libro”*Los procesos de la relación de ayuda*”, p.186)

Balarezo (2001) la define como: “Sentimientos racionales e irracionales que surgen del paciente hacia el terapeuta y que pueden referirse a necesidades actuales o experiencias del pasado”.

Existen dos tipos de transferencia que son:



Indicadores generales de transferencia a nivel verbal y no verbal:

1. No verbales:

- Llegadas anticipadas o tardías a la consulta.
- Demostraciones excesivas de puntualidad.
- Modos especiales de arreglo personal.

- Compostura insinuante durante la entrevista.
- Posiciones corporales.
- Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo.
- Manifestaciones vegetativas.
- Gestos autodirigidos.

2. Verbales:

- Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas.
- Reiteraciones sobre temas superfluos.
- Insinuaciones de acercamiento en la distancia social.
- Verbalizaciones directas de las emociones.
- Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta o asesor.
- Expresiones verbales seductoras.

Sugerencias para el manejo de la transferencia:

- ✓ Autoanálisis del terapeuta para juzgar su actitud.
- ✓ Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia:
 - Frecuencia de sesiones.
 - Duración de sesiones.
 - Modificación de los temas de discusión.
- ✓ Manejo con discusión e interpretación de la transferencia
 - Personalidad del paciente.
 - Momento del proceso.
 - Condiciones técnicas.
- ✓ Derivación del paciente a otro terapeuta.

e) Contratransferencia:

Es un fenómeno opuesto al anterior, en donde se hace referencia a las reacciones del asesor ante las actitudes transferenciales del Asesorado. Veamos algunas definiciones de este término:

Para el Psicoanálisis, es el desplazamiento de los afectos inconscientes del terapeuta hacia el paciente.

Albert Ellis define a la contratransferencia como la: “Percepción errónea del paciente por parte del terapeuta y lo que puede esperar de éste, que le lleva a experimentar sentimientos positivos o negativos hacia él, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica. (Citado por Soriano Jesús en su libro *”Los procesos de la relación de ayuda”*, p.188)

Balarezo (2001) la define como: “la expresión de afectos o sentimientos racionales e irracionales por parte del terapeuta hacia el paciente”.

A continuación señalaremos algunas expresiones de contratransferencia:

- Afectos positivos y negativos.
- Disgusto irrazonable.
- Incapacidad para simpatizar.
- Reacción hiperemocional ante la hostilidad del cliente.
- Actitudes defensivas ante la crítica del paciente.
- Excesiva atracción.
- Insinuaciones verbales y no verbales.
- Incomodidad o temor a la entrevista.
- Preocupación excesiva por las necesidades del paciente.
- Dificultades para prestarle atención.
- Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones.
- Acercamientos afectivos y corporales.

Sugerencias para el manejo de la contratransferencia

- ✓ *Proceso de terapia o auto-conocimiento previo, durante el proceso de formación como psicoterapeuta y en su vida profesional.*
- ✓ Identificación del fenómeno mediante la auto-observación.
- ✓ Resolución de los conflictos personales del terapeuta.
- ✓ Consulta profesional con colega.
- ✓ Derivación del paciente a otro especialista.

1.8.5 ASPECTOS TÉCNICOS EN LA CONDUCCIÓN DEL PROCESO DE ASESORÍA.

Este aspecto de conducción hace referencia a la manera cómo el asesor inicia y/o mantiene la comunicación tanto verbal y no verbal durante las sesiones. Es importante destacar que los diferentes enfoques varían en la forma en que se conduce la relación, por tal razón utilizaremos el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad, que establece de manera armónica, organiza y coherente acercamientos de estas posturas, para ser aplicadas en un proceso psicoterapéutico como la asesoría.

Balarezo (2003) refiere: “la verdadera conducción se puede establecer con precisión y certeza en los intercambios verbales que realizan el binomio terapéutico, en las proposiciones de temas de discusión durante las sesiones, en las propuestas de soluciones a los problemas y en la asignación de responsabilidades de decisión al paciente” (p.86)

En las siguientes líneas detallaremos las principales técnicas comunicacionales empleadas en el Modelo Ecuatoriano: (citado por Balarezo, 2005. Módulo XI. Maestría de Psicoterapia Integrativa)

- ✚ **Reformulación de contenidos.-** Es la repetición textual o casi textual de una comunicación del paciente que busca demostrar atención y producir un efecto de retroalimentación.
- ✚ **Recapitulación.-** Es un resumen de varias comunicaciones del paciente resaltando los aspectos más importantes; se la efectúa al inicio de una sesión, al final como cierre o, luego de terminar un tema tratado.
- ✚ **Interrogación o pregunta directa.-** Es un cuestionamiento sobre aspectos claros, directos y precisos evitando respuestas monosílabas o de doble respuesta.
- ✚ **Incitación general.-** Es una comunicación corta verbal o no verbal que facilita el relato del paciente reemplazando en forma apropiada a las interrogaciones.
- ✚ **Proporción de información.-** Es un aspecto técnico psico-educativo, donde se está promoviendo en el terapeuta un rol docente sobre aspectos que conoce por su formación profesional, los cuales permiten aclarar situaciones desconocidas o conocimientos distorsionados por parte del cliente.
- ✚ **Sugerir o dar consejos.-** El asesor expone su propia opinión sobre temas neutros, cuidando que no se incremente la dependencia del paciente.
- ✚ **Intervención de encuadre o estructuración.-** Hace referencia a tratar temas vinculados con la estructuración de la relación terapéutica como naturaleza, didáctica del modelo, duración del tratamiento y sesiones, costos.
- ✚ **Reafirmación o frases de apoyo.-** Es el apoyo emocional al paciente basándose en sus logros y capacidades presentes y anteriores.
- ✚ **Generalización.-** Es la extensión o ampliación del problema del paciente comparándolo con otras personas o casos similares, con el propósito de disminuir su ansiedad y facilitar así la comunicación.
- ✚ **Reflejo de sentimientos.-** Ubicación afectiva del terapeuta como espejo de los sentimientos y emociones del paciente para demostrarle la comprensión de los mismos.
- ✚ **Confrontación o señalamiento.-** Se refiere a las precisiones y rectificaciones de los enunciados, errores y/u omisiones por parte del cliente.
- ✚ **Comunicación paradójica.-** Es una verbalización por parte del asesor que busca un efecto contradictorio o una acción opuesta a la que se señala en el mensaje.

- ✚ **Silencio.-** Comprende todas las pausas que iniciadas por el cliente o asesor tienen aplicación o utilidad en el proceso. Puede servir para que el asesorado asuma la responsabilidad de sus problemas, para controlar el ritmo del proceso, para ayudarlo al sujeto a la asimilación de sentimientos o pensamientos, o para crear un ambiente de angustia necesario para la terapia.
- ✚ **Interpretación.-** Es la intervención que define las relaciones y significados de la conducta del paciente. Suele emplearse también para mejorar el autoconocimiento del paciente o cuando se intenta modificar actitudes, pensamientos y emociones durante el proceso.
- ✚ **Interpretaciones de las comunicaciones no verbales.-** Otra parte de la comunicación que debe observar, captar e interpretar el asesor es la conducta no verbal del cliente, que se encuentran representadas por la mímica, gestos, actitudes corporales y modificaciones orgánicas – funcionales observables.

Por consiguiente, la conducción de la comunicación es de vital transcendencia para el proceso de asesoría, de allí que se debe tratar de sistematizar este recurso de una manera técnica y no improvisada.

1.9 CONCLUSIONES

- Las bases epistemológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano se centran en el constructivismo relativo o moderado, que retoman la visión hacia el sujeto como constructor de la realidad en la experiencia psicológica.
- El Modelo Integrativo Ecuatoriano tiene como base teórica científica el estudio de la personalidad, donde se integran los enfoques nomotético y el ideográfico para una mejor comprensión de la idiosincrasia del sujeto.
- Sus componentes metodológicos se subscriben en el marco de la psicoterapia o asesoría como proceso: en etapas, objetivos y técnicas de intervención terapéutica. Donde se prioriza en su intervención terapéutica la relación afectiva sobre la técnica, poniendo gran interés en las características del terapeuta o asesor como conductor del proceso.

- El proceso de asesoría psicológica desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano busca el manejo y la solución de problemas o conflictos desadaptativos, tanto a nivel intrapersonal como interpersonalmente que se puedan suscitar en los individuos.

CAPÍTULO 2

ALZHEIMER Y FAMILIA

2.1 INTRODUCCIÓN

Cada vez más, en nuestro país y en otros lugares del mundo, se empieza a oír y hablar sobre la enfermedad de Alzheimer, que es la más común de las demencias que ataca a gente tanto adulta como senil. Es una demencia de tipo irreversible, que se caracteriza por un deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales de los pacientes, que conducen a una situación de total dependencia de una tercera persona para poder subsistir. Por ello, cuando una persona padece Alzheimer, toda la familia sufre la enfermedad de mayor o menor medida debido a que representa un gran desgaste de recursos físicos, emocionales y económicos; los familiares se convierten en las “segundas víctimas de la enfermedad”, por el deseo que tienen de otorgar el mejor cuidado a un ser querido, a menudo tienen que relegar otros aspectos vitales como su vida afectiva, laboral, social y su propia salud.

La enfermedad de Alzheimer (EA), es motivo de preocupación mundial. Es la primera causa de deterioro mental en los Estados Unidos y Canadá y la cuarta causa de mortalidad en la población de edad avanzada después de enfermedades como el corazón, cáncer y embolias (OMS, 2005).

En Ecuador, se efectuó una investigación en los servicios de neurología de la consulta externa de hospitales generales de Quito, para determinar las repercusiones emocionales y sobrecargas (síndrome de profundo desgaste físico y emocional) que los cuidadores de pacientes con demencia presentan. La población estudiada fue de 70 personas, las mismas que fueron 73% mujeres y 27% varones, con una media de edad de 51 años, 87% conviven con el paciente, 54% hijos/as de los mismos, 71% dedicaban 12 o más horas al día para el cuidado del paciente, por un período de 1 – 5 años en el 70 % de los casos. Se encontró que el 85% presentaba una sobrecarga, siendo intensos el 71 % de casos. Un 20 % población investigada presentó depresión intensa. (www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav5.pdf. Pág. 63 – 72)

Por medio del presente capítulo buscaremos un acercamiento sobre la problemática que conlleva la enfermedad del Alzheimer y su impacto sobre la familia.

2.2 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

El nombre de esta enfermedad se atribuye al médico alemán Alois Alzheimer, neuroanatomista y psiquiatra, quien en 1906, notó cambios en el tejido cerebral de una mujer de 51 años que había muerto de una rara enfermedad mental, en donde la paciente tuvo una pérdida profunda de memoria, disfunción intelectual y de la capacidad para atender necesidades sociales y corporales. El Dr. Alzheimer encontró depósitos anormales en los tejidos cerebrales (ahora llamados “placas de amiloide”) y una acumulación de estructuras fibrilares entrelazadas (conocidas en la actualidad como “ovillos neurofibrilares”). Hoy en día, la presencia de estas placas y ovillos en el cerebro se considera el sello característico de la enfermedad de Alzheimer.

La Enfermedad del Alzheimer es un desorden o demencia cerebral crónica, progresiva e irreversible para la cual no hay una causa definible, ni un tratamiento definitivo, ni hasta la fecha, una cura previsible. Clínicamente se manifiesta este deterioro progresivo del intelecto no sólo en la memoria, la orientación y el lenguaje, sino también otros componentes de las funciones superiores, como la personalidad, el juicio, la capacidad para resolver problemas y hacer cálculos y la pérdida de habilidades viso-espaciales y de construcción. (Fish 1990, p.14)

La palabra demencia significa literalmente “sin mente” o “privado de mente”. Las enfermedades demenciales son el resultado de uno o más procesos malignos, que pueden alterar drásticamente el comportamiento de las personas y quebrar gradualmente sus mentes y las vidas de familias enteras.

Además de conocerse con el término de Enfermedad del Alzheimer (EA), también se la denomina como Demencia de Tipo Alzheimer (DTA), Demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) y Demencia degenerativa primaria de inicio pre-senil o senil (DDP). Para el presente trabajo investigativo utilizaré la denominación primera (EA).

La Enfermedad Alzheimer puede presentarse en cualquier edad en la vida adulta, pero son pocos los casos que se presentan antes de los 50 años de edad. Cuanto mayor es el paciente, más avanzada suele ser la enfermedad y suele acudir al especialista debido a problemas graves de la memoria a largo plazo (MLP), donde suele olvidar nombres o detalles muy simples, o perderse dentro de su propio entorno familiar, perderse en las calles cercanas de su domicilio, etc. La memoria de corto plazo (MCP) que dura pocos minutos o segundos también suele verse afectada, donde no recuerda sucesos o información inmediata.

Existen alteraciones en la expresión del lenguaje oral (*afasia*) o del lenguaje escrito (*alexia o agrafia*). En la enfermedad de Alzheimer, el lenguaje se va deteriorando progresivamente. El paciente empieza por expresarse mediante frases más cortas y más simples, con un vocabulario más pobre, como si utilizara un reducido diccionario de bolsillo y tuviera dificultad para encontrar una palabra concreta, alteración que se conoce por *anomia*. Además, presenta problemas en la construcción gramatical y en la comprensión del lenguaje, tanto oral como escrito, que deja de utilizar espontáneamente.

Es muy común que se den cambios de humor y de personalidad. La depresión suele ser un acompañante habitual de la primera fase del Alzheimer. Suele presentar apatía, desconfianza, paranoia, rechazo social, ansiedad, inquietud, etc. En la mayoría de ocasiones las personas que padecen EA niegan la seriedad de sus síntomas, mientras que, por la otra, reconocen que algo les pasa.

2.3 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

El mal de Alzheimer se inscribe dentro de las llamadas demencias degenerativas, debido a que hay un deterioro celular cerebral progresivo que termina con la destrucción o muerte celular, dejando así cuerpos característicos tales como *ovillos neurofibrilares y placas seniles*, que son grupo de células muertas que, respectivamente, tienen la apariencia de cuerdas anudadas y masas sólidas. Se ha podido apreciar que en la EA los axones resultan gravemente dañados y quedan retorcidos por marañas de neurofibrilares que se extienden por el cerebro, ocasionando que la información no se pueda comunicar a otra neurona, interrumpiendo así el proceso de Sinapsis. (Hyman y Cols, 1993; citado por Halmiton en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p.178)

Es necesario precisar que no sólo EA ocasiona daño a la células cerebrales como las “neuronas”, sino que existe otras células especializadas que se ven afectadas “neuroglia”, que son las que proporcionan nutrientes a las neuronas, y las ayudan a transmitir los impulsos y a reparar el daño que puedan sufrir.

Moss y Albert (1998) destacan que la pérdida celular (neuronas), es bastante selectiva y se concentra en la corteza (cortéx) y también en algunas regiones subcorticales, principalmente en el núcleo amigdalino, el hipocampo y el tronco de encéfalo (citado por Halmiton en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p.179). Conviene señalar que algunas de las áreas del sistema nervioso central a menudo están preservadas, sobre todo los ganglios basales, el cerebelo y médula espinal. En fases finales de la enfermedad el cerebelo se ve afectado, influyendo esto sobre el proceso de movimiento del cuerpo.

En la Enfermedad del Alzheimer, hay un daño grave y contundente de las áreas de asociación y de las vías que permiten integrar información proveniente de múltiples lugares de nuestro cerebro, ocasionando muchos de los síntomas clínicos y señales de la enfermedad, esto lo podemos notar cuando una persona con EA trata de leer las palabras de una frase, pero no es capaz de relacionarla entre sí para formar una idea, y de ello, derivar un significado.

Es importante recordar que hay ciertas zonas o áreas de nuestra corteza que son responsables de funciones muy relevantes y que pueden verse afectadas con la EA. El ***lóbulo frontal*** que es el encargado de la comprensión, la planificación, la organización, así como también determina la personalidad y la iniciativa. Los dos ***lóbulos temporales***, en donde reside la función de la memoria, procesamiento e interpretación de los sonidos, así como de la formación y la comprensión del habla. Los ***lóbulos parietales***, que son el área de entrada de los sentidos de la visión, el tacto y oído, también son los responsables del reconocimiento y el empleo de los números. Y por último el ***lóbulo occipital***, es el que procesa la visión. Con el transcurso de la enfermedad, el cerebro se reduce notablemente y disminuye el peso cerebral, ya que se ha producido una atrofia cerebral que es más acusada en los lóbulos frontal y temporal.

La lesión en el hipocampo (área relacionada con el aprendizaje y la memoria) puede ocasionar que no se dé la creación y evocación de recuerdos vividos por parte del sujeto.

Se ha podido determinar que existe una relación entre la pérdida celular y el nivel de funcionamiento intelectual; en otras palabras, a medida que aumenta la muerte celular, el rendimiento intelectual superior disminuye. (Tomlinson, Blessed y Roth, 1988; citado por Halmiton en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p.178).

Por otra parte, se cree que la emisión de neurotransmisores del sistema colinérgico está severamente reducida, y esto ocasiona dificultades en la memoria. Además se sabe que hay otros tipos de neurotransmisores que están influyendo notablemente en la enfermedad, tales como la acetilcolina, dopamina y glutamato.

No cabe duda de que hay un componente genético al menos en algunos casos de la EA, causados probablemente por la combinación desafortunada de varios genes, más que por un gen aberrante individual (Kidson y Chen, 1996; citado por Muñoz en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p. 182). Algunos investigadores han encontrado una estructura defectuosa en el cromosoma 21, en un lugar próximo al daño encontrado en los pacientes con trisomía 21, la causa más común del Síndrome de Down (Schweber, 2000; citado por Halmiton en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p.179). Actualmente se le considera el factor de riesgo principal de la EA al cromosoma 19. (Progress Report on Alzheimer, 2007)

Los antecedentes de que un familiar haya padecido de Alzheimer puede ser un indicador a considerar, se ha podido determinar por investigaciones que si la enfermedad del paciente empezó después de los 65 años, el riesgo de contraerla es mínimo, porque se considera que es una enfermedad adquirida como cualquier otra, y que influye notablemente la etapa de vida en la que se encuentra el sujeto (vejez). Pero si su inicio es entre los 40 – 50 años, y se haya presentado en tres o más generaciones sucesivas y que la edad de principio de la enfermedad haya sido similar en los familiares que la contraen entonces, el riesgo de contraerla es mayor. (Instituto Nacional de Envejecimiento EEUU, 2008)

Se afirma que la constitución genética de una persona puede predisponerla para desarrollar EA, pero hace falta algo en el ambiente que desencadene el comienzo de la enfermedad. Se

ha propuesto varios candidatos para esta amenaza como el aluminio, debido a que se ha encontrado diminutos granos de este metal en las células cerebrales de pacientes Alzheimer; otra propuesta que ciertos virus de evolución lenta pueden ocasionar daños en el sistema nervioso ocasionando la enfermedad. (Lezak, 1995; citado por Halmiton en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p.180)

La edad avanzada puede ser considerada como un factor de riesgo, debido a que a mayor edad, mayores son las posibilidades de adquirirlo debido al deterioro de las células nerviosas y zonas específicas de nuestro cerebro.

Mediante un examen macroscópico se ha podido precisar que la EA es causa de una atrofia difusa y severa con ensanchamiento de los surcos y cisuras. Afectan primordialmente a los lóbulos frontales y parietales, zona del hipocampo y la amígdala; además hay preservación relativa de la corteza motora primaria (precentral) y, al menos inicialmente, modificaciones de menor grado en las áreas temporales y occipitales (Robbins, p. 1480, 1985; citado por Muñoz en su libro *Psicología del Envejecimiento*. p. 183).

Por la atrofia de la corteza cerebral, la sustancia blanca puede estar disminuida y los ventrículos cerebrales hallarse dilatados. Los ganglios basales no escapan de la atrofia, aunque es menos notoria. Las funciones sensoriales no son afectadas en fases iniciales de la enfermedad.

2.4 CUADRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.

La Enfermedad de Alzheimer afecta a cada persona de diferente manera. Su impacto depende, en gran parte, de cómo era antes de la enfermedad, su personalidad, condición física y de su estilo de vida.

Los síntomas más característicos de la EA según el DSM –IVTR son (2005):

- A. La presencia de múltiples déficits 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 motora 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 déficits 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 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., hipo-tiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 3. Enfermedades inducidas por sustancias.
- E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otros trastornos del Eje 1 (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Codificar basándose en la presencia o ausencia de una alteración del comportamiento clínicamente significativa:

- **Sin alteración de comportamiento:** Si la alteración cognoscitiva no se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa.

- **Con alteración de comportamiento:** si la alteración cognoscitiva se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa (p.ej., andar sin rumbo, agitación)

Especificar el subtipo:

- *De inicio temprano: si el inicio se produce a la edad de 65 años o antes.*
- *De inicio tardío: si el inicio se produce después de los 65 años.*

Síntomas claves de la EA:

- ✓ Disminución de la “memoria reciente” o inmediata.
- ✓ Cambios en el comportamiento y en la personalidad.
- ✓ Dificultad en la ejecución de gestos espontáneos y movimientos corporales.
- ✓ Confusión al realizar las actividades diarias.
- ✓ Abandono del cuidado personal e higiene.
- ✓ Desorientación en el tiempo y el espacio.

2.5 FASES DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad del Alzheimer presenta un deterioro progresivo e irreversible, que oscila en un período de tiempo de ocho y doce años, en este lapso de tiempo se podría definir tres fases representativas:

- a) **Fase Inicial.** Aparecen los primeros síntomas en el paciente en las siguientes áreas:

Memoria:

- Olvidan algunas cosas, como el lugar donde han dejado las llaves y son consciente de ello (especialmente en la MCP).
- Se olvida nombres de personas.
- Olvida citas.

- Pierde momentáneamente la referencia de espacio/tiempo, temiendo extraviarse cuando va por la calle.
- Ubicación equivocada de cosas con frecuencia.

Lenguaje:

- Comienza a perder el vocabulario y le cuesta construir frases con fluidez.
- Mezcla ideas sin relación directa.
- Tiene problemas para encontrar las palabras más precisas y adecuadas.
- Empieza a utilizar frases más cortas.

Comportamiento:

- Se angustian cuando se olvidan algo, aunque traten de disimularlo.
- Experimenta alteraciones de su personalidad, como irritabilidad, cambios de humor, desconfianza, inseguridad, etc.
- Es propenso a sentirse frustrados, lo mismo que puede ser causante de depresión.
- Pueden tener falta de iniciativa y motivación, lo que conlleva a dificultades para tomar decisiones.
- Se enfada cuando se da cuenta que pierde el control de lo que le rodea.
- Empiezan a descuidarse de su higiene.

Actividades cotidianas:

- Tiene dificultades para ejercer actividades que realizaba habitualmente, como conducir o cocinar.

b) **Fase Moderada.** Se agudizan los problemas que habían aparecido anteriormente.

Memoria:

- Olvida sucesos recientes, como si ha comido o no.
- No comprende hechos nuevos, como una boda o el nacimiento de un descendiente.

- No reconoce a las personas ni a las cosas, hasta el extremo de negar parentesco. (Agnosia)
- No puede ir a ningún sitio solo, porque se pierde y percibe de un modo erróneo el espacio, como la altura de un escalón, etc.
- Se pierden en trayectos habitualmente conocidos por él.

Lenguaje:

- Pierde gran parte de su vocabulario y le resulta sumamente difícil expresar coherencia en pocas frases.
- Conversación se ve enlentecida.
- No acaba las frases.
- Repite frases.

Comportamiento:

- Experimenta reacciones inadecuadas en su carácter, como ira o enojo, o sumisión y dependencia.
- Puede tener alucinaciones.
- Miedos.
- Agresividad.
- Usualmente se convierte en una persona pasiva y sin interés por las cosas que antes disfrutaba.

Actividades cotidianas:

- Incapacidad para efectuar tareas simples, como poner la mesa o sostener los cubiertos.
- Necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse.

Limitaciones físicas:

- Pierde el equilibrio.
- Caídas espontáneas.
- Necesita ayuda para deambular.

- Pueden aparecer mioclonias, que son contracciones musculares en forma de sacudida brusca, irregular e involuntaria.

c) **Fase severa.** Los síntomas o problemas alcanzan su máxima expresión.

Memoria

- Memoria remota y reciente totalmente perdida.
- El paciente pierde totalmente la referencia espacial y temporal.
- Tiene dificultad para entender e interpretar situaciones.
- Se pierde dentro de su propia casa.
- La agnosia es extrema, de modo que el paciente no conoce nada ni a nadie.

Lenguaje

- Surge la afasia, lo que implica que no puede expresar verbalmente (afasia de Broca) ni comprender nada (afasia de Wernicke).
- Sólo emite sonidos, como balbuceo.

Comportamiento

- Se comporta de forma inapropiada en público.
- Llora, grita y se agita.
- En ocasiones presenta un estado de ánimo deprimido.

Actividades cotidianas

- Alimentación se efectúa por sonda.
- No puede efectuar por sí mismo su arreglo e higiene personal.

Limitaciones físicas

- Aparece la apraxia, en donde la inactividad física es casi total, le cuesta tragar los alimentos (tanto sólidos, como en líquidos), no controla los esfínteres, permanece sentado o tumbado y muestra gran apatía.
- No controla sus gestos.

(Basado en el *Manual para la atención de pacientes con enfermedades médicas*, 2000)

2.6 PERSONALIDAD Y VIDA AFECTIVA DEL PACIENTE

Es innegable que los cambios de las funciones psíquicas a causa EA (debilitamiento global de la actividad intelectual, disminución de la memoria tanto MLP y MCP, de la capacidad de concentración, rigidez en los juicios e ideas, entre otros cambios), repercuten en la capacidad de integración de la personalidad y por consiguiente en su conducta. Como consecuencia de ello, la persona anciana con Alzheimer empieza a remarcar un carácter egocéntrico, con una retracción e interiorización de su vida afectiva, hipertrofia del instinto de conservación, irritabilidad y poca tolerancia a las disposiciones de sus familiares que buscan su bienestar, etc. La EA ocasiona que la persona empiece a refugiarse en los hábitos que conoce desde antes, y suele presentar un gran sentimiento de angustia e impotencia por sus limitaciones.

Fahrer y sus colaboradores (1990), precisan que los cambios que se dan en las demencias tanto de naturaleza endógena (biológica, fisiológica), como de origen exógeno (estructura familiar, circunstancias socioculturales, carencia de asistencia social adecuada), repercuten en la estabilidad e integración de la personalidad y vida emocional del paciente. (Citado por Asili en su libro *Vida Plena en la Vejez*. p.177)

Las personas que sufren de la EA experimentan sentimientos de pérdida y desesperación, cuando se dan cuenta de los cambios graduales de sus propias habilidades empiezan a decaer notablemente. Se siente desorganizado, caótico y sin equilibrio a nivel psíquico.

Hay que tomar en consideración EA cuando se presenta en una etapa senil, ocasiona mayores cambios a nivel de su identidad donde tiende a sentirse dependiente, convirtiéndose así en una persona débil e insegura y muy sometida a los demás, ocasionando que la imagen que posee de sí mismo sea muy pobre y negativa, llegando a desarrollar una baja autoestima.

En fases avanzadas de la enfermedad tiende poco a poco a despersonalizarse, llegándose a convertir en un mero órgano vegetativo. Cuando esto ocurre, los comportamientos son ajenos a su propia voluntad.

Joaquín Vera (2001) señala que los cambios de comportamiento en el anciano no solo se deben a la EA, sino que es una serie de ajustes de la personalidad del sujeto ante esta etapa con nuevas vivencias. Los comportamientos más frecuentes son:

- ✚ **Ensimismamiento.-** Aquí el anciano se refugia en su pasado, perdiendo todo contacto interpersonal y mostrando apatía por su entorno y desinterés ante el mundo y las cosas.
- ✚ **Agresión y rebelión.-** Es un mecanismo de defensa, fruto de la angustia psíquica que está viviendo el anciano, y nos señala una desadaptación y desajuste.
- ✚ **Machaconería o terquedad.-** Es un mecanismo de autoafirmación, donde quieren mostrar que hoy no tienen mucho que aportar, pero que hicieron cosas importantes en su vida.

Otro de los aspectos que se deben considerar en esta población es su estado afectivo, el paciente que tiende a una baja autoestima, busca que los demás le ayuden a recuperarla, pidiendo un tipo de afectividad muy primaria e inmadura que no le beneficia para su propia personalidad, puesto que le produce un sufrimiento, bloqueo o shock en su afectividad, que le lleva a amarse y aceptarse regresando hacia el pasado, hacía todo aquello que algún día hizo o amó, queriendo poseer los mismos esquemas afectivos que le sirvieron antes.

Todos estos cambios y modificaciones a nivel bio- psico- social los hacen más susceptibles de padecer un cuadro depresivo, que suele manifestarse con ciertos síntomas tales como:

- Llanto.
- Aislamiento.
- Pérdida de apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Pérdida de interés.
- Ansiedad.
- Pensamientos hipocondríacos.

- Disminución de la actividad motora.
- Deterioro de la apariencia y aspecto personal.
- Sentimientos de pesimismo.

Es indispensable que quienes cuidan a estas personas mayores que presentan Alzheimer, conozcan la condición psicológica para poder llevar un adecuado manejo de la misma.

2.7 CONCEPTUALIZACIÓN PSICOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD.

Es indispensable saber en qué ámbito se encuentra la enfermedad, para así poder plantear una intervención adecuada en la que se utilice las técnicas más idóneas para el abordaje de esta problemática dentro del entorno familiar.

Durante las etapas de la enfermedad del Alzheimer, hay una construcción constante de significados en cada uno de los miembros que conforman el sistema familiar, que en mayoría de los casos ocasiona un malestar significativo.

Kleiman (1988), distingue tres conceptos y significados que provienen de la enfermedad. El primero, la enfermedad como *experiencia*, que alude a la manera en que alguien enferma, la manera en que su familia y red social lo percibe, vive y responde a los síntomas que lo incapacitan, en donde los síntomas pueden considerarse banales o que necesitan tratamiento. Una segunda acepción concibe a la enfermedad como *alteración biopsicosocial*, donde la enfermedad es producto de una relación entre lo biológico (alteraciones anatomopatológicas), lo psicológico (respuestas emocionales) y las condiciones ambientales (crisis vitales de los familiares). Finalmente, se habla de un concepto *social* que entiende a la enfermedad producto de las condiciones sociales a las que está sometida la población (malnutrición de clases sociales bajas). (Citado por Navarro en su libro *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. p.299)

Aunque estos tres conceptos son áreas bien diferenciadas, lo cierto es que el significado que el enfermo y la familia otorgan a la enfermedad es el resultado del juego de estas tres influencias. Es necesario que uno de los objetivos de intervención terapéutica sea el buscar, conocer, legitimar y transformar cambios hasta donde sean posibles.

Kleiman (1989) señala que existen tres significados primordiales que se presentan ante una enfermedad: (Citado por Navarro en su libro *Avances en Terapia Familiar*. p.300)

1. ***Síntoma como síntoma***, representa una cierta incapacidad o tensión que causa una enfermedad, la misma que puede ser expresada e interpretada de diferente forma dentro de las sociedades. Es necesario descubrir el significado para un adecuado abordaje terapéutico.
2. ***Cultural como significado***, hay ciertas enfermedades que son marcadas con connotaciones especiales (positivas y negativas) por parte de la cultura. En la mayoría de casos estigmatizan negativamente a quienes la sufren y algunas veces a la familia entera, por ejemplo: SIDA, cáncer, demencias (Alzheimer), etc.

La adscripción de significado tiene una importancia determinante en los sentimientos que genera la enfermedad y en el apoyo social que recibe quien la padece y la vive.

3. ***Significado personal y social***, aquí se transfiere el significado de la vida de las personas a las experiencias que ocasiona la enfermedad. Por ejemplo, los patrones familiares de aprendizaje del manejo de la enfermedad del Alzheimer, en donde los olvidos hacen que el paciente se sienta desorientado, angustiado, shock, etc. Esto ocasiona al sistema familiar incertidumbre, desmotivación, conflictos, que tienen que ser asumidos y enfrentados para el bienestar colectivo de la familia y el paciente.

Por consiguiente, el enfermo y su familia construyen el significado de la enfermedad, a partir de: normas culturales que definen como interpretar ciertos síntomas y como transmitirlos; de connotaciones culturales que otorgan a la enfermedad un valor positivo o negativo; y, por último, los patrones de aprendizaje que son adquiridos en su entorno inmediato, que permiten afrontar la enfermedad por parte del paciente y su familia.

2.7.1 *Tipología de la enfermedad.*

Para poder precisar el impacto que la enfermedad ocasiona en la familia, es necesario considerar algunos parámetros tales como: el tipo de enfermedad o incapacitación, la forma de inicio, curso y resultados.

Es importante considerar que hay enfermedades que presentan cuadros muy complejos, y que en ocasiones sus síntomas tienden a ser progresivos y muy significativos para el que la padece y su familia, este es el caso de las Demencias de Tipo Senil como la Enfermedad del Alzheimer.

Hay incapacitaciones que pueden surgir al comienzo, en el transcurso o al final de la enfermedad. El impacto que genere ésta, depende del rol que el enfermo ocupe en su familia y de los recursos que se dispone.

El inicio de una enfermedad puede ser agudo o crónico. Donde la cantidad de esfuerzos y desgaste que tiene una familia en un caso agudo será menor a la de un caso crónico, debido a que este último tiene un tiempo prolongado aparición y dificultades a causa de sus síntomas.

En relación con su curso, las enfermedades pueden ser progresivas, de curso constante y con recaídas. Una *enfermedad de curso progresivo* puede ser el Alzheimer, debido a que van apareciendo nuevos síntomas y necesidades por parte del paciente, esto hace que la situación sea muy agobiante para los familiares.

Las *enfermedades de curso constante*, parten de un problema agudo (infarto, pérdida de algún miembro, etc.), aquí el paciente se recupera mayor o menor grado, quedando con limitaciones que el entorno familiar debe asumir. Cuando la enfermedad se supera o se estabiliza el paciente asume sus funciones nuevamente. El impacto de la familia es limitado.

Existen *enfermedades con recaídas* (asma, migrañas, etc.), en la cual aparecen síntomas ocasionales en ciertos períodos de tiempo y luego hay un período de remisión. La familia pasa de comportamiento funcional a uno disfuncional y viceversa.

El resultado o pronóstico final de la enfermedad es algo esencial para la familia, debido a que si es negativa o fatal la adaptación o desajuste de su sistema estará encaminada a su desenlace, que en muchas ocasiones genera un malestar. Si el pronóstico es a corto plazo y no fatal, la familia le brindará apoyo y sobreprotección, éste ofrece beneficios para la salud de todo el sistema familiar y el paciente.

2.8 LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hay que tener en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es un trastorno que altera no sólo al individuo sino también a los miembros de la familia, afecta a todo el sistema familiar modificando la rutina de todos.

La familia va a ver alterado su normal ritmo de vida (laboral, social...), ya que los efectos de la enfermedad actúa sobre todos los miembros, aún cuando sea una sola persona la encargada de la atención y el cuidado.

El fiel reflejo de esto los podemos apreciar en el cambio de las relaciones que mantienen los familiares del paciente, en donde empiezan a suscitarse problemas de pareja, quejas, oposiciones, peleas, etc. Ocasionando así un malestar significativo para el paciente y la familia.

2.8.1 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL SISTEMA FAMILIAR

Muchas de las familias que se ven ante la situación de tener que ayudar a afrontar a uno de sus miembros frente a una enfermedad grave como el Alzheimer, no toman en cuenta el impacto que el padecimiento ocasiona o puede generar a su sistema familiar, causando cambios en su estructura y funciones, que con el transcurso del tiempo se expresaran en malestar.

2.8.1.1 Alteraciones estructurales del sistema Familiar.

Denominados de esta forma por aquellos elementos estructurales, que resultan alterados por la presencia de un enfermo en la familia (Minuchin y Fishman; 1985. Citado por Navarro en su libro Avances de la Terapia Familiar Sistémica. p.305)

a) Patrones rígidos de funcionamiento.

- Frecuentemente el cuidador primario familiar y el enfermo desarrollan una relación muy estrecha dejando a los demás miembros excluidos, a esto se denomina *coalición*. Esta relación privilegiada ocasiona celos, sentimientos de abandono, conflictos de rivalidad, comportamientos inadecuados, fracaso escolar y en algunos casos síntomas psicósomáticos.
- La adhesión de patrones rígidos de funcionamiento, se produce cuando la familia mantiene la respuesta de “emergencia de crisis” durante toda la enfermedad y en ciertos casos ya no es necesario. Aquí se mantienen intensos los recursos físicos (cuidados, roles y funciones del enfermo) y emocionales (mayor disponibilidad afectiva).
- Se ocasiona una estructura disfuncional por la falta de flexibilidad de la familia, debido a que se trata de mantener una respuesta sacrificio y de emergencia.
- La familia deja de seguir desarrollando sus planes, prioridades y metas fuera de la enfermedad.
- Se ha perdido el control sobre el lugar que tiene que ocupar la enfermedad.
- Sobreprotección del enfermo, ocasiona un forcejeo en torno a lo que puede y no puede hacer. Esto ocasiona fuertes conflictos en la estructura familiar.
- El cuidador primario de la familia reclama que la familia reconozca su sacrificio (una petición de apoyo emocional) y la familia responde con soluciones racionales al problema. (McDaniel, Hepworth y Doherty, 1993).
- Suelen presentarse conflictos tales como: las obligaciones hacia el paciente y el resto de obligaciones familiares; el grado de contribución de cada uno en relación a los cuidados del paciente, las dificultades que ocasionan las convivencias con el enfermo, etc.

b) Roles y funciones familiares.

- Cuando uno de los miembros de la familia está enfermo, se ven obligados a negociar los roles y funciones que hasta ese momento desempeñaba el enfermo, lo que ocasiona un cambio a nivel de la estructura familiar.

- La flexibilidad o rigidez depende del rol y de las funciones que se tienen que efectuar ahora en la estructura familiar.
- Si una persona asume el rol cuidador primario más otro tipo de rol, será sumamente extenuante.
- La enfermedad ocasiona un cambio en la estructura jerárquica, quien se hace cargo gana estatus en la misma medida, otro pierde dicho estatus.
- El que asume el rol no siempre es capaz de encararlo y se originan problemas para él y los demás.
- Se necesita de tiempo para adquirir cierta habilidad sobre el rol, y además hay que tener en cuenta que ese rol no se va a ejercer de la misma manera.

c) **El rol del cuidador primario familiar.**

- Es la persona que asume el cuidado de la persona enferma.
- La designación de esta persona usualmente sigue pautas culturales, usualmente son las mujeres que se hacen cargo de esto. (Brown, 1992)
- Si no interviene este factor cultural, es la familia que asume esta obligación de cuidar al enfermo. Podría esperarse que todos los miembros se hagan cargo de esto, pero no sucede así, usualmente es una sola persona quien lo asume y con ciertas ayuda o alivios ocasionales de los miembros restantes.
- El enfermo desarrolla un estrecho vínculo con el cuidador, esto hace que los demás miembros no sufran un desgaste tan representativo, que podría afectar el aspecto “funcional” de la familia aparentemente.
- El esquema funcional se dará en el sistema familiar siempre y cuando el cuidador primario: se identifique con su rol (sabe que es su deber y responsabilidad), que tenga ciertos momentos de respiro y que no sea una sobrecarga física y psicológica para él.
- La posición del cuidador primario es altamente problemática, debido a que puede haber una *incompatibilidad* del cuidado del enfermo con su proyecto de vida; el desgaste que ocasiona en su salud física y psicológica el cuidado del

enfermo, donde no hay un período de respiro debido a veces a la propia oposición del cuidador primario, esto afecta su calidad de vida.

- La necesidad de atención psicológica del cuidador primario familiar es una forma indirecta de trabajar sobre el cuidado del enfermo.
- Solamente cuando resulta difícil e imposible de sostener la estabilidad del cuidador primario y de toda su familia, se utilizan servicios especializados en residencias y hospitales.

d) **Aislamiento Social.**

- Las familias con un paciente crónico suelen aislarse socialmente.
- Dedicar mayor tiempo al cuidado del enfermo que a visitar o estar pendientes de sus amistades.
- A las propias amistades se les hace incómodo la relación debido a la enfermedad, ya que no saben cómo tratarlos y prefieren distanciarse.
- Las estigmatizaciones sociales pueden ser obstáculo para el acercamiento de ambas partes.
- El aislamiento social potencia el impacto negativo de estar sujeto a una condición crónica.
- La familia y el enfermo necesitan de apoyo emocional y social, para hacer frente a la crisis que se está suscitando.
- Es necesario que la familia busque apoyo en la red social, ya sea en instituciones asociadas con la enfermedad, profesionales especializados en el tema, grupos de autoayuda, buscar recursos como información sobre la enfermedad, etc.
- Existe a veces problemas en la redes sociales de apoyo donde se presentan múltiples problemas tales como: falta de atención personalizada; información fragmentada, insuficiente, parcial no sólo del diagnóstico sino del proceso y pronóstico de la enfermedad; falta de información de cómo debe manejar la familia la enfermedad; desconocimiento de los medicamentos que se aplican y sus efectos primarios y secundarios, etc.

- El papel del psicólogo es importante para la asesoría psicológica y mediación que puede brindar a la familia, enfermo y a la institución.

2.8.1.2 Alteraciones del ciclo evolutivo familiar.

Inevitablemente el proceso de la enfermedad coincide con un momento del ciclo evolutivo familiar, y esto va a ser determinante en el impacto que genere la enfermedad, ocasionando en la familia una etapa de transición en la que se produce una adaptación la misma que puede ser funcional o disfuncional, será funcional si puede sobreponerse a los obstáculos y cambios, de lo contrario el sistema familiar puede perder su estabilidad e identidad.

Las familias pueden presentar un *ciclo normativo* que permite alternar momentos en forma centrípetos, en donde la familia asume sus tareas internas y se mantiene la estructura. Y en otros momentos centrífugos, en donde se ocupa de tareas externas que genera nuevas estructuras.

Según Rolland (1990), “*La aparición de la enfermedad fuerza a un momento centrípeto en la estructura familiar*”. (Citado por Navarro en su libro *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. p.311)

Las enfermedades como el Alzheimer al ser progresivas son más centrípetas que las de curso constante. Lo que puede ocasionar un mayor riesgo de disrupción (o congelamiento) del momento evolutivo familiar.

Stukin (1994), manifiesta: “*Por regla general la enfermedad prolonga las etapas evolutivas, y a veces no terminan de resolverse, viéndose los afectados a mantener una atención hacia la familia nuclear que interfiere con sus intereses profesionales, de pareja, de amistades, etc.*” (Citado por Navarro en su libro *Enfermedad y familia*. p.104)

Usualmente las familias se ven forzadas a hacer compatible la tarea evolutiva por la que está atravesando con el cuidado del enfermo, con el peligro de no asumir la enfermedad o de detener el momento evolutivo que están atravesando.

2.8.1.3 Alteraciones de la respuesta emocional.

Es claro que la presencia de la enfermedad y sus incertidumbres, afecta gravemente al sentir de la familia, causando en algunos casos imposibilidad para nuevos aprendizajes, crecimiento tanto en lo personal y familiar.

Usualmente las enfermedades funcionan como un lente de aumento o catalizador que magnifica todos los procesos, y por sobre todo los aspectos emocionales que se producen en la familia (McDaniel y otros; 1993. Citado por Navarro en su libro Avances en Terapia Familiar Sistémica. p.312)

Entre los aspectos más representativos que se encuentran a nivel emocional en las familias tenemos:

- a) **Ambivalencia.** Se produce por las discrepancias que se suscitan entre los sentimientos de los familiares y lo que se debería hacer, ya sea esto por razones sociales, religiosas e incluso personales.

Esta ambivalencia se presenta cuando hay deseos de ayudar al enfermo y lo inevitable de sentirlo; la sobrecarga que se puede sentir ocasiona frustración a los deseos de ayudar; el rechazo del cuidador a seguir manteniendo el sacrificio y plantea que otro debería tomar su relevo; el resultado de esto es las depresiones en el cuidador o aspectos físicos, que trae como consecuencia el abandono del enfermo.

- b) **Es mejor el silencio.** Son las cosas que no se pueden tratar por la situación de la enfermedad, que podrían resultar negativos para el enfermo o alguno de los miembros de la familia más cercanos al problema.

Se instaura en ocasiones un estado de armonía, de evitación de conflictos, de optimismo insustancial, que todos, incluidos los enfermos sienten como falsos. Es muy claro encontrar en estas familias que acumulan asuntos pendientes, un grado muy representativo de malestar.

- c) **El duelo interno.** La enfermedad causa un sentimiento de impotencia en donde ya nada podrá ser como antes, perdiendo así los objetivos vitales existentes. Se dará con más intensidad en aquellas situaciones en que se constata una pérdida notable de las capacidades del enfermo.
- d) **La sobreprotección.** Existen algunas formas en las que la familia protege al enfermo como: guardar silencio, cuidados excesivos, se convierten en la memoria del enfermo para ciertas actividades cotidianas, lo consienten en todo, etc.
- e) **Alta expresión de emociones.** El clima familiar presenta una alta reactividad, en donde son frecuentes los gritos, las disputas por nimiedades, los insultos, etc. Todo tipo de enfermedades crónicas, conllevan a una alta expresión de emociones persistentes, que afectan a la salud mental de los implicados, y por consiguiente al patrón de sus interacciones.
- f) **Indefensión.** No es algo insólito que los familiares se sienten desamparados, desprotegidos ante la enfermedad, aunque tengan recursos personales para superar estos sentimientos.

2.8.1.4 Alteraciones Cognitivas.

Las creencias familiares componen el marco desde el cual se vive y se afronta la enfermedad, facilitándolas o complicándolas.

Entre las principales creencias que condicionan la enfermedad tenemos (Rolland, 2000. Citado por Navarro en su libro *Enfermedad y Familia*. p.143)

Acontecimientos enmarcadores. Se refiere a la información que la familia recibe al momento del diagnóstico de la enfermedad, ocasionando que se configure un sistema de creencias que se mantendrán a lo largo del tiempo, influyendo así en las actitudes, conductas, sentimientos, pensamientos y relaciones.

- **Creencias sobre lo que constituye una respuesta normal.** Familias que creen que lo “normal” es no tener problemas, se verán seriamente frustradas cuando inevitablemente aparezcan las dificultades.
- **Creencias entre las relaciones cuerpo y alma.** La valoración que se tenga de cómo influye la mente en el cuerpo marcarán la respuesta emocional de la familia, darán un sentido de valor aquellas actitudes que influyan de forma positiva o negativa al enfermo, como la compasión, la paciencia, el amor, etc.
- **Control de la enfermedad.** Existen familias que presentan un control interno sobre la enfermedad, en donde creen que son capaces de influir sobre el resultado de una situación; en cambio otras familias se orientan hacia un control externo, en donde no creen que los resultados estén relacionados con sus conductas, así hagan lo que hagan, el curso de la enfermedad no va a variar.
- **Mitos.** Las familias construyen historias sobre la enfermedad, en donde se da la construcción de mitos tóxicos, que suelen manifestarse culpabilizando a alguien de la familia, o poniendo a la enfermedad como algo malvado y vergonzoso. El efecto de estos mitos, se dirigen hacia una pobre capacidad de afrontamiento de la enfermedad y un deterioro constante de las relaciones familiares.
- **Herencia multigeneracional.** Las experiencias que la familia nuclear y las de origen han tenido con las enfermedades y las pérdidas en general, permite conocer el legado de los mitos, tabúes, expectativas (catastróficas o no), creencias y valores con los que se enfrentan a la experiencia actual.
- **Creencias étnicas, religiosas y culturales.** Desempeñan un papel importante en los momentos de crisis, debido a que las posturas que se tenga van a afectar al enfermo, a la familia y hasta la enfermedad misma.

Alfredo Fierro (1992) es su artículo “Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar”, señala que las acciones de afrontamiento pueden ser diversas en la familia, y

suelen presentar un patrón claro de consecuencias, tales como:

(www.eudemon.net/eventos%20estresantes%20en%20el%20dominio%20familiar.pdf)

1. Olvidar, no ser consciente de ello, trae consigo consecuencias sólo negativas: pena, desazón, culpa; en cambio, pasar de problemas, desentenderse parece contribuir a madurar y disminuir la pena.
2. Buscar soluciones ante el problema, reconsiderar el caso y ver que no es tan grave, y caer en cuenta de los propios recursos, parece la estrategia con mejores consecuencias. Suelen implicar trabajo, esfuerzo y satisfacción personal.
3. Aceptar y tratar de mantener la calma trae consigo desazón, pena y tristeza.
4. El buscar apoyo en otras personas, trae por sí solo buenas consecuencias como disminución de estrés, desahogo, seguridad, baja los niveles emocionales, etc.

2.8.2 CUIDADOR PRIMARIO

El cuidador principal surge durante la primera etapa de la enfermedad y es aquella persona que se hace cargo del enfermo (aunque otros familiares le ayuden), ocupándose de sus cuidados de alimentación, higiene, medicación..., lo que conlleva, inevitablemente que pierda su independencia y que se despreocupe en la mayoría de casos de sí mismo.

Como señalamos anteriormente, la adopción del rol de cuidador principal supone en ocasiones, conflictos y tensiones debido a que se han de asumir nuevos roles sociales, provocando cambios en el sistema familiar.

Cuando las expectativas de apoyo familiar y social no se cumplen de manera espontánea, los cuidadores primarios son más vulnerables a tener cuadros de tipo depresivo. La mayor parte de estos cuidados principales lo efectúan las mujeres, una de las principales razones es que a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, por tener mayor capacidad, de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa.

El Dr. McCarty, señala que existen tres estilos de relación en el cuidado con enfermos de Alzheimer: (Citado por Nieto en su libro *Ante la Enfermedad del Alzheimer*, p. 57)

1. Estilo recíproco.- El cuidado proporciona satisfacción, puesto que la relación con el enfermo es muy buena y cordial.
2. Estilo Unilateral.- El cuidador adopta una postura dominante e intransigente respecto al enfermo.
3. Estilo Conflictivo.- El cuidado está condicionado por los conflictos emocionales, los problemas para armonizar dichas atenciones con la vida privada del cuidador y la lucha de poder entre éste y el enfermo.

Muchas de las veces el cuidador principal experimenta una serie de sentimientos conflictivos y ambivalentes hacia el enfermo. Siente amor por el ser querido que fue y odio o rechazo por el que es ahora; enojo por los comportamientos necios e incongruentes y culpa por perder la paciencia; vergüenza por las conductas “raras” que muestra delante de otros y frustración porque sus llamadas de atención no hacen eco en el enfermo.

Estos conflictos y ambivalencias generan al cuidador sentimientos de culpa, angustia, rabia, desesperación, impotencia, tristeza, soledad, que se van sumando a más culpas porque cree que puede hacer más y no lo hace; a más angustia porque ve que cada día el paciente es menos capaz de cuidarse a sí mismo; a más rabia y desesperación porque se ve limitado en sus propias necesidades; a más impotencia porque el vínculo que existió ya no existe; a más tristeza y soledad porque el paciente deja de reconocer a los amigos y parientes cercanos y éstos, a su vez, se retiran.

Muchos cuidadores se sienten culpables al atender sus propias necesidades. No se dan cuenta que cuidándose a sí mismos están cuidando mejor a su familiar; los cuidadores con sus necesidades de descanso, ocio, apoyo emocional, etc, satisfechas podrán disponer de más energía y de una buena salud.

En cambio, cuando el cuidado es un medio de expresar reciprocidad, cariño y gratitud, puede ser un motivo de satisfacción y sentido personal para el cuidador, aun cuando el enfermo no de muestra reconocimiento.

2.9 CONCLUSIONES:

- La enfermedad del Alzheimer es un deterioro progresivo no sólo de la memoria, la orientación y el lenguaje, sino también, de otros componentes de las funciones mentales superiores como: la personalidad, el juicio, la capacidad para resolver problemas y hacer cálculos y la pérdida de habilidades visoespaciales y de construcción.
- El impacto de la enfermedad puede ser de distintos grados y efectos, dependiendo del entorno familiar de los recursos con que se cuente, sin embargo no deja de ser un impacto grave que genera un malestar significativo.
- La enfermedad y sus continuas demandas de cuidado hacen que, en las familias, se consolide una fuerte integración entre sus miembros o a su vez que se debiliten los lazos de unión, funcionamiento e integración. Ocasionando que los familiares necesitan desarrollar flexibilidad y creatividad para encontrar fuentes de apoyo, capacidad para crear recursos que les permitan mantener el equilibrio en sus vidas y en sus relaciones.
- El impacto de la enfermedad es un proceso complejo para el que padece como para su entorno cercano, donde se necesita de tiempo para que los involucrados en esta realidad asimilen y asuman el problema de una mejor manera.

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.1 INTRODUCCIÓN

El presente programa de asesoría tiene como propósito establecer guías de intervención, las mismas que orientarán el trabajo terapéutico del asesor con familias que tengan un caso de Alzheimer de tipo senil, buscando como meta principal restablecer la condición psicológica de los asesorados que acudieron en busca de ayuda. Este aporte se fundamenta en los lineamientos propuestos por el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad.

El proceso de asesoría que se propone se encuentra constituido por tres etapas que son: Investigación diagnóstica, planificación terapéutica y por último ejecución y aplicación técnica, en cada una de estas etapas se encuentran incluidas diferentes sub-fases de abordaje.

3.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ASESORÍA

Las etapas que precisamos a continuación servirán de orientación para el asesor dentro de sus intervenciones y son las siguientes:

3.2.1 ETAPA I: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

En esta etapa se realiza el estudio integral de la realidad familiar ante la enfermedad del Alzheimer, tomando en cuenta aspectos clínicos a nivel biológico, psicológico y sociocultural. Para la recolección de información se utilizará la “**Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs)**”, la misma que ha sido adaptada para el registro familiar. Los datos provenientes serán recolectados mediante observación, entrevistas y aplicación de reactivos psicológicos.

Esta etapa supone un tipo de intervención minuciosa sobre el estudio y comprensión de la realidad que está atravesando la familia, por tal razón se destinará 2 sesiones de evaluación que tendrán una duración de 1 hora y 30 minutos.

Al ser esta una etapa investigativa, no puede prescindirse de aspectos relacionales y técnicos que son necesarios para el establecimiento de un buen proceso de ayuda. Por ejemplo a nivel relacional se debe establecer un buen rapport que permita a los familiares expresar y descargar sus emociones (confesión y desinhibición emocional) sobre la situación que están viviendo; en cambio, los aspectos técnicos son las estrategias que utiliza el asesor en la conducción de la asesoría, por ejemplo: la incitación general que es una comunicación corta verbal o no verbal que facilita el relato del paciente reemplazando en forma apropiada las interrogaciones.

Es relevante que en este primer contacto con la familia se consolide la estructuración de la relación terapéutica, es decir, definir con los asesorados la naturaleza, objetivos, metas, roles, técnicas y actividad de los integrantes durante la acción terapéutica que llevará a cabo el asesor. Este trabajo resulta imprescindible como se ha demostrado en la práctica, sobre todo en nuestro medio en el que todavía hay una escasa cultura psicológica, donde se pretende que la intervención psicoterapéutica sea como el tratamiento médico. Cuando no se estructura oportunamente la relación, se concluye la primera entrevista con un sentimiento de frustración por parte del asesorado(s) al no recibir la consabida “receta”, o se escucha la referencia posterior de estar recibiendo sesiones de conversación con el asesor.

Es indispensable que prioricemos la relación, la misma que servirá como una ruta de acceso para investigar el impacto de la enfermedad en la familia.

Fase I Establecimiento de la relación

Contacto Inicial

Desde el primer contacto terapéutico el asesor debe demostrar su predisposición y preocupación sincera por la familia. Para este propósito la guía n.1 destaca algunos aspectos que se debe considerar al establecer el primer contacto:

Guía N. 1 El contacto Inicial con la familia

1. Comunique su apoyo (refuerce) a la familia por haber iniciado el contacto (ejemplo: “Estoy muy contento de que hayan venido a verme por esto...”).
2. Recuerde que la gente suele sentirse un poco ridícula e insegura cuando tienen que pedir ayuda, y necesitan que la apoyen.
3. Demuestre predisposición y preocupación por su problemática
4. Acuerde con la familia un momento específico para las sesiones. Sugiera alternativas.

Realizado por: Mario Moyano (M.M)

Fase II Diagnóstico

Entrevista

Se aplica en las dos primeras sesiones de la relación de ayuda, y tiene una duración entre una hora a hora y media, donde se busca recoger información relevante sobre la problemática que se está suscitando en la familia debido a la enfermedad del Alzheimer.

La primera entrevista es un período de prueba clave para las partes implicadas, ya que el asesor se pregunta si es capaz de poder trabajar de manera eficaz con la familia, y la familia se cuestiona si son capaces de confiar sus verdaderas preocupaciones al asesor. Es muy importante comentar en la primera entrevista las expectativas y motivaciones que cada una de las partes implicadas tiene con respecto a la otra y, respecto al proceso de asesoría. Por tal razón, consideramos la siguiente guía:

Guía N.2 Expectativas y Motivaciones

ASESORADO	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas.					
Complacencia a familiares y allegados.					
Remisión de otros profesionales.					
Exigencia de status.					
Curiosidad.					
Otras.					
ASESOR	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda.					
Adquisición de experiencia.					
Fenómenos contra-transferenciales.					
Factores económicos.					
Obligación institucional.					
Otros.					

Fuente: Balarezo, Módulo VI de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, 2005

Es indispensable que en la entrevista el asesor mantenga una postura activa, manifestando su interés en conocer y comprender a profundidad la situación de la familia y hará preguntas que demuestren este interés y que le sirvan para establecer los temas relevantes provocados por el impacto de la enfermedad. De estos temas procurará que todos los miembros de la familia digan algo; bastará con que todos tengan la posibilidad de hablar sobre algunos de los temas mencionados o puntualizar, si lo consideran pertinente.

Luego de la finalización del relato sobre el efecto de la enfermedad, el asesor puede aprovechar el uso de una estrategia técnica como *normalizar* las reacciones de la familia. Es recomendable decir que las circunstancias que están atravesando desgraciadamente son normales, como lo es el tener problemas (sufrimiento, impotencia, angustia, miedo, conflictos, etc.).

Análisis de la demanda familiar:

En esta fase inicial de diagnóstico, es primordial puntualizar y determinar qué motivó la consulta, la misma que puede tener múltiples razones como: síntomas de la enfermedad, angustia, miedo, depresión, dificultades a la hora de negociar el rol del cuidador primario, abandono del enfermo, sacrificio excesivo de la familia o del cuidador primario, excesiva carga física y emocional provocada por el tipo de enfermedad, etc. Este aspecto es de real importancia para definir, qué acciones de asesoría serán las más adecuadas para hacer frente a la enfermedad y mejorar la calidad de vida del sistema familiar.

Un primer punto en la búsqueda de la demanda es diferenciar entre: necesidad, queja y reivindicación; cada una de ellas exige una forma de respuesta diferente, aunque, todas puedan surgir de la misma persona.

En segundo lugar, hay que descubrir y acercarse al entorno familiar del enfermo, donde las distintas personas que lo componen van asumiendo roles, con los que funcionan a lo largo del curso de la enfermedad, los mismos que influyen en las interacciones cotidianas; aunque, podría darse que unos familiares parezcan más o menos molestos que otros, todos son inevitables, por tales razones debemos tener en cuenta estos aspectos para obtener una buena investigación sobre el problema.

Es importante evaluar y determinar la forma en que la familia atribuye el malestar o sufrimiento producto de la experiencia de la enfermedad Alzheimer.

Héctor Fernández Álvarez (2005) señala que: "...existen diferentes modalidades de experimentar el sufrimiento experimentado por los seres humanos, pero las principales pueden distinguirse en dos tipos, el primer tipo donde las personas que la padecen encuentran un sentido existencial tanto en lo personal y social; en el segundo tipo la

experiencia de sufrimiento no da ningún sentido, haciendo que la vivencia del dolor aparezca como una situación enajenada, en la que la persona lo ve como algo que debería poder superar o haber concluido, para continuar con su plan de vida. La falta de esta justificación del dolor se acompaña por la sensación de que ocurre algo que no debería estar ocurriendo, algo que no era esperable que aconteciera...” (p. 249 -250)

Se ha podido apreciar en la mayoría de casos que las familias ante la enfermedad del Alzheimer no encuentran ningún sentido, sino mucho dolor y sufrimiento. En las siguientes guías se expone algunas de las modalidades en las que la familia podría reaccionar ante la enfermedad.

Guía N. 3 Formas de experimentar el sufrimiento ante la enfermedad

- ✓ Personas que no registran por sí mismas el sufrimiento, pero que muestran signos que los demás los identifican y puntualizan.
- ✓ Personas que encuentran un sentido a la experiencia de sufrimiento, pero que no logran la convalidación de los otros.
- ✓ Personas que quieren modificar algunos aspectos del modo de pensar, sentir y actuar de los demás.
- ✓ Persona que es identificada como alguien que puede hacer sufrir a los demás, siendo alguien potencialmente peligroso para sus familiares próximos.
- ✓ Personas que piensan que su sufrimiento esta fuera de control y se sienten desmoralizados.
- ✓ Personas que creen que el cambio es posible y esperan superarlo con ayuda.
- ✓ Personas que buscan estar insertos en diversos sistemas de ayuda.
- ✓ Personas que saben que conjunta y activamente podrán encontrar soluciones a los problemas que suscita la enfermedad.

(Basado en el libro de Sharon Fish “Enfermos de Alzheimer”, p.13)

GUIA N. 4 Cuestiones sobre modos de afrontamiento y consecuencias.

Averigüe sobre los modos de afrontamiento y las estrategias que utilizan o utilizaría la familia ante los eventos que genera (ría) la enfermedad del Alzheimer. Y posteriormente determine las consecuencias que para los ellos implicaría adoptar una u otra estrategia.

Algunas pautas que podrían servir para determinar lo citado anteriormente:

He afrontado (o afrontaría) ese hecho:

- a) tratando de olvidar o simplemente no siendo consciente de ello;
- b) pasando del problema, desentendiéndome;
- c) buscando soluciones como ante cualquier problema;
- d) aceptando y tratando de mantener la calma;
- e) reconsiderando el caso y viendo que no es tan grave;
- f) cayendo en cuenta que uno tiene más recursos de lo que creía;
- g) a base de mucho esfuerzo personal;
- h) buscando apoyo de otras personas y gracias a ellas.

El hecho y el modo de afrontarlo me han supuesto (o me supondría):

- a) una enfermedad;
- b) mucha pena y sufrimiento moral;
- c) enorme trabajo, tensión, esfuerzo, consumo de energía;
- d) una ocasión de madurar y realizarme como persona;
- e) desazón, malestar;
- f) satisfacción al sentirme capaz ante una situación difícil.

Realizado por: M.M

Ficha integrativa de evaluación psicológica

Es un instrumento, que permite organizar y sistematizar la información referente a las características que ha presentado el enfermo con Alzheimer en el curso variable de la enfermedad; la historia de relación con el sistema médico, las experiencias previas que han

tenido en busca de ayuda para el tratamiento de la enfermedad, ya sea a nivel de instituciones de salud o médicos particulares; la evolución de la situación familiar (se busca precisar los sentimientos, pensamientos y conductas familiares provocados por la enfermedad; la estructura y roles establecidos; la capacidad de afrontamiento y de toma de decisiones del sistema familiar); los resultados de los reactivos psicológicos y, sobre todo las apreciaciones diagnósticas y pronósticas por parte del asesor.

Es indispensable definir qué momentos parecen ser los más críticos, que puedan dar lugar a una demanda más intensa. Esto permitirá que en el proceso de asesoría pueda trabajar sobre ciertas descompensaciones que podrían afectar el futuro equilibrio del entorno familiar.

A continuación se expone la estructura de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica:

Guía N. 5 Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica

1. Datos de Identificación.
2. Demanda (explícita – implícita).
3. Historia de la enfermedad.
4. Cambios en la estructura familiar.
5. Genograma familiar.
6. Reactivos Psicológicos (Escala Interacción de Beavers “Competencia Familiar”).
7. Aproximaciones diagnósticas.
8. Pronóstico.

Fuente: Balarezo, Módulo VI de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, 2005

Escala de Interacción de Beavers “Competencia Familiar”

Este instrumento de evaluación nace de observaciones clínicas de familias sanas/competentes frente a familias disfuncionales. La escala está conformada por 5

competencias familiares que se encuentran representadas por 12 sub - escalas, y por último tenemos una escala global de salud y patología. (Véase anexo I)

Su administración se efectúa al inicio de la sesión, en la que el asesor presenta un ejercicio de discusión para que la familia lo realice durante 10 minutos. El tema es “Discutan juntos lo que les gustaría que cambiase en su familia”. Mientras tanto el asesor observa y registra las competencias habituales de la familia.

La Escala propuesta por Beavers valora competencias familiares como las siguientes:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- **Poder manifiesto:** va de caótico (muestra poca capacidad de adaptación y lo declive del sistema familiar) a igualitario (liderazgo, flexibilidad y adaptabilidad para diferentes situaciones).
- **Coalición Paterna:** de coaliciones padre – hijo, a fuertes coaliciones paternas (los padres presentan una figura unificada de apoyo entre ellos).
- **Cercanía:** de límites indefinidos (falta de intimidad e individualidad), a límites definidos cerrados (expresión espontánea de sentimientos y respeto a la individualidad).

II. MITOLOGÍA: Toda familia tiene una concepción de cómo funciona y de la imagen que da al mundo. Esta percepción de la realidad de la familia va desde lo congruente (coherencia entre lo que expresan que son y lo que manifiestan en sus acciones), a incongruente (falta de concordancia).

III. NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO: Es la habilidad interactiva de la familia para negociar situaciones problemáticas. Esta negociación va desde la resolución eficaz de problemas (participación de los miembros, uso de recursos y empleo eficaz del tiempo), a resolución ineficaz de problemas (no se centran en la tarea o problema).

IV. AUTONOMÍA:

- a) **Claridad de expresión:** expresión directa de pensamientos y sentimientos.
- b) **Responsabilidad:** Se refiere al grado en que los miembros de la familia reconocen y aceptan las responsabilidades personales de sus propias

acciones pasadas, presentes y futuras, tanto dentro, como fuera de los límites de las relaciones familiares.

- c) **Permeabilidad:** Se refiere al grado en que los miembros de la familia están abiertos y son receptivos a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.

V. AFECTO FAMILIAR:

- a) **Gama de sentimientos:** de gama amplia de sentimientos (familias más competentes en su expresión, son claros y directos), a gama limitada (poca o nula expresión de sentimientos negativos o amenazantes, son familias disfuncionales).
- b) **Humor y tono:** se caracteriza por la expresión del tono emocional, que va desde abierto y optimista a cínico y pesimista.
- c) **Conflictos irresolubles:** en todas las familias hay conflictos y normalmente hay intentos de resolverlos; se trata de valorar la eficacia de la familia en la negociación del conflicto y valorar en qué medida el grupo se puede haber visto deteriorado. La evaluación va desde un conflicto crónico subyacente frente a la capacidad para resolver conflictos.
- d) **Empatía:** respuestas empáticas a los sentimientos individuales del otro frente a respuestas inapropiadas.

VI. ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA: Busca establecer el nivel global de competencia de la familia, donde se toma en cuenta cualidades estructurales, comunicativas, afectivas y efectivas del sistema. La valoración de esta escala va desde óptima/adaptativa a gravemente disfuncional. A continuación se detalla ciertos criterios para utilizarla:

- **Familias óptimas:** valoraciones de 1 ó 2. Hay una alta capacidad de negociación, claridad de expresión, espontaneidad, respeto de la individualidad y de decisiones, afinidad, disfrutan de la compañía de los demás, flexibilidad, respeto de roles.
- **Familias adecuadas:** valoración de 3 ó 4. También son familias sanas y competentes; donde se alienta y respeta la individualidad, hay expresión y responsabilidad, presentan una negociación menos eficaz y competente, la

coalición paterna es más débil, menos espontánea, existe estereotipo de roles (la familia tiene un portavoz o mediador de conflictos).

- **Familias medias:** valoraciones de 5 ó 6. Presentan dificultades para un funcionamiento tranquilo y eficaz, hay cierto grado de dolor emocional, existen límites razonablemente claros entre sus miembros y respetan límites generacionales, son difíciles las negociaciones, la afinidad y espontaneidad están a niveles mínimos, se utiliza mucho el deberías, el tono de sentimientos suele ser ansioso, al límite, o deprimido.
- **Familias limítrofes:** valoraciones de 7 ó 8. Suele existir lucha de poder en forma esporádica, las coaliciones paternas son vagas y oscilan en luchas de dominio/sumisión, las relaciones interpersonales son cambiantes continuamente, los miembros de familia son incapaces de atender las necesidades emocionales de los demás (ni a las suyas propias). En las familias centrípetas (CP) no se permite la cólera, ni la rebelión abierta; en cambio en familias centrifugas (CF) las luchas de control y las batallas son abiertas y tienden a manifestarse.
- **Familias con trastornos graves:** valoraciones de 9 ó 10. Presenta pésimos patrones comunicacionales y relacionales, ocasionando poca habilidad para resolver conflictos y avanzar en busca de iniciativas autónomas, distanciamiento interpersonal incómodo entre unos y otros, la coalición paterna es disfuncional. Su tono es de oposición, el humor es escéptico y desesperado. Este tipo de familias son dignos candidatos a terapia.

3.2.2 ETAPA II: PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Esta es una etapa que transcurre sin la presencia del asesorado, donde se establece la modalidad y las técnicas más apropiadas que se utilizarán en el proceso de asesoría con la familia.

La planificación es un trabajo crítico y analítico por parte del asesor, que no puede caer en el plano de la improvisación y del ejercicio repetitivo y monótono. Cada paso es diferente en cuanto a la dinámica psicológica que presenta la familia y, a pesar de suponerse la

utilización de las mismas técnicas en la enfermedad, no debe olvidarse que los sujetos y las enfermedades varían en su condición individual y etiológica en cada cuadro.

Por tal razón, es conveniente establecer un esquema flexible, que nos permita fijar objetivos y técnicas que se utilizarán en el abordaje de asesoramiento con familias.

Fase I

Formulación del problema

Es necesario que el asesor precise las repercusiones psicológicas que ha generado la enfermedad en el entorno familiar, donde suelen manifestarse con: depresión, angustia, miedo, problemas en la aceptación de la enfermedad, errores en la negociación de roles, conflictos, necesidad de respiro del cuidador primario, etc. Para poder cumplir con este propósito, se debe considerar la información recolectada en la entrevista, Ficha integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs) y los indicadores determinados por la Escala Interacción de Beavers “Competencia Familiar”.

También se debe tomar en cuenta dos parámetros fundamentales, que se encuentran muy implicados entre sí, y que determinarán las acciones de intervención de la asesoría familiar. El primero es la fase en la que se encuentra la enfermedad, y el segundo los síntomas que manifiesta paciente.

En definitiva, la formulación del problema permitirá que el asesor pueda ligar los síntomas con las dificultades que hay que resolver en el contexto familiar durante la asesoría.

Fase II

Establecimiento de objetivos

Es necesario que el asesor determine los alcances y límites de sus intervenciones. Usualmente las metas y objetivos pueden ser de variada índole, por tal razón, es conveniente discutirlo con los familiares de ser posible, a objeto de establecer posibilidades reales dentro del asesoramiento. Este comentar de objetivos con los implicados también facilita que se pueda adecuar las expectativas y motivaciones que traen consigo la familia.

Los objetivos con estas familias deben centrarse de acuerdo al análisis o formulación del problema; usualmente los objetivos en familias con casos de Alzheimer se dirigen: a la búsqueda de alivio sintomático, flexibilización de ciertos patrones de comportamiento, flexibilización o cambios a nivel de la estructura cognitiva, orientación, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conductas y sobre todo resolución de conflictos.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad, considera que existen dos tipos de objetivos a plantearse en una planificación:

- ✚ **Objetivo general.** Es el que determina la meta que se alcanzará en la asesoría con el entorno familiar.
- ✚ **Objetivo específico.** Concentra a su vez la actividad y el interés, para conseguir el cumplimiento de meta trazado.

En la siguiente guía se propone los objetivos a alcanzarse dentro de la asesoría familiar.

Guía N.6 Objetivos a alcanzar en la Asesoría Familiar.

El objetivo primordial es ayudar a la familia a convivir con la enfermedad, lo que quiere decir, ayudar a compatibilizar el cuidado del enfermo con cierto grado de complementación de sus hábitos, planes y prioridades familiares.

Objetivos Específicos:

- ✓ Brindar apoyo emocional.
- ✓ Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.
- ✓ Normalizar sentimientos y reacciones
- ✓ Resolver conflictos intra - interpersonales.
- ✓ Mediar responsabilidades y obligaciones.
- ✓ Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Realizado por: Mario Moyano

Fase III

Señalamiento de Técnicas

Las técnicas se fundamentan en los objetivos trazados en la asesoría. Para el escogimiento de estas técnicas lo hacemos partiendo de lo general a lo particular y, de lo simple a lo complejo. Las técnicas que se proponen a continuación, pueden ser empleadas en el asesoramiento con estas familias.

Guía N.7 Técnicas recomendadas para el abordaje con familias

a) Técnicas para brindar apoyo emocional.

- Aireación escrita (Robert L. Leahy, 2003).
- Técnica del resumen intencional (Egan, 1985).

b) Técnica para orientar a la familia sobre la enfermedad.

- Fases didácticas (Opazo, 2001).
- Biblioterapia.

c) Normalizar sentimientos y reacciones.

- Proyección Temporal (Lazarus, 1984).
- Técnica de autoinstrucciones básicas: cambiar el contenido del pensamiento. (Meichenbaum, 1985).
- Representación (técnica sistémica).

d) Mediar responsabilidades y obligaciones.

- Caracterización familiar. (Alexander y Neimeyer, 1986).
- Esculturas bipolares (técnica sistémica).
- Escultura Familiar (Kantor y Duhl).

e) Resolver conflictos intra - interpersonales.

- Resolución de problemas (D' Zurilla).
- Focalización corporal - focusing (Gendlin, 1981).
- Representaciones eventuales (G. Kelly, 1955).
- El trabajo en la silla vacía y los asuntos no resueltos (Greenberg, Rice, Elliot, 1993).

Continuación de técnicas recomendadas para el abordaje con familias

f) Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad

- Programación de acontecimientos agradables.(A.T. Beck y otros, 1979).
- Pruebas de realidad (Beck, 1976).
- Terapia racional emotiva (A. Ellis, 1975).

Realizado por: Mario Moyano

A continuación se detallan las técnicas mencionadas en la guía N. 7

a) Técnicas para brindar apoyo emocional.

Aireación escrita de Robert L. Leahy (2003)

Se le pide al asesorado que piense en el evento que más le ha afectado, en recuerdos detallados de su experiencia. Le pide que en unos 15 - 20 minutos escriba todo los pensamientos y sentimientos sobre dicho evento, lo que significó para él, con máximo de detalles.

Trabajo para casa

Explica al asesorado que recordar puede ser doloroso, sin embargo, le ayudará a entender lo que la experiencia significó para él, y que volverán a ese recuerdo otras veces durante la asesoría, de modo que sienta más control sobre la situación, esto le ayudará a entender mejor su situación.

En 15- 20 minutos, escriba lo que le ocurrió, deteniéndose en cada pensamiento y sentimiento que recuerda haber tenido y lo que significó para él.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

Técnica del resumen intencional de Egan (1985).

La utilización de esta técnica en la primera etapa permite la *comprensión empática* del asesor, siendo capaz de ver el problema del ayudando tal como él lo ve, para reflejárselo así al asesorado, una comunicación de esta naturaleza suele resultar muy reconfortante para los implicados en el proceso.

La segunda etapa es la *reestructuración del problema*, aquí el asesor debe dar el paso de cuestionar los planteamientos inadecuados del asesorado, para que se dé cuenta que eso puede estar colaborando en el problema que le hace sufrir. Esta perspectiva puede resultar muy amenazante para la relación, pero hay que atreverse a realizarla. Se recomienda que el asesor utilice adecuadamente sus comunicaciones del cómo transmitir.

Egan (1985) dice : “Si los resúmenes intencionales son efectivos, ayudan al cliente a enfocar más intensamente algunas cuestiones importantes; pero si los resúmenes son inefectivos, pueden distraerle más que ayudarla a centrarse sobre el problema”.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

b) Técnica para orientar a la familia sobre la enfermedad.

Fase didáctica Opazo (2002)

Esta técnica sirve como preparación del asesorado, a través de aportar algún tipo de instrucción formal que permita la comprensión del proceso que está desarrollando y aspectos centrales de su problema o trastorno a intervenir.

Se considera deseable, y en ocasiones necesario, que el paciente (asesorado) comprenda qué le sucede, por qué le sucede, que hace un proceso para facilitar el cambio, hasta qué punto puede esperar cambiar y qué puede aprender para llegar a cambiar. En esta fase didáctica, se hace crucial que el terapeuta (asesor) adopte buenas decisiones: en qué momento introducir la fase didáctica, en qué lenguaje hablarle a “ese” paciente o asesorado – más simple o más complejo, más concreto o más abstracto—, qué fortalezas requiere

asumir con mayor énfasis, qué debilidades está en condiciones de integrar a su “awareness”, qué objetivos considera alcanzables, etc. (Opazo, p.195)

También la fase didáctica puede ser un buen recurso para eliminar mitos o creencias equívocas sobre la enfermedad, debido al desconocimiento o al mal manejo de información del asesorado. Las presentes guías podrán ser consideradas como instrumentos para efectuar esta fase didáctica:

Guía N.8 ¿Qué propone el asesoramiento psicológico como proceso para la familia?

El asesor que esté a cargo del apoyo psicológico de la familia y del enfermo debe comentar cuál es el propósito de las intervenciones que se efectuarán, tales como:

1. Promover la expresión de sentimientos de los involucrados en la enfermedad.
2. Reconocimiento de lo apropiado e inadecuado de determinadas creencias y sentimientos de quienes conforman la familia del enfermo.
3. Expresión de acuerdos con alguien que esté generando oposición o resistencia, el mismo que pueda atentar contra la adaptación y manejo de la enfermedad.
4. Animar expresión abierta de sentimientos.
5. Brindar información y psico-educación sobre la enfermedad y redes de apoyo mutuo.
6. Asesorar en alternativas de solución favorables y viables, que mejoren la calidad de vida del entorno familiar.
7. Evaluar los cambios obtenidos en el proceso de asesoramiento familiar.

Realizado por: Mario Moyano

Guía N. 9 Recomendaciones para los familiares y/o cuidador

- 1. BUSCAR INFORMACIÓN:** Es importante que los familiares o cuidador/es estén informados sobre cómo evoluciona esta enfermedad, cuál es el camino que sigue. Hay que trabajar desde la flexibilidad y desde la historia personal del enfermo, si existen hechos característicos en cada una de las fases que serían interesantes conocer, pues nos pueden servir de gran ayuda a la hora de elaborar un plan de acción.

El estar informados nos permite anticiparnos a los cambios y adaptaciones que serán necesarios ante la enfermedad, ir ganándole terreno, pues podemos combatir mejor un problema si lo divisamos desde la distancia, antes que, cuando se presenta al momento, donde no hemos establecido unas pautas o estrategias de actuación.

- 2. PLANIFICAR:** La planificación y organización de las actividades a lo largo del día es una manera de realizar un cuidado de mayor calidad y de preservar la salud de quienes están a cargo de la enfermedad.

Dentro de esta planificación es necesario, pedir apoyo a los miembros que conforman la familia para que efectúen alguna tarea concreta, así podremos sacarle mayor rendimiento al día estableciendo incluso el tiempo de descanso de nosotros.

- 3. PREOCUPARSE DE UNO MISMO:** Los familiares o cuidadores deben recordar que forman parte esencial del cuidado, ya que ellos son el motor del cuidado y, por tanto, deben atender también sus propias necesidades y cuidar de sí mismos.

Realizado por: Mario Moyano

Guía N. 10 Consejos básicos para mejorar la convivencia del enfermo en su entorno familiar.

***Nunca olvidar que su cerebro no puede reaccionar como el nuestro, que adaptamos a su capacidad de comprensión con un lenguaje muy sencillo (frases cortas) y amable, dándoles tiempo para contestarnos.**

*** Recordar que a pesar del deterioro intelectual, la capacidad afectiva no se pierde, por ello debemos incluir al enfermo en las conversaciones familiares, aunque no pueda seguirlas y demostrarle así nuestra afectividad con gestos y mucha comprensión y paciencia.**

*** Son incapaces de aprender cosas nuevas y van perdiendo capacidad para hacer las cosas que sabían. Para evitar esto es conveniente dejarle hacer el máximo de actividades (que no sean peligrosas) aunque las hagan mal y muy lentamente, organizado su vida de forma muy rutinaria (todo siempre en el mismo sitio).**

*** Prevenir las caídas y accidentes, eliminando alfombras, cables eléctricos y objetos peligrosos (productos tóxicos, cerillas, etc.), bloqueando las puertas de sitios peligrosos como la cocina, balcones, salida a la calle y adaptar el cuarto de baño con suelos antideslizantes y barras para poder agarrarse. Una pulsera identificadora puede evitar un disgusto. Por la noche, debe siempre quedar una luz tenue para evitar caídas si se despierta.**

Realizadas por: Mario Moyano

Guía N. 11 Consejos para prevenir los síntomas muy frecuentes en la evolución de la enfermedad

Estos enfermos, por la lesión cerebral que padecen, tiene propensión a presentar síntomas como las alucinaciones, agitación y conducta agresiva, cambios bruscos de humor, modificación del ritmo del sueño, que pueden llegar a provocar una mayor alteración del ambiente familiar que la misma demencia.

*** Evitar cambios bruscos, nada altera más al enfermo de Alzheimer que los cambios. Mantener al máximo su rutina diaria (horarios fijos para todas las actividades).**

*** Evitar situaciones que precipiten estos síntomas y recordar que por su déficit de memoria será fácil distraer su atención, cambiando de tema y tranquilizándolos con palabras afectivas. Sólo ante situaciones peligrosas debemos demostrar con gestos nuestro desacuerdo.**

*** Identificar las actividades placenteras de cada paciente para proporcionarles una terapia ocupacional diaria.**

*** Evitar la privación visual y auditiva; luz tenue y ambiente nocturno agradable (ropa, cama y temperatura adecuadas), música o radio-televisión cuando se quede solo. Evitar ambientes muy ruidosos. Cuando, a pesar de nuestra paciencia y trato afectuoso, persisten los síntomas, será el momento de utilizar con precaución los efectivos fármacos de que disponemos para controlarlos, revaluándolos de forma muy periódica.**

Realizado por: Mario Moyano

Guía N.12 Adaptación de viviendas

Uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la enfermedad de ALZHEIMER es la adaptación de la vivienda, dado que éste será el entorno habitual del enfermo. Además lo importante de la adaptación tanto de la vivienda como de la familia o cuidadores, no podemos olvidar, que es la eliminación de las barreras, tanto arquitectónicas como personales o sentimentales.

El hecho de tener un enfermo de estas características en casa es, obviamente, un conflicto en la vida familiar. Por tanto, no sólo hay que adaptar la vivienda, sino toda tu vida y la de los que conviven contigo.

Observo por propia experiencia que es el propio enfermo el que te va diciendo con su conducta lo que tienes que hacer para adaptar tu casa, por su seguridad y la de los que viven con él. Por esto, no hay una norma fija para todos, porque cada enfermo es diferente. Lo mismo que a uno lo pone nervioso a otro lo deja tan tranquilo. A pesar de eso, pienso que hay que tomar una serie de medidas básicas para su seguridad en la adaptación de la vivienda que no son diferentes a las que tomamos cuando tenemos niños en casa. No debe haber objetos punzantes ni medicinas a su alcance, tener cuidado en la cocina cuando se esté cocinando, etc. Pero, de nada servirán todas las medidas de adaptación de la casa que se realicen, si no hay un cambio de mentalidad. El enfermo ya no es como era, y tienes que aceptar que ahora es diferente, de lo contrario lo pasas muy mal y no solucionas nada.

Si hay una cosa en común en todos los enfermos de ALZHEIMER, es la sensibilidad que se les despierta para saber si la persona que los está cuidando, está nerviosa, y si los trata con cariño. Entonces te das cuenta que tu estado de ánimo influye muchísimo en el enfermo. Les encanta que les tomen las manos, que los acaricies, que los abracés y les des besos. Tienen una necesidad inmensa de cariño. Los otros enfermos te lo piden con la voz, los enfermos de ALZHEIMER, cuando no pueden hablar, te lo piden con los ojos y con todo el cuerpo.

Realizado por: Mario Moyano

Biblioterapia

Se trabaja por medio de libros o lecturas asociadas a la problemática de la enfermedad del Alzheimer, que pueden servir de ayuda a los asesorados de la siguiente manera:

- Permite completar la información que tiene el asesorado sobre su problema con una información objetiva y seria. Una buena información elimina muchos fantasmas y miedos injustificados, que suelen ser fuente muy importante de sufrimiento.
- También permite a los familiares a reflexionar y profundizar temas sobre la naturaleza del Alzheimer.
- Posibilita tomar distancia crítica y contemplar el problema desde una perspectiva más amplia que la propia, con lo que puede relativizarlo más fácilmente.
- La lectura ayuda a superar la centración en sí mismo y en el problema, tomando consciencia de que también hay otras personas que sufren; incluso que él, a lo mejor, también hace sufrir a otras personas cercanas con sus planteamientos y deformaciones.

c) Técnicas para normalizar sentimientos y reacciones

Proyección temporal (Lazarus, 1984)

Está diseñada para separar las emociones estresantes y las respuestas que la siguen, donde se reduce la probabilidad de conductas impulsivas y decisiones precipitadas e inadecuadas. La proyección temporal invita a cada miembro de la familia a pensar qué les haría sentir una misma situación en diferentes momentos que van del presente inmediato, al futuro a largo plazo. Por ejemplo podemos preguntar:

¿Qué sentiría respecto a esto dentro seis horas?

¿Qué cambiaría en su forma de comportarse?

¿Qué sentiría respecto a esto dentro de un día? ¿De una semana? ¿De un mes?

Podemos avanzar hasta uno o cinco años, en cada intervalo temporal debemos preguntar en qué cambiaría su conducta. De este modo se plantea que si las emociones cambian, las

reacciones o decisiones precipitadas basadas en respuestas emocionales impulsivas (como amenazas, suicidio, agresiones o escaparse de su casa) son claramente improductivas.

(Citado Friedberg Robert, en su libro *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, p.169)

Técnica de auto-instrucción básico: cambiar el contenido del pensamiento. (Meichenbaum, 1985).

Las intervenciones de auto-instrucciones o de autocontrol, ponen énfasis en cambiar diálogos interiores a través de un análisis racional profundo. Cambian pensamientos poco adaptativos por pensamientos más adaptativos y productivos (Meichenbaum, 1985).

Esta técnica incluye 3 fases que son: preparación, encuentro y auto-recompensa. En cada etapa, se entrena a los familiares para que desarrollen nuevas normas u orientaciones para su propia conducta, que les ayuden a superar las situaciones difíciles y estresantes que atravesaran. El objetivo fundamental es que elaboren nuevos patrones de habla encubierta, que den lugar a conductas más adaptativas.

- *Fase de preparación*, aquí animamos a cada familiar a prepararse para la situación difícil o estresante. Idealmente los auto-instrucción contienen una frase que tranquiliza y al mismo tiempo es estratégica (p. ej.: “Sé que esto va a ser difícil, pero he practicado cómo hacer frente a una pelea por la enfermedad. Sólo tengo que asegurarme de no perder el control”). La auto-instrucción acentúa un aspecto en la tarea. Enseña a cada miembro de la familia a atender a tareas importantes y necesarias para abrirse paso entre los estresores.
- *Fase de encuentro*, se enseña a cada familiar a establecer diálogos consigo mismo, que disminuyan su estrés cuando pasen por circunstancias que le provoquen malestar (p. ej.: “Esto es precisamente lo que me imaginaba que iba a pasar. Me estoy poniendo nervioso y me estoy enfadando. Pero tengo un plan. Ahora sólo tengo que ponerlo en práctica. Voy a respirar y a darme una vuelta por el parque...”). Después de haber la persona aplicado esta estrategia de afrontamiento, nos centramos en la siguiente fase.

- *Fase de auto-recompensa*, aquí la persona se entrega premios encubiertos por haber seguido correctamente sus auto-instrucciones (p. ej.: “Me he esforzado mucho para no perder el control. Puedo estar orgulloso de mí mismo por haberlo conseguido”)

(Citado Friedberg Robert, en su libro *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, p.171)

Representación

Esta es una técnica utilizada por la terapia familiar, donde el terapeuta (asesor) fomenta la creación de libretos interpersonales durante la sesión, en la que se representan transacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Esta técnica incluye 3 pasos básicos:

1. Observación directa de las transacciones espontáneas de la familia y, luego decidir los aspectos disfuncionales que deben ponerse en evidencia.
2. Organizar libretos y hacer que se represente el proceso disfuncional, perturbando al sistema toda vez que sea necesario para aumentar la intensidad.
3. El terapeuta (asesor) cuestiona los modos de transacción hasta que emergen patrones transaccionales más funcionales y comienza el proceso de cambio terapéutico. Para que se produzca la representación, el terapeuta (asesor) debe asumir una posición descentralizada.

d) Técnica para mediar responsabilidades y obligaciones familiares.

Caracterización familiar. (Alexander y Neimeyer, 1986).

Es una elegante adaptación de la técnica de auto-caracterización de G. Kelly a la práctica familiar. Se presenta como una tarea de papel y lápiz que debe realizar cada miembro en la sesión de asesoría. Las instrucciones para esta tarea son:

“Escriban una breve caracterización de esta familia. Hágalo desde la perspectiva de alguien que conoce a la familia íntimamente y de manera comprensiva, quizá mejor que nadie. Deberías escribirlo en tercera persona. Por ejemplo, empiece diciendo: Conozco a la familia Álvarez”

Los comentarios individuales resultantes, pueden ofrecer una visión general de las áreas de convergencia y divergencia de los miembros de familia. Ésta es una forma de permitir a los miembros de la familia que hagan explícita su (normalmente implícita) visión de sí mismo, como grupo familiar a través de sus propios escritos y comentarios, con una participación moderada del asesor.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

Técnica de esculturas bipolares

Es una técnica que proviene de la terapia familiar, en la que el asesor designa las paredes de la habitación como los polos de constructos destacados de la familia (p. ej.: una pared puede representar “las personas que se parecen a mí” y la pared de enfrente “las personas que no se parecen a mí” y las otras paredes se pueden etiquetar como “las personas que me entienden” frente a “las personas que no me entienden”). El asesor pide entonces a un miembro de la familia que guíe físicamente a cada uno de los otros miembros al lugar de la habitación que represente, después se pregunta al escultor cómo ve en cada dimensión a cada una de las personas que ha colocado en las diferentes partes de la habitación. Por último, se da la oportunidad que los miembros del grupo expliquen sus emociones y reacciones tras haber sido situados en esa configuración.

Es importante la mediación que el asesor efectúe con esta técnica luego de su aplicación, ya que se pueden conseguir cambios que mejoren el grado de responsabilidad y obligación de cada uno de los miembros en el entorno familiar.

Escultura familiar (Kantor y Duhl)

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en un espacio físico las relaciones entre los miembros de la familia, permitiendo así la expresión simbolizada de ideas y emociones mediante el uso del cuerpo en movimiento y espacio.

La forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta (asesor) pide a un miembro de la familia que sea "escultor", mientras que el resto del grupo constituye su

"arcilla" humana. La invitación a esculpir puede dirigirse a cualquier miembro de la familia que al terapeuta (asesor) le parezca que responde más espontáneamente. Por ejemplo, puede pedir al cuidador primario que sea el escultor teniendo en mente la capacidad que este miembro a menudo tiene para captar niveles profundos de la dinámica familiar. O puede elegir a uno de sus hijos, tal vez porque como el resto de la familia no lo identifica con "el problema", no participa demasiado en las sesiones. También es posible que sean todos y cada uno de los miembros los que en la misma sesión hagan su escultura".

Una vez seleccionado el escultor, el terapeuta (asesor) le pide al resto del grupo que se ponga de pie y que realice los movimientos que el escultor indique. Después de haber establecido las reglas básicas, el terapeuta (asesor) deja lugar al escultor, quien inicia la construcción del cuadro; en adelante, el terapeuta toma la posición de observador y comentarista. Debe dejarse que la escultura se desarrolle a su propio ritmo y luego se pide a los participantes que compartan algunos de los sentimientos acerca de las posiciones físicas en que se encuentran. Cuando se pide a los miembros de la familia compartir dichos sentimientos con el escultor, es útil que el terapeuta (asesor) los oriente a que expresen cómo se sienten en ese preciso momento, respecto de su posición física; esto evita que los miembros de la familia se vuelvan a sumergir en una discusión intelectual sobre sus relaciones y responsabilidades.

Cuando el escultor ha terminado, el terapeuta (asesor) puede pedirle que encuentre una posición para sí mismo en la escultura, ubicándose él mismo dentro del cuadro.

La técnica de la escultura familiar se puede emplear ya desde la primera sesión, pidiendo a los miembros de la familia que esculpan sus diferentes visiones de la familia en vez de "hablar" sobre sus problemas. En una sesión ulterior, puede solicitar a los miembros que esculpan su visión "idealizada" de la familia; de esta manera el terapeuta (asesor) utiliza esta técnica con el fin de elucidar los objetivos familiares del proceso. El terapeuta puede utilizar la técnica de la escultura familiar, como un medio de enfrentar un período de resistencia en el que pareciera no existir evolución. Puede ser particularmente eficaz, por ejemplo, para quebrar la intelectualización defensiva de algunos grupos familiares altamente verbales.

Resumiendo: una escultura familiar es una "metáfora" espacial: se obtiene y se transmite información sobre la familia sin requerir comunicación lingüística. La "comunicación analógica" de la escultura familiar, sirve para abordar directamente el plano experimental sin la intervención del lenguaje.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

e) **Técnicas para resolver conflictos intra – interpersonales:**

Resolución de problemas (Barkley y otros, 1999; D' Zurilla)

La resolución de problemas consta de cinco pasos básicos que son:

- El Paso 1, implica la identificación del problema en términos específicos y concretos. (p. ej.: “nadie me ayuda con el cuidado de mí papá enfermo”)
- En el paso 2, se enseña a la persona o familia a generar soluciones alternativas.
- Paso 3, se valora las opciones disponibles. En este paso el asesor y asesorado evalúan cuidadosamente las consecuencias a corto y a largo plazo de cada opción. Estas consecuencias, es recomendable anotarlas.
- Paso 4, después de deliberar sobre cada opción, el asesor y asesorado plantean como implementar la mejor solución.
- Paso 5, se anima al asesorado a aplicar y evaluar la solución seleccionada. Esto puede ayudar a la persona o familia a investigar y reciclar las estrategias resolutivas cuando las soluciones no funcionan.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

Focalización corporal- focusing (Gendlin, 1981)

Se le pide al asesorado que pare de hablar y ponga atención a “esa parte” donde a menudo se siente triste, confortable o con miedo, y que se dé cuenta de lo que le pasa cuando se pregunta ¿cómo está en este momento?

Se estimula a comprender todo el problema a partir de lo que siente en “esa parte”. El énfasis está en sentir “todo el problema” y, luego seguir la huella del sentimiento más relevante, poniendo atención a las palabras y sentimientos que emergen desde ahí.

Importante que ocurran dos cosas:

1. Que la persona se haga responsable que el sentimiento le pertenece
2. Que el sentimiento sea puesto en un contexto interactivo

(p.ej.: tristeza por la enfermedad de mi padre, necesito que me entiendan y me ayuden...)

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

Representaciones eventuales (G. Kelly, 1955)

Este tipo de técnica busca como objetivo principal, proporcionar medios para que los asesorados elaboren su visión de la realidad y, al mismo tiempo para proteger sus estructuras de rol nuclear de una invalidación prematura.

Las representaciones eventuales pueden ser roles breves e informales, que han sido diseñados para que el asesorado experimente un papel “X” y que vea cómo es. Esta representación dura unos pocos minutos, priorizando más el descubrimiento que la demostración, a la exploración más que a la repetición. Además, proporciona una rápida fluidez al permitir al asesorado que se mueva velozmente entre diferentes perspectivas.

Los asesorados, a menudo sacan un inmenso provecho de una breve representación que les lanza a un papel que son totalmente incapaces o, no están dispuestos a representar o expresar de una manera abierta. Kelly (1955) refiere “Simplemente sentarse allí y sentir que le han asignado cierto papel, o que se le percibe como si fuera cierto personaje es, en sí mismo, una forma de aventura que no es pasable pasar a la ligera”.

Esta técnica se puede articular o complementar con la silla vacía.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

El trabajo en la silla vacía y los asuntos no resueltos (Greenberg, Rice, Elliot, 1993)

Descripción del problema: La persona siente que quedan aspectos importantes de su vida pasada sin resolver, que tienen influencia directa en su cotidianidad, no lograr hallar una salida definitiva.

Indicadores de la tarea:

- Sentimiento persistente no resuelto, desesperanza, resignación, etc.
- Sentimiento que está en relación con un otro significativo, padre, madre, esposo, etc.
- Los sentimientos no se expresan por completo.

Cambio terapéutico y acciones del terapeuta: Por medio de las dos sillas el terapeuta pone en contacto, la parte vivencial que expresa el dolor presente y, por otro, la persona relacionada con el mantenimiento del asunto irresuelto.

Ambos procesos van hacia una aceptación de la relación tal como fue o como es, renuncia de satisfacciones -ya imposibles de alcanzar-, visión más completa y verdadera del otro y, hacia el perdón.

(Citado por Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006).

f) Técnicas para mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Programación de acontecimientos agradables. (A.T. Beck y otros, 1979)

Esta técnica se la puede utilizar para aumentar la cantidad de refuerzos positivos presentes en la rutina de la familia, así como para activar a miembros de la familia poco activos. Para programar acontecimientos agradables, se utiliza un horario parecido a una agenda, donde

se ponen los días de la semana a lo largo de la hoja y las horas del día en una columna en el lado izquierdo. Este tipo de rejilla deja celdas en blanco que corresponden a momentos del día y a días de la semana.

El asesor y la familia programan juntos varias actividades agradables que se deben realizar a lo largo de la semana. La idea es aumentar los refuerzos que la familia obtiene en su vida cotidiana. Por otro lado, las actividades agradables pueden aliviar la depresión de algún familiar. Es importante establecer cuáles van a ser las actividades y conseguir que la familia se comprometa a llevarlas a cabo durante una semana.

(Citado Friedberg Robert, en su libro *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, p.166)

Prueba de realidad (Beck, 1976)

Por medio de esta técnica cognitiva – conductual, se ayuda al asesorado a tomar consciencia y a distanciarse de sus pensamientos irracionales que ocasionan malestar. Beck (1976) estableció siete pasos a seguir en la aplicación de las pruebas de realidad que son:

1. Identificar los pensamientos y las intervenciones del cliente que son negativos o que están asociados con emociones negativas.
2. Preguntarle al cliente hasta qué punto cree que esa frase o pensamiento es cierto o las probabilidades que cree que hay de que suceda el acontecimiento negativo.
3. Comprobar las emociones asociadas a la frase, diciendo p. ej. : “Cuando te dices esto a ti mismo, ¿cómo te sientes?”.
4. Sin entrar a cuestionar la validez del cliente, aportar pruebas con sutileza: los resultados obtenidos en otras situaciones, los posibles resultados alternativos y la frecuencia con la que se han dado, las veces que la misma situación ha tenido mejores o peores consecuencias que las imaginadas, etc.
5. Establecer la probabilidad de que sucedan futuros desastres, p. ej. : “¿Hasta qué punto es probable que no encuentres nunca otra persona como él? ¿Hay una probabilidad de diez contra uno? ¿De cien contra uno?”
6. Seguir contrastando los acontecimientos con la realidad.

7. Comprobar hasta qué punto, el cliente cree que las frases que dijo en un principio son ciertas, después de haber pasado por estas frases.

En esta técnica el asesorado cuestiona al cliente, pero no impone arbitrariamente su sistema de valores.

(Citado por Beck Aaron, en su libro *Con el amor no basta*, p286)

Terapia racional emotiva “RET” (Ellis, 1962)

Es importante señalar que esta técnica utiliza como estrategia cognitiva la reestructuración cognitiva, ayudándole al cliente a controlar sus emociones, enseñándole ideas más racionales y menos contraproducentes y, convenciéndole de la falta de lógica de las siguientes ideas irracionales identificadas por Albert Ellis (1962):

1. Es absolutamente necesario que todo el mundo me quiera y apruebe todo lo que hago.
2. Ciertas acciones son incorrectas y perversas, hay que castigar con severidad a las personas que lo cometen.
3. Es horrible, desastroso y catastrófico, que las cosas no sean como a mí me gustaría que fueran.
4. La mayor parte de la infelicidad humana tiene su origen en el exterior y la provoca la intervención de personas y acontecimientos ajenos a nosotros.
5. Si algo es peligroso o podría ser peligroso o aterrador, debería estar muy preocupado por ello.
6. Es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades, que afrontarlas.
7. Necesito tener otra persona más fuerte o más grande que yo en quien poderme apoyar.
8. Debería ser rigurosamente competente, aceptable, inteligente y exitoso en todo.
9. Las cosas me han afectado intensamente en alguna ocasión; deben afectarme de manera indefinida.
10. Lo que los demás hacen es de una importancia vital para mi existencia y, debería esforzarme para hacer que cambiaran para ser como yo quiero que sean.
11. Es posible conseguir la felicidad, tanto a través de la inercia, como de la pasividad.

12. No tengo prácticamente ningún control sobre mis emociones y, no puedo evitar sentir determinadas cosas.

El asesor desenmascara continuamente los pensamientos disfuncionales del cliente poniéndolos de manifiesto, mostrando el papel que tiene el origen de sus problemas. Para esto se utiliza el sistema A-B-C-D para establecer los vínculos de esas ideas, la letra A es la experiencia activadora, B es el sistema de creencias, C son las consecuencias, D es la discusión de las ideas irracionales y, E son las nuevas consecuencias o efectos emocionales.

También se puede proponer tareas en las que el cliente plantee otro tipo de frases. Por ejemplo ideas contrapuestas de los enunciados anteriores número 4 y 9.

4) Provocamos o mantenemos nuestra propia infelicidad, con el punto de vista que asumimos de las cosas y, no son las cosas en sí mismas las que lo hacen.

9) Deberíamos aprender de nuestras experiencias pasadas, sin apegarnos demasiado a ellas ni dejar que nos perjudiquen.

(Citado Ellis Albert, en su libro *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, p. 19)

3.2.3 ETAPA III: EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

En esta etapa se efectúa el trabajo terapéutico del asesor con la familia, donde se emplea todos los procedimientos, métodos y técnicas que han sido planificadas previamente, ocasionando que las siete sesiones que proponemos y el proceso en sí se desarrollen de una manera sistematizada y rigurosa. Cada sesión tiene que permitir la evolución favorable de la familia, ya que esto marcará la continuidad y compromiso con el procedimiento o la rectificación técnica que puede hacerse.

Para que se dé una asesoría eficaz, es indispensable juzgar la evolución de proceso y la aplicación técnica a la par, de no ser así podríamos caer en un tecnicismo que no se orienta a las necesidades y prioridades de nuestros asesorados, sino sólo de resultados efímeros.

Es conveniente que la evolución del proceso se la vaya registrando para que sirva de referencia para las futuras sesiones. El Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la

personalidad propone una hoja de evolución en la que se sintetizan aspectos relacionados con el estado del asesorado al inicio de cada sesión, las diversas circunstancias que pudieron haber influido en el desarrollo de la asesoría, la descripción de la técnica que se ha utilizado y cualquier otra alterativa clave que haya surgido en la sesión correspondiente. (Balarezo; p.82)

Guía N.13 Hoja de registro de evolución		
Fecha	Evolución	Actividad

Elaborado por: Mario Moyano

En el transcurso de las siete sesiones se presentarán diferentes aspectos tanto positivos como negativos, los mismos que influirán en el asesorado y en las intervenciones del asesor, de allí la importancia de establecer una relación afectiva de apoyo que conjuntamente con los aspectos técnicos puedan vencer obstáculos y promover cambios significativos. Cuando el asesoramiento ha sido eficaz, paulatinamente la familia va mejorando su estado emocional y van solucionando sus conflictos que los llevaron a buscar ayuda, es en este momento donde el asesor va preparando gradualmente el cierre y la terminación del proceso de asesoría. En la última sesión se evalúa:

La valoración de logro de los objetivos, en este proceso el asesor y el asesorado, comprueban si los problemas o conflictos que se presentaban en un principio, han disminuido o han desaparecido. Se anima a la familia a realizar un listado de los cambios que han ido apareciendo en sus conductas a lo largo de todo el proceso de ayuda y a comentar sus pensamientos y emociones sobre éstos.

El cierre de los aspectos relacionales, requiere hablar sobre las emociones que el cliente siente hacia el asesor y hacia la relación de ayuda. También el asesor podrá exponer sus puntos de vista, si considera necesario sobre estos aspectos.

La culminación de la sesión, en este momento las conversaciones suelen ser más intrascendentes. También se deja abierta la posibilidad de realizar un seguimiento con los

asesorados, ya que esto permitiría evaluar la acción terapéutica, y cómo evitar posibles recaídas en el futuro.

Por medio de la siguiente guía proponemos tentativa de los temas que se trabajarán durante las siete sesiones de asesoría:

Guía N 14. Sesiones de asesoría

Recordar que antes de dar inicio a las sesiones de asesoría, se debe haber realizado el diagnóstico y la planificación del proceso.

Sesión 1: Encuadre

Lo que representa la enfermedad y sus formas de afrontarla.

Sesión 2: Conflictos entre el cuidador y la familia.

Sesión 3: Alternativas de solución para problemas

Regular expresión de emociones y reacciones.

Sesión 4: Manejo de límites y responsabilidades.

Sesión 5: Seguimiento de problemas y soluciones

Implementación de nuevas estrategias

Sesión 6: Evaluación de resolución de problemas.

Sesión 7: Cierre y terminación del proceso.

Nota: *Dejar la puerta abierta para un posible seguimiento*

Elaborado por: Mario Moyano

3.3 CONCLUSIONES.

- El proceso de asesoría psicológica con familias desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad, busca el manejo y la solución de problemas o conflictos desadaptativos tanto a nivel intrapersonal como interpersonal.
- La asesoría es la consecución de una serie de etapas que van desde la investigación diagnóstica, planificación terapéutica hasta la ejecución y aplicación técnica de la misma, que permite dar coherencia y resultados al trabajo que se realice con la familia.
- El uso de un adecuado recurso técnico por parte del asesor dentro del proceso de asesoría psicológica, se convierte en un factor determinante para el alcance de los objetivos trazados en la planificación inicialmente.
- La finalización y éxito del proceso, es producto de la capacidad y formación teórico- práctico del asesor en el manejo de la relación y aspectos técnicos con su asesorado en el transcurso del proceso.

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DE CASOS

4.1. INTRODUCCIÓN

Por medio de la presentación de cinco Casos Familiares, se podrá valorar de una forma cualitativa los resultados obtenidos en el proceso de asesoría psicológica familiar propuestos en el capítulo anterior. El estudio destaca: cómo se manejaron los distintos fenómenos de la relación de ayuda y la aplicación técnica de la asesoría basada en aportaciones del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad.

En la exposición de casos se consideran las tres etapas del proceso de asesoría psicológica planteado (investigación diagnóstica, planificación terapéutica, ejecución y aplicación técnica). Se enfatiza el abordaje clínico del discurso de los familiares, en la etapa de valoración; las destrezas clínicas por parte del psicólogo, para determinar las estrategias terapéuticas adecuadas al caso, tanto en la planificación y en desarrollo del proceso. La estructuración de los casos posibilitará una comprensión y descripción de aspectos significativos de cada intervención. Se muestra la forma cómo se presentó la familia y la manera cómo se abordaron las diferentes problemáticas que son originadas por la Enfermedad del Alzheimer, hasta llegar al final del proceso de asesoría, donde se valoró el cumplimiento de objetivos trazados. Se procede, a continuación, a presentar un estudio de casos de cada una de las familias que formaron parte de la investigación:

4.2 ESTUDIO DE CASOS.

4.2.1 CASO “LA FAMILIA PÉREZ”

1. CONTEXTO DEL CASO

La familia Pérez es derivada por el neurólogo tratante de la Enfermedad del Alzheimer, de Rosa (abuela materna) de 69 años y 4 meses. Empezó a tener problemas a nivel de su

memoria como: olvidar el lugar donde deja las cosas, no recordar el nombre de sus familiares cercanos y, algunas veces, al momento de cocinar deja la llave abierta de gas. Esto ha generado que la familia se encuentre altamente preocupada. Temen constantemente que algo le pueda pasar cuando ellos no estén pendientes. En ocasiones, algunos miembros de la familia han tenido fricciones y desacuerdos sobre la situación de Rosa.

Rosa fue diagnosticada de la Enfermedad del Alzheimer, tipo senil, en fase inicial. Los síntomas principales del cuadro son: dificultades en la memoria de corto plazo, pérdida momentánea de la referencia de espacio y tiempo, le cuesta construir frases con facilidad, enfado cuando pierde el control de lo que le rodea y, últimamente, hay un descuido de su higiene personal.

2. CONSTELACIÓN FAMILIAR

La familia está compuesta por los dos padres (Antonio, de 49 años; y María, de 47 años), 3 hijos: 2 mujeres (Carmen, de 22; y Ximena, de 19 años) y un varón (Andrés, de 16 años), y por último, tenemos a Rosa (69 años), madre de María y vive con ellos desde hace 10 años (a raíz de la muerte de su esposo). Antonio es odontólogo y se dedica, en gran parte, a su ejercicio profesional. María realiza labores propias del hogar y cuida permanentemente a Rosa. Con respecto a Carmen, se encuentra cursando el último año de Derecho y pasa la mayor parte del día en la Universidad. Ximena está estudiando su segundo año de Medicina. Andrés, el menor de todos, está en quinto curso de colegio. Rosa es viuda, tiene dos hijos: María y Paúl (45 años), éste último es casado y reside en México.

3. ENTREVISTA

Se realizaron dos entrevistas iniciales de investigación de la problemática de la familia. Se desarrollaron en un ambiente distendido y relajado, mostrándose los integrantes de la familia muy colaboradores, aunque preocupados por la enfermedad que presenta Rosa. En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar que existe un alto grado de responsabilidad, de cuidado y protección por parte de María, lo que ocasiona fricciones y conflictos de pareja con Antonio. María pide más compromiso y tiempo a su esposo y a sus hijos para el cuidado de su madre (Rosa); comenta que se siente angustiada. Sus hijos y su esposo manifiestan que es poco lo que ellos pueden hacer por el poco tiempo que tienen

disponible. Desde el momento en que apareció la enfermedad, se estrechó el vínculo afectivo entre María y Rosa, lo que ha ocasionado que los demás miembros no sufran un desgaste tan representativo.

Antonio comenta que, tras el diagnóstico, la familia ha tenido que dejar y postergar ciertas actividades recreativas y sociales, pues temen que Rosa tenga un accidente en casa. También refiere que ha buscado a alguien que la cuide y esté pendiente de ella, pero que esto no ha funcionado debido al carácter de Rosa (poco tolerante y exigente). En esta primera entrevista hay poca participación de los hijos.

En la segunda entrevista se inicia la evaluación a través de la Escala de Beavers “Competencia Familiar”. En esta sesión la familia asiste sin su hija Ximena, debido a los estudios de ella. Se presenta una mayor participación de los hijos, los mismos refieren que sienten que su madre está más pendiente de su abuela que de ellos, que en estos dos últimos meses María se ha vuelto irritable y exigente. Ante esto María manifiesta que es difícil para ella, porque le toca asumir y decidir muchas veces sola y, en ocasiones, se siente culpable por pensar en dejar a su madre en alguna institución de cuidado. Antonio permanece callado ante estos comentarios tratando de evitar conflictos.

4. EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la Escala de Beavers “Competencia Familiar” nos permiten tener una mayor apreciación sobre el funcionamiento familiar ante la enfermedad en los siguientes factores:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- ***Poder manifiesto***: presenta una marcada dominancia, el control es casi absoluto por parte de María, presentando poca negociación. Algunos miembros muestran cierto grado de dominancia y sumisión.
- ***Coalición Paterna***: existe una coalición paterna débil (María tiene poco apoyo de su esposo e hijos).
- ***Cercanía***: hay cierto distanciamiento y aislamiento.

II. MITOLOGÍA: existe cierto grado de incongruencia entre lo que expresan que son y lo que manifiestan en sus acciones.

III. NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO: pobre negociación sobre la problemática que están atravesando, escasa resolución del problema, poca participación de los miembros, pocos recursos y empleo inadecuado del tiempo.

IV. AUTONOMÍA:

- d) **Claridad de expresión:** no existe una expresión directa de pensamientos y sentimientos, es algo vago y oculto.
- e) **Responsabilidad:** los miembros de la familia a veces reconocen y aceptan las responsabilidades personales de sus acciones pasadas, presentes y futuras, tanto dentro como fuera de los límites de las relaciones familiares.
- f) **Permeabilidad:** la familia es moderadamente abierta y receptiva a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.

V. AFECTO FAMILIAR:

- g) **Gama de sentimientos:** algunos sentimientos se expresan, pero la mayoría se enmascaran.
- h) **Humor y tono:** se caracteriza por la expresión de un tono emocional un tanto deprimido, desesperanzado y pesimista.
- i) **Conflictos irresolubles:** el conflicto es claro, con un deterioro moderado del funcionamiento de la familia.
- j) **Empatía:** se intenta una implicación empática, pero no se consigue mantenerla.

VI. ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA:

- **Familias medias:** valoración de 6. Presentan dificultades para un funcionamiento tranquilo y eficaz, hay cierto grado de dolor emocional, existen límites razonablemente claros entre sus miembros y respetan límites generacionales, son difíciles las negociaciones: la afinidad y espontaneidad están a niveles mínimos, se utiliza mucho el “deberías”, el tono de sentimientos suele ser ansioso, al límite o deprimido.

5. DIAGNÓSTICO

Formulación del problema:

El análisis de la información recogida durante el proceso de evaluación, nos permite confirmar que la enfermedad del Alzheimer ha ocasionado ciertas dificultades que afectan la estructura del sistema familiar como: adhesión a patrones rígidos de funcionamiento (emergencia de crisis), hay una coalición entre el cuidador primario (María) y el enfermo (Rosa); el cuidador presenta un rol de poder manifiesto, conflictos por el grado de responsabilidad, dificultades en la negociación y solución de conflictos, mal manejo de emociones, poca capacidad para mantener empatía de sus miembros, afectación y postergación de sus metas personales y grupales.

6. PLANIFICACIÓN:

Señalamiento de objetivos

Objetivo General: Brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento, para que puedan convivir y enfrentar la enfermedad del Alzheimer de una mejor manera.

.Objetivos específicos:

- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

- Identificar y normalizar sentimientos – reacciones.
- Resolver conflictos intra - interpersonales
- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Señalamiento técnico:

- e) **Técnicas para brindar apoyo emocional.**
-Catarsis y desinhibición emocional.
- f) **Técnicas para orientar a la familia sobre la enfermedad.**
-Fase didáctica y biblioterapia.
- g) **Normalizar sentimientos y reacciones.**
- Esculturas bipolares y representación.
- h) **Resolver conflictos intra - interpersonales.**
- Resolución de problemas y representaciones eventuales.
- i) **Mediar responsabilidades y obligaciones.**
- Caracterización familiar.
- j) **Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.**
Programación de acontecimientos agradables y terapia racional emotiva.

7. SÍNTESIS DE LAS SESIONES DE ASESORÍA

Sesión 1

Objetivos a alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

Se estableció en esta primera sesión el encuadre del proceso, donde se explicó a los familiares los resultados obtenidos en la fase diagnóstica. Luego se comentó qué aspectos de trabajo se llevarán a cabo, sus beneficios y el grado de compromiso que se necesita para

cumplir el proceso (*se toma como referencia la guía 8*). La familia Pérez acepta los objetivos propuestos y se comprometen a ser constantes.

El primer tema que se aborda es lo representa, para cada uno ellos, la Enfermedad de Rosa. Al comienzo hay un grado de resistencia pero poco a poco se vence esta primera barrera. La primera persona que inicia la conversación es Antonio expresa que ha callado mucho este tiempo para no aumentar más las tensiones: “*Creo que hemos estado más preocupados en nuestras cosas, que en lo que somos capaces de hacer... tal vez por comodidad o por temor...*”. Esto da la posibilidad que la hija mayor, Carmen exteriorice sus emociones con llanto, asumiendo su poco involucramiento en el cuidado de su abuela. Ximena y Andrés reafirman lo comentado por su hermana. La última persona en intervenir es María y refiere: “*Necesito más acciones que palabras. Quiero que se den cuenta que es mi madre y no la puedo abandonar, pero necesito apoyo... (Llanto)*”. Este hecho genera muchas incomodidades en los miembros de la familia, luego de unos minutos dan expresiones de apoyo hacia María.

La sesión sigue su curso, y se presenta el momento de evaluar en conjunto todos los recursos de afrontamiento utilizados por la familia para hacer frente al problema. Se puede notar que cada uno plantea soluciones distintas que no van hacia el mismo camino. Por tal razón, se plantea descartar algunas alternativas y llegar a consensos después de conocer y entender bien las implicaciones que conlleva la enfermedad para la familia y quienes la padecen. Para este propósito se efectuó una fase didáctica (*utilizando como referencia las guías 9, 10, 11 y 12*) que se reforzó con la entrega de material bibliográfico sobre el tema, al finalizar la sesión.

Sesión 2

Objetivo a alcanzar:

- Identificar y normalizar sentimientos – reacciones.

La familia llega predispuesta a comentar algunas cosas que han discutido durante la semana, entre las más importantes está que han desconocido y han descubierto sobre la enfermedad. Seguidamente a esto, se abordan los conflictos puntuales que María presenta

como cuidadora principal de Rosa. En este punto resalta que su mamá depende mucho de ella y que le cuesta dejarla sola. También comenta que este tiempo se ha convertido en una persona impaciente e irritable. Antonio manifiesta que ese es uno de los conflictos con los demás, ya que por esto la familia ha perdido espacios para ellos y que cualquier comentario genera discusiones y peleas. Este momento se usa como recurso técnico la “representación”, en donde se cuestionan las transacciones disfuncionales espontáneas hasta que emerjan transacciones funcionales. La familia presenta cierta resistencia al inicio, pero van vencíéndolas en el transcurso de la sesión. Por último, se finaliza la sesión con algunas reflexiones personales de cada miembro sobre lo tratado en la sesión. Es necesario destacar que esta vez, Ximena, la más pasiva en las conversaciones es la que comienza el diálogo.

Sesión 3

Objetivos a alcanzar:

- Identificar y normalizar sentimientos – reacciones.
- Resolver conflictos intrapersonales - interpersonales

Se trabaja con la familia Pérez en alternativas o soluciones para resolver los problemas que existen actualmente. Se enseña a discriminar soluciones adecuadas y viables frente a equívocas al momento de tratar temas asociados con la enfermedad de Rosa. Cada uno empieza a discutir qué podría ser más beneficioso para todos. La alternativa más importante que se resalta es buscar cómo manejar las discusiones y emociones. Antonio plantea que cada uno proponga qué es lo que no se debe hacer cuando estamos disgustados: esto da la posibilidad que se sepa, entienda y maneje el malestar. Todos están de acuerdo que se implemente esta alternativa. Otro tema que surge es decidir cómo armonizar los cuidados de la abuela y las necesidades de la familia: se establecen acuerdos, horarios y actividades. María manifiesta: “gracias a todos por ayudarme... Yo también daré de mi parte”. Esto genera una reacción positiva de los demás miembros de la familia. El recurso técnico utilizado en el transcurso de esta sesión fue la resolución de conflictos.

Sesión 4

Objetivo a alcanzar:

- Mediar responsabilidades y obligaciones.

Todos vienen predispuestos a trabajar, a María se la nota más unida a su esposo, y sus hijos están alegres. Se sigue trabajado en el establecimiento de límites y responsabilidades, buscando que no se llegue a establecer una normativa demasiado rígida. Antonio y María motivan adecuadamente a sus hijos a opinar sobre en qué cosas están de acuerdo y en qué no. Ellos manifiestan que necesitan su espacio y que también tienen otras responsabilidades adicionales. Se logra negociar y llegar a un acuerdo óptimo, para este propósito se utilizó como técnica las “esculturas bipolares”, para que la familia pueda darse cuenta de su grado de responsabilidad; otra técnica empleada fue la “programación de acontecimientos agradables”, buscando nuevos espacios que mejoren la calidad de vida frente a la enfermedad, con esto se finalizó la sesión.

Sesión 5

Objetivo a alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Se comienza la sesión con un acontecimiento que ha pasado durante la semana, el mismo que ha ocasionado mucho malestar, Rosa se ha perdido durante cuatro horas. Se fomenta la expresión de las emociones de los miembros de la familia (catarsis) y se buscan soluciones ante esta situación, llegando a encontrar caminos correctos. También es la oportunidad para dar un seguimiento sobre los problemas discutidos anteriormente y cómo están funcionando las acciones de solución planteadas. Carmen comenta en primer lugar, después cada uno va sumando con sus experiencias. Un recurso técnico utilizado también fue la “caracterización familiar”, donde se puede apreciar que hay pocas áreas de divergencia entre los miembros, dando como indicador que el proceso está teniendo éxito. En esta sesión se trabaja también con “terapia racional emotiva”, para disminuir ciertos aspectos emocionales y divergencias que existen todavía en el entorno familiar, con esto se finaliza la sesión.

Sesión 6

Objetivo a alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

En esta sesión se hace una evaluación de las decisiones y cambios implementados durante la semana, y se busca que comenten qué cosas han alcanzado y están faltando todavía. María inicia el diálogo evaluando los cambios que ha emprendido como familia, además plantea soluciones posibles para el futuro de la enfermedad de su mamá. Antonio y sus hijos evalúan las dificultades y obstáculos que han vencido por el momento. Se utiliza como técnica “las representaciones eventuales” donde los asesorados asumen roles diferentes que les permiten ver el problema desde otra perspectiva. Seguidamente, se reflexiona con los miembros sobre los asuntos pendientes y nuevas situaciones que se presentarán en un futuro con la familia y la enfermedad. Se termina la sesión comentando que el proceso culminará la próxima sesión.

Sesión 7

Objetivo a alcanzar:

- Evaluar resultados obtenidos del proceso de asesoría.
- Finalizar el proceso de asesoría.

En esta última sesión se establece una evaluación de todo el proceso de asesoría realizado, para esto se recapitula de manera sintética los obstáculos, decisiones y cambios alcanzados. Posteriormente, se estableció el cierre de los aspectos relacionales del proceso con la familia, dejando la posibilidad de efectuar un seguimiento en el futuro.

8. CONCLUSIONES DEL CASO

La familia Pérez ha presentado, durante el transcurso de la Enfermedad de Alzheimer de Rosa, una alteración en su funcionamiento a nivel de su estructura familiar, donde no ha existido un apoyo adecuado en el cuidado del enfermo. Lo que ha ocasionado que María (rol de cuidador principal) presente una sobrecarga emocional y tenga una responsabilidad

alta (misma que ha incidido en las interacciones negativas dentro del sistema familiar). El proceso de asesoría realizado ha generado espacios para que María descargue su tensión emocional acumulada y para que los miembros de la familia identifiquen sus responsabilidades, favoreciendo así que cada uno asuma un rol de apoyo frente al otro y ante la enfermedad de Rosa. De acuerdo al conocimiento de la enfermedad y a las soluciones que fueron surgiendo en los participantes durante el proceso de asesoría, se fue desarrollando una mejor capacidad de afrontamiento y estabilidad emocional en María, lo que contribuyó notablemente a la armonía del entorno familiar vuelva otra vez. Las estrategias y técnicas empleadas contribuyeron a conseguir un efecto terapéutico deseado, que se pudo apreciar con el seguimiento de familia y posteriores avances.

4.2.2 CASO: “FAMILIA TOBAR”

1. CONTEXTO DEL CASO

La familia Tobar es derivada por un psiquiatra. La enfermedad de Alzheimer que presenta Roberto, de 71 años y 7 meses, se suscitó hace 3 años cuando empiezan a manifestarse problemas de memoria (olvidando el lugar donde deja las cosas), se remonta a hechos pasados y muy poco a sucesos presentes, tiene dificultades para expresarse con fluidez y un escaso vocabulario, y desconfianza hacia sus familiares. Estos síntomas iniciales se han incrementado notoriamente en la actualidad y han aparecido nuevos síntomas como: no reconocer algunos familiares, incapacidad para realizar cosas simples en la casa, repetición de frases, conversaciones a medias, irritabilidad cuando se lo contradice por sus equivocaciones. La familia se encuentra angustiada por la situación en la que viven, porque está afectando la salud de algunos de sus miembros y está ocasionando fricciones a nivel familiar, pues solo un hijo se hace cargo del cuidado de su padre, y los demás, no.

Roberto ha sido diagnosticado Enfermedad del Alzheimer, tipo senil, misma que se encuentra en una fase moderada.

2. CONSTELACIÓN FAMILIAR

La familia está compuesta por los dos padres César, de 55; y Elena, de 55 años; tienen 2 hijos Augusto, de 24 años; y Esteban, de 22 años. Por último, tenemos a los padres de César, que viven en la misma casa, Teresa (69 años) y Roberto (71 años) que padece de la enfermedad del Alzheimer. César es arquitecto y se dedica, en gran parte, al ejercicio de su profesión. Elena es profesora de colegio por la mañana, en la tarde se dedica a la atención de su hogar y ayudar a su suegra en el cuidado de Roberto. Augusto está estudiando una maestría fuera del país (en Ingeniería de Sistemas); en cambio, Andrés está en último año de Turismo.

En lo referente a Teresa y Roberto, viven y pasan todo el día en la casa de César desde que inició la enfermedad. Ellos tienen dos hijos más: María, de 53 años, quien está casada y reside en Quito; y Hugo (50 años) que formó una familia y vive en Cuenca.

3. ENTREVISTA

Se efectuaron dos entrevistas iniciales de evaluación, las cuales se desarrollaron bajo condiciones adecuadas y cooperativas por parte de los involucrados, se notaba cierta preocupación y agotamiento producto de la enfermedad de Roberto.

En el transcurso de la primera entrevista se puede apreciar que la familia está atravesando muchas dificultades a nivel de relaciones intra y extra familiar. Los conflictos de responsabilidad no son compartidos y asumidos de buena manera, los niveles emocionales están muy altos, Elena está presentando problemas de presión y cardiacos, se presentan discusiones de César con su madre y sus hermanos, por aspectos relacionados al cuidado y la enfermedad de su padre. Tanto Elena como su hijo manifiestan que hay decisiones que no dependen de ellos, sino de las personas más directas. Se puede apreciar que detrás del diagnóstico y evolución de la enfermedad la familia ha presentando ciertos cambios inadecuados y disfuncionales, que han ocasionado un malestar significativo.

La postura de César de cuidar de sus padres es presionada por la poca colaboración que recibe de sus hermanos. Al mismo tiempo sobre él cae el peso de las demandas de su propia

familia. Teresa expresa que es muy difícil la situación de ellos, que el único apoyo que han tenido es de parte de César y que ella también se encuentra muy cansada.

En la segunda entrevista de investigación, se inicia la evaluación del entorno familiar con la Escala de Beavers “Competencia Familiar”. Acude toda la familia excepto Roberto, por su enfermedad. Existe una buena predisposición dentro de la consigna planteada que es: “Discutan juntos qué es lo que les gustaría que cambiase en su familia”. Una de las personas que más interviene en esto es la esposa de César. Ella busca y motiva a los demás indirectamente para que participen. Teresa escucha atentamente y hace afirmaciones con su cabeza. Esta sesión permite comprobar que las demandas de los miembros de la familia van en encaminados en una dirección: hacer frente a la enfermedad y mejorar sus relaciones.

4. RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la Escala de Beavers “Competencia Familiar”, nos permite tener una mayor apreciación de cómo está el funcionamiento familiar frente a la enfermedad del Alzheimer, en las siguientes competencias:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- ***Poder manifiesto***: se presenta una tendencia dirigida a la dominancia y la sumisión, donde se presenta un grado moderado de negociación.
- ***Coalición Paterna***: existe una coalición paterna moderada (Elena apoya a su esposo en la mayoría de aspectos y discrepan en pocos.)
- ***Cercanía***: límites indefinidos donde hay una falta de intimidad e individualidad.

II. **MITOLOGÍA**: la familia tiene una concepción mayoritariamente congruente de lo que son y de sus acciones.

III. **NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO**: existe una pobre negociación sobre la situación problemática, donde las soluciones planteadas han sido ineficaces.

IV. AUTONOMÍA:

- g) **Claridad de expresión:** no existe una expresión directa de pensamientos y sentimientos, es algo vaga y oculta.
- h) **Responsabilidad:** los miembros de la familia reconocen y aceptan las responsabilidades personales de sus propias acciones pasadas, presentes y futuras, dentro y fuera de los límites de las relaciones familiares.
- i) **Permeabilidad:** la familia es moderadamente abierta y receptiva a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.

V. AFECTO FAMILIAR:

- **Gama de sentimientos:** prima una expresión directa de una amplia gama de sentimientos.
- **Humor y tono:** se caracteriza por la expresión del tono emocional cortés, sin una calidez ni un afecto llamativo, con poca hostilidad.
- **Conflictos irresolubles:** el conflicto es poco claro, con deterioro moderado del funcionamiento del grupo.
- **Empatía:** se intenta una implicación empática, pero no se consigue mantenerla.

VI. ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA:

Familias medias: valoración de 5 ó 6. Presentan dificultades para un funcionamiento tranquilo y eficaz, hay cierto grado de dolor emocional, existen límites razonablemente claros entre sus miembros y respetan límites generacionales, son difíciles las negociaciones. La afinidad y espontaneidad están a niveles mínimos. Se utiliza mucho el deberías, el tono de sentimientos suele ser ansioso al límite o deprimido.

5. DIAGNÓSTICO

Formulación del problema:

El análisis de la información recogida durante la fase de evaluación, nos permite precisar el impacto que ha ocasionado la enfermedad del Alzheimer en el entorno familiar. Ha repercutido en lo siguiente: la familia presenta una estructura con patrones de funcionamiento rígidos, debido a la respuesta de sacrificio y de exigencia por la enfermedad. La convivencia con el enfermo genera excesiva preocupación y tensión. Existe una rigidez de roles (hijo, esposa y la madre), la persona que ha asumido el rol de cuidador principal (Elena) se encuentra afectado en su salud. Existen fricciones entre la familia; la negociación de soluciones ha sido moderada, pero no eficaz a la hora de resolver los problemas. Amplia gama de manifestaciones emocionales.

6. PLANIFICACIÓN

Señalamiento de objetivos

Objetivo General: Brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento, para que puedan convivir y enfrentar la enfermedad del Alzheimer de una mejor manera.

Objetivos específicos:

- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.
- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones.
- Resolver conflictos intra - interpersonales.
- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Señalamiento técnica:

1. Catarsis, desinhibición emocional, aireación escrita.
2. Fase didáctica y biblioterapia.
3. Esculturas familiares y representación.
4. Autoinstrucciones básicas.
5. Resolución de problemas y representaciones eventuales.

6. Prueba de realidad, programación de acontecimientos agradables y terapia racional emotiva.

7. RESUMEN DE LAS SESIONES DE ASESORÍA

Primera sesión

Objetivos alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

Se estableció el encuadre de lo que será el proceso, se explicó detenidamente los resultados que se han obtenido en la fase de evaluación. Luego se propuso la planificación terapéutica que se llevará a cabo, tomando en cuenta sus observaciones, se determinó las condiciones que son necesarias por ambas partes para el cumplimiento de los objetivos trazados (horarios, honorarios, responsabilidad y predisposición al trabajo). La familia Tobar aceptó.

El primer tema de trabajo de esta sesión es saber el conocimiento que tenían sobre la evolución de la enfermedad y las implicaciones para la familia. César y Elena comentaron que la información que tenían era adquirida por las explicaciones médicas que recibieron. La información es muy general, no conocen hasta qué grado puede llegar el deterioro y lo que deberían enfrentar en las siguientes fases. Teresa afirma: “Es preferible no estar tan precondicionados, ya que el saber más podría ser más difícil para nosotros soportarlo...”. Este es un punto claro de referencia para trabajar sobre las creencias que tiene esta familia, y que influye notablemente en su problemática y calidad de vida. Se efectuó la “fase didáctica” (*referencia en las guías 9, 10, 11 y 12*), donde se dio nueva información y se corrigió las creencias erradas sobre la enfermedad. Tanto César como su madre se muestran sorprendidos hasta dónde puede llegar el cuadro del Alzheimer de Roberto; manifiestan que habían escuchado algo parecido, pero lo ignoraron. Elena comenta que es muy difícil para ellos, porque están muy cerca de la persona que quieren. En este momento cada miembro empieza a contar lo que habían estado pensado y han callado (se fomenta la catarsis).

Otro tópico que se trató es sobre las decisiones que se han tomado frente al padecimiento de Roberto, aquí se descubre que no ha habido una constancia en mantenerlas y otras han sido equívocas. Se manda un trabajo en casa utilizando la técnica de “aireación escrita”, con el propósito de que recuerden momentos difíciles y puedan entender mejor las decisiones que han tomado hasta el momento. Antes de culminar la sesión se entrega material informativo sobre la enfermedad del Alzheimer.

Sesión 2

Objetivo alcanzar:

- Normalizar sentimientos y reacciones

Llegan un poco preocupados por lo que han descubierto con el uso de la técnica mandada en la sesión anterior. Este aspecto se trata inmediatamente ya que permite descubrir el porqué de los conflictos. Se empieza con Elena que es la cuidadora principal, ella comenta que algunas veces se asume responsabilidades de otros y que no es fácil decirlo. Teresa comenta: “Es verdad lo que se dice, hay cariño pero pocas fuerzas...”. El desgaste es notorio en los miembros de la familia. Seguido a esto se aplica la técnica del “resumen intencional” que permite acercarse más a la familia, favoreciendo la empatía. (Además facilitó para poder efectuar una reestructuración sobre los planteamientos equívocos utilizados, que han generado en la familia una situación de crisis constante).

Otro aspecto tratado es el alto grado y gama de expresiones emocionales que presenta la familia, notorios en la sesión: ira, tristeza, enfado, nostalgia, etc. Para esto se empleó como técnica las “autoinstrucciones básicas”, que permitió a los miembros de la familia analizar y cambiar sus diálogos internos para hacer frente a los estresores que se susciten. Se evalúa los beneficios de la técnica con la familia, lo cual generó motivación. Con esto se finaliza esta sesión.

Sesión 3

Objetivo alcanzar:

- Resolver conflictos intra - interpersonales.

La familia Tobar viene con una buena predisposición y motivación para trabajar. El propósito de esta sesión es solucionar los problemas más difíciles e inmediatos, en los que se destaca: la convivencia con el enfermo y el poco involucramiento de los hermanos de César. En esta ocasión, Esteban, que ha sido el más pasivo en comunicaciones, plantea después de un análisis con la familia, que se debería buscar una enfermera que cuide a su abuelo; la familia ve viable esta opción. También se discute sobre el futuro de la enfermedad. Teresa con llanto expresa: *“He venido pensando en este último tiempo, después de los problemas que hemos tenido y de los que posiblemente vendrán, la posibilidad de enviar a Roberto a un centro de cuidado...”*. Los demás miembros reaccionan sorprendidos por esta alternativa. En este momento se trata de sostener a la familia y movilizarlos ante esta idea, César manifiesta que él también lo ha pensado y que lo harán juntos aunque sea difícil. Se analizan las ventajas y desventajas de esta idea.

Otro aspecto que se abordó es la responsabilidad e involucramiento de los otros hijos de Roberto. La alternativa viable fue que los gastos y obligaciones se repartan igualitariamente, dejando a cada uno su responsabilidad. La resolución de problemas fue el recurso técnico que primó en esta sesión. Para finalizar, se plantea una sesión complementaria de apoyo para Teresa.

Sesión complementaria:

Objetivo alcanzar:

- Brindar apoyo emocional
- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones

En esta sesión con Teresa se buscó que pueda expresar libremente su sentir y elabore la situación actual de su esposo Roberto. La técnica de la “silla vacía” contribuyó notablemente con este propósito. Antes de finalizar esta sesión se hizo una recapitulación sobre lo tratado y una reflexión sobre el futuro.

Sesión 4

Objetivo alcanzar:

- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

La pauta de esta sesión es seguir trabajando sobre los límites y responsabilidades que tienen como familia. La técnica de la “escultura familiar” cumple con este objetivo, donde la escultora es Elena que cumple el papel de cuidador principal, ella nos da una clara referencia de cómo ella conceptualiza la dinámica familiar y su expresión de emociones. La expresión de cada uno de los miembros ante esto es de asombro y de gran análisis. Luego se pidió que se ubique a la familia en una visión idealizada, la ubicación simbolizada era unión. La técnica facilitó notablemente el trabajo de límites y responsabilidades, cada uno asumió su rol y lo que era capaz o no de hacer. Por ejemplo César comentó: *“Yo me puedo encargar de los controles de papá y de sus medicinas, ya que la mayor parte del tiempo trabajo”*. Elena: *“Estaré pendiente por la tarde de supervisar lo que hace la enfermera y apoyaré a Roberto y Teresa”*. Teresa: *“Cuando no esté Elena, estaré pendiente de lo que pase”*. Esteban se compromete a ayudar a todos cuando pueda.

También se anima a la familia a buscar nuevos espacios fuera de la enfermedad, permitiendo así que no se sobrecarguen. Se hace énfasis con Elena que presenta problemas de presión y cardiacos. Para esto nos valemos de la técnica de “programación de acontecimientos agradables” donde conjuntamente con la familia, se elaboraron las actividades recreativas y, al mismo tiempo, se estableció un alto grado de compromiso para cumplirlo. Con esto se finaliza la sesión.

Sesión 5.

Objetivos alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Se da un seguimiento a las soluciones planteadas en las sesiones anteriores. Se pudo notar que los aspectos acordados se están implementando de manera satisfactoria en la familia. También se valora qué cosas están pendientes y qué pueden estar ocasionando dificultades todavía. César comenta que a veces se siente culpable de no poder hacer que su padre mejore y de que no sea el mismo, Teresa comparte estos sentimientos con su hijo. Para

tratar esta idea y otras asociadas con la enfermedad se emplea el uso de la técnica “prueba de realidad”, que permitió que los miembros de la familia se distancien de sus pensamientos o ideas inadecuadas e irracionales que les ocasiona malestar, por pensamientos más ajustados a la realidad. Se usó una técnica de la “terapia racional emotiva” para mejorar más los recursos personales de los miembros de la familia, con esto concluyó la sesión.

Sesión 6

- Analizar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

En esta penúltima sesión la familia nos comenta que Roberto ha presentado una crisis durante la semana, debido a que por las noches se levanta y se encuentra desorientado y grita con desesperación. Es importante destacar que esta sesión se encuentra presente Hugo, hermano de César. Se efectúa un trabajo basado en desinhibición emocional, donde se puede notar que existe un buen manejo de emociones y soluciones ante este hecho. Elena comenta que han decidido buscar un centro de cuidado para Roberto, considera que es lo mejor para él y su familia. Hugo se muestra muy predispuesto a contribuir en la decisión planteada por los demás. Se reflexiona sobre esta posibilidad y de los beneficios de la misma, se plantea qué cosas debe hacer la familia para que la transición de cambio sea la más adecuada para todos. También se les da algunas opciones de centros de atención con sus respectivas características, para que elijan la más conveniente. Este hecho dio la posibilidad de evaluar el poder de soluciones que la familia está haciendo frente a la enfermedad.

Sesión 7

Objetivo alcanzar:

- Evaluar resultados obtenidos del proceso de asesoría.
- Finalizar el proceso de asesoría.

En la presente sesión se da un seguimiento sobre la decisión tomada por la familia de dejar a su padre en un centro de cuidado. Comenta la familia que han ido algunos días con su padre y que él se siente a gusto con la opción del centro que han elegido. En esta sesión

final se hace una evaluación sobre lo realizado en el proceso de asesoría con la familia Tobar, además se establece el cierre de la asesoría donde se deja abierta la posibilidad de un seguimiento. La familia acepta regresar después de un mes. Con esto termina el proceso.

Seguimiento

Objetivo a alcanzar:

- Monitorear la toma de decisiones y la capacidad de afrontamiento.

La familia comenta que la transición de su padre ha sido difícil pero ha sido una buena decisión para la salud de todos. También comentan que han disminuido considerablemente los problemas en la casa y que ha mejorado la salud de Elena. Este es un indicador de que la asesoría ha presentado un efecto positivo en la familia.

8. CONCLUSIONES DEL CASO

La familia Tobar reaccionó frente al cuadro de Enfermedad de Alzheimer de Roberto con ciertos desajustes en su sistema familiar. Los patrones rígidos de funcionamiento de los roles de algunos de los miembros ocasionó cierto desgaste a nivel psicológico y físico, como sucedió en el caso de Elena con problemas cardíacos y de presión. Otro aspecto relevante que se destaca es la ineficaz solución de problemas que, a pesar de existir una apertura moderada y negociación, no se logró mejorar la calidad de vida en el entorno familiar. La acción terapéutica de la asesoría movilizó estas dificultades, haciendo que cada uno de los implicados llegue a expresar y a entender las reacciones del otro. Las soluciones surgieron en consenso, consolidaron cambios progresivos en el entorno familiar. Durante el transcurso del proceso se pudo evaluar el efecto de la asesoría, debido a que se presentaron acontecimientos que ponían en juego la capacidad de afrontamiento y de decisión. Fue necesario realizar una sesión complementaria individual con Teresa, por el preocupante estado emocional causado por la enfermedad. Además, se realizó un seguimiento con la familia debido a que en la sexta sesión deciden buscar un centro de cuidado geriátrico para Roberto, por tal razón, era necesario monitorear la eficacia de afrontamiento y de decisión frente a las implicaciones que tenía esta elección; se pudo apreciar que la familia había actuado satisfactoriamente.

4.2.3 CASO: “LA FAMILIA LOJA”

1. CONTEXTO DEL CASO

La familia Loja pide consulta directamente en el Centro Integral de Desarrollo Humano “Dhum”. El motivo de consulta es que su madre (Doris), de 67 años, 4 meses, ha empezado a tener ciertos comportamientos inadecuados como: vivir más de hechos pasados y olvidarse de sucesos recientes, comunicación verbal confusa y poco fluida, se desubica en lugares que eran conocidos por ella, inseguridad y enfado cuando pierde el control de las cosas. Esto ha ocasionado que el entorno familiar se encuentre alarmado por estos cambios y piensan que es algo grave o una enfermedad por la edad. Para esto se pide una valoración médica y psicológica para Doris, buscando confirmar o descartar el cuadro de Alzheimer.

Doris ha sido diagnosticada por el médico con Enfermedad del Alzheimer, tipo senil, misma que se encuentra en una fase inicial. En la valoración psicológica con Doris se destacan síntomas como: deterioro en la memoria para aprender nuevas cosas, alteración del lenguaje (afasia), dificultad leve para identificar objetos (agnosia), dificultades para resolver problemas simples; a nivel de su comportamiento hay características de baja autoestima, aislamiento y depresión.

2. CONSTELACIÓN FAMILIAR

La familia está conformada por Luisa, de 45 años (hija de Doris); Ximena, de 17 años quien es hija de Luisa; y, por último, tenemos a Doris de 65 años. Luisa es madre soltera, se dedica a la atención de una tienda de abarrotes en su casa. Ximena es hija única y se encuentra en último año de colegio, su padre la abandonó cuando era pequeña. Doris es viuda desde hace 6 años, su esposo falleció en un accidente. La familia recibe apoyo económico de Mauro, hermano de Luisa, él vive en Estados Unidos desde hace un par de años.

3. ENTREVISTA

Se realizaron dos entrevistas iniciales para conocer más a fondo la problemática de la familia ante la enfermedad. Las entrevistas se llevaron a cabo en un ambiente agradable y

adecuado para el diálogo. Tanto Luisa como Ximena se muestran muy colaboradoras, pero preocupadas por el diagnóstico. En el desarrollo de la primera entrevista Luisa comenta que ha escuchado algunas personas que el Alzheimer es una enfermedad muy dolorosa y fuerte para quien la padece y los que viven en ella, eso le genera mucho miedo e incertidumbre. La enfermedad ha ocasionado en Luisa problemas de estrés que han dificultando su calidad de vida, presentado algunos síntomas como: insomnio, disminución de peso y dolores fuertes de cabeza, que usualmente aparecen después de pasar algún aspecto difícil con su mamá. El cuidado de Doris es compartido con su única hija, quien manifiesta que su madre cuenta con ella siempre. Se puede apreciar que existe mucha unión y un fuerte vínculo entre ellas. Desde que apareció la enfermedad han tratado de ser pacientes y tolerantes con Doris, aunque ella no responda favorablemente como desearían.

Luisa comenta que desde que su padre murió, tanto su hija como su mamá, han sido incondicionales e inseparables; le duele mucho aceptar y ver que está envejeciendo así (hay desconsuelo y llanto). Ximena comenta que en los últimos días, tras el diagnóstico, se sienten impotentes y no saben cómo deben actuar con su abuela cuando presenta sus crisis y cambios, también dice que su hermano está muy pendiente de todo y que llama todos los días.

En la segunda sesión de investigación, se inicia la evaluación a través de la Escala de Beavers “Competencia familiar”, en la que existe una excelente predisposición por parte de Luisa y Ximena hacia la consigna que es: “discutan juntos que es lo que les gustaría que cambiase en su familia”. Ambas tienen un alto grado de participación. En esta sesión se comprueba que existe buena comunicación entre ellas, pero que hay mucho grado de exigencia en mantener las cosas bien a costa de sí mismas; también se aprecia que se ha postergado y sacrificado aspectos vitales importantes.

4. RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la Escala de Beavers “Competencia Familiar”, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el funcionamiento de la familia ante la enfermedad en las siguientes competencias:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- ***Poder manifiesto***: es igualitario. El liderazgo es compartido, hay flexibilidad y adaptabilidad adecuada.
- ***Coalición Paterna***: se puede notar que existe una coalición fuerte entre madre e hija.
- ***Cercanía***: existen límites, cercanía definida, donde hay una expresión espontánea de sentimientos y respeto a la individualidad.

II. MITOLOGÍA: La familia tiene una adecuada percepción de cómo son en la realidad, son congruentes.

III. NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO: Se presenta una buena negociación ante los problemas, donde hay participación de los miembros.

IV. AUTONOMÍA:

- ***Claridad de expresión***: expresión directa de pensamientos y sentimientos, es clara.
- ***Responsabilidad***: los miembros de la familia reconocen y aceptan responsabilidades personales de sus acciones pasadas, presentes y futuras, tanto dentro como fuera de los límites de las relaciones familiares.
- ***Permeabilidad***: Son moderadamente abiertos y receptivos a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.

V. AFECTO FAMILIAR:

- ***Gama de sentimientos***: expresión directa de muchos sentimientos, a pesar de alguna dificultad.
- ***Humor y tono***: Se caracteriza por una expresión normalmente cálida, afectuosa, aunque poco optimista.
- ***Conflictos irresolubles***: Hay un conflicto claro, con un ligero deterioro del funcionamiento de grupo.

- **Empatía:** respuestas empáticas consistentes y adecuadas a los sentimientos individuales.

VI. ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA:

Familias adecuadas: valoración de 3 ó 4. Es una familia sana y competente; donde se alienta y respeta la individualidad, hay expresión y responsabilidad, presentan una negociación eficaz, la coalición paterna no existe, existe estereotipo de roles (la familia tiene un portavoz o mediador de conflictos).

5. DIAGNÓSTICO

Formulación del problema

De un análisis de la información recogida durante la fase de evaluación, nos permite confirmar que la enfermedad de Alzheimer ha generado ciertas situaciones desadaptativas que afectan a los miembros de la estructura familiar como: preocupación y sobreprotección al familiar enfermo, sobrecarga de los cuidadores (Luisa y Ximena), poca flexibilidad ante la enfermedad, excesiva preocupación, estrés por uno de sus miembros, postergaciones de proyectos de vida y distanciamiento social moderado.

6. PLANIFICACIÓN

Señalamiento de objetivos

Objetivo General: Brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento, para que puedan convivir y enfrentar la enfermedad del Alzheimer de una mejor manera.

Objetivos específicos:

- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.
- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones
- Resolver conflictos intra - interpersonales.

- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Señalamiento técnico:

1. Catarsis, aireación escrita y resumen intencional.
2. Fase didáctica.
3. Proyección temporal.
4. Autoinstrucciones básicas.
5. Resolución de problemas.
6. Prueba de realidad, programación de acontecimientos agradables y terapia racional emotiva.

7. RESUMEN DEL PROCESO DE ASESORÍA

Sesión 1

Objetivos alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

En la primera sesión con la familia Loja, se comentó sobre las apreciaciones diagnósticas de la familia por la enfermedad. También se presentó la planificación de asesoría con sus respectivos objetivos, los mismos que fueron aceptados en consenso. Luego se estableció ciertas condiciones que se necesitarán para el desarrollado del proceso de asesoría como: los horarios, honorarios y sobre todo el compromiso mutuo de las partes implicadas para alcanzar la meta trazada.

Durante la primera sesión se buscó determinar qué tipo de información conoce y maneja la familia sobre la enfermedad. Se pudo apreciar la existencia de desinformación y desconocimiento. Para evitar esto se utilizó la “fase didáctica” (referencias guía 9, 10, 11 y 12), la cual generó un alto grado de interés y cuestionamientos sobre la enfermedad. Luisa refiere: “Necesito conocer muy a fondo cómo puedo ayudar a mí madre de una manera

adecuada y que no nos afecte”. Se busca que tanto Luisa como Ximena, manejen información veraz y no excesiva, haciéndoles ver que el abuso de información puede ocasionar malestar si están muy pendientes de eso. Ximena manifiesta: “he buscado mucha información en el internet y, es verdad, estoy medio obsesionada con eso y sí me afecta”. Aquí se llega a un acuerdo de manejar sólo la información del médico tratante y la brindada en la asesoría.

También se utiliza como recurso técnico “proyección temporal”, debido a que existe un nivel alto de tensión en Luisa y Ximena, que hace que en ocasiones reaccionen de manera descontrolada. Este fue un recurso adecuado para manejar y prevenir sentimientos y reacciones inadecuadas que puedan presentarse a futuro. Con este aspecto se finalizó la sesión.

Sesión 2

Objetivo alcanzar:

- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones

Tanto a Luisa como a Ximena se las nota agotadas por el cuidado que demanda Doris, se da un espacio para que comenten lo ocurrido durante el transcurso de la semana. Refieren que la variabilidad de los síntomas hace que se sientan desconsoladas y que creen que no pueden manejar el problema, aunque esté en su fase inicial. Estos hechos dan la oportunidad de abordar los conflictos que se están suscitando como cuidadoras de Doris tanto a nivel personal y familiar. Se fomenta la catarsis por medio de la “aireación escrita”; se descubren los detalles de los conflictos de cuidado y responsabilidad, que son extremadamente exigentes e inadecuados. Antes de finalizar la sesión, se establece un “resumen intencional con el propósito de reforzar el vínculo empático y buscar reestructurar ciertos elementos irracionales frente al problema; así culmina la sesión segunda de asesoría.

Sesión 3

Objetivo alcanzar:

- Resolver conflictos intra - interpersonales.

El propósito de esta sesión fue de trabajar en la solución de problemas inmediatos que generarían dolor a la familia. Un hecho que surgió fue el grado de sobrecarga emocional de Luisa y Ximena; se buscaron soluciones como retomar actividades recreativas que han dejado de realizar, dedicar tiempo a sus necesidades afectivas y no postergar excesivamente sus responsabilidades personales. Para poder cumplir esto se decidieron a contratar una empleada doméstica.

Se analizaron los problemas que se presentarán en el transcurso de la evolución de la enfermedad. Fue evidente que la familia descartó la posibilidad de dejar en un centro de cuidado a Doris. Ximena refiere: *“el dejar a mi abuela allí es muy duro, nos sentiríamos culpables y tristes por no haber estado como ella lo hizo con nosotros en los tiempos difíciles”*. Luisa comenta: *“mamá me ha pedido que si las cosas llegan a ser tan graves, no le gustaría que sufriéramos y que tengamos una imagen diferente de ella... (Llanto)”*. En ese momento se usó como recurso técnico el “focusing” y la “prueba de realidad”, para que puedan precisar su sentir y el malestar que ocasionan sus pensamientos. Se obtiene muy buenos resultados, y se finaliza la sesión.

Sesión 4

Objetivo alcanzar:

- Mediar responsabilidades y obligaciones.

La familia se presentó más relajada, debido a que han contratado una persona para que les ayude en casa. En esta sesión se trabajó en temas relacionados con los límites y responsabilidades, buscando incluir a la nueva persona que está trabajando en la casa; se trató el tema económico que implica los gastos de medicina de Doris, llegando a soluciones compartidas en la que se incluyó a Mauro. Un aspecto difícil para Luisa fue el de tratar en la mantención de cercanía con su madre (vínculos afectivos muy cercano y sobreprotectores). Para este propósito se usó técnicas de la “terapia racional emotiva”, misma que flexibilizó sus ideas y emociones. Sin duda, esto fue un gran avance en el cambio, y así finalizó la sesión.

Sesión 5

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Se estableció un seguimiento sobre las soluciones implementadas hasta el momento y los problemas presentes. Ximena comentó que quisieran conocer un centro de cuidado para que algún momento, en el futuro, su abuela pueda ir; Luisa dice que han pensado y discutido mucho sobre esta idea y que, aunque es difícil, es real lo que pasa. Con esto se puede notar que la apreciación de la enfermedad es más adecuada con la realidad y se recomienda visitar un centro de cuidado geriátrico.

También se indagó cómo estaba el manejo emocional con Doris a nivel de relaciones. Se pudo apreciar que se logró alcanzar límites sanos. Luisa comenta: *“el estar menos encima de ella, me hace más tolerante y me afecta menos... y sé que eso no es porque no la quiero, sino lo contrario, hay que estar bien por mí, por mi hija y mi madre”*. Las metas propuestas se estaban cumpliendo, era necesario seguir afianzando los recursos de afrontamiento, para esto se utilizó la técnica de “representaciones eventuales”, que permitió ver la realidad desde otra óptica, al momento de asumir un rol diferente. Con esto concluyó la sesión.

Sesión 6

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Tanto a Luisa como a su hija se las notó más tranquilas. En esta sesión se evaluaron y se corrigieron detalles pequeños de decisiones tomadas y también se trabajó sobre los fenómenos de la relación de la asesoría, debido a que el proceso estaba por terminar. Se pidió para la próxima sesión que la familia elabore una “carta” sobre lo que ellos han conseguido durante el proceso. Con esto concluyó la sexta sesión.

Sesión 7

Objetivo alcanzar:

- Evaluar resultados obtenidos del proceso de asesoría.
- Finalizar el proceso de asesoría.

En esta última sesión, se estableció la evaluación de los objetivos alcanzados por el proceso de asesoría psicológica. También se comenta la tarea intersesión planteada. “La carta” manifiesta la perspectiva actual del problema y los cambios conseguidos por parte de Luisa y Ximena. Se sacaron conjuntamente conclusiones valiosas y así se estableció el cierre de la asesoría, donde se recomendó seguimiento en un futuro cercano.

8. CONCLUSIONES DEL CASO:

El caso de la Familia “Loja”, se pudo destacar que las principales dificultades que presentaba el sistema familiar eran por causa de la Enfermedad de Doris, por los comportamientos inadecuados propios de su cuadro clínico (difíciles de aceptar por parte de sus familiares). Además existía un estrecho vínculo afectivo y el desconocimiento de la enfermedad. El proceso de asesoría buscó dar a conocer y orientar sobre la enfermedad de Alzheimer; también generó espacios para expresar sentimientos y percepciones sobre la realidad que se estaba atravesando, con estos aspectos señalados se buscó movilizar cambios en la familia (responsabilidades y decisiones adecuadas). El planteamiento de objetivos y la selección de técnicas del proceso facilitaron la mejora de la calidad de vida de cada una de las personas implicadas.

4.2.4 CASO: “LA FAMILIA ARÉVALO”

1. CONTEXTO DEL CASO

La familia Arévalo es derivada por el médico tratante de Luis, de 71 años y 6 meses, quien hace 3 años le fue diagnosticado de la enfermedad de Alzheimer, esto ha ocasionado fuertes conflictos en el entorno familiar. Los síntomas que presenta Luis son los siguientes: problemas serios a nivel de la memoria reciente y afectación leve a nivel de la memoria

remota, el paciente se desorienta en espacio y tiempo, ha empezado a perderse dentro de su propia casa, presenta dificultades para expresarse por medio de palabras, deterioro moderado de la comprensión, dificultades en la marcha y en el control de sus gestos, tiene un ánimo deprimido y prefiere estar sólo, irritabilidad en ocasiones. Estos síntomas han generado un nivel emocional alterado del entorno familiar y de sobrecarga excesiva para el cuidador principal.

El diagnóstico establecido por el médico tratante es Alzheimer de tipo senil, la misma que se encuentra en una fase severa inicial hace unos cuatro meses.

2. CONSTELACIÓN FAMILIAR

La familia está conformada por dos padres: Bolívar, de 59 años; y Gabriela, de 60 años. Ellos tienen 2 hijos: José, de 25 años; y Juana de 22 años. Por último, tenemos a Luis, de 71 años de edad, que es viudo y vive en la casa de su hija Gabriela. Bolívar es comerciante y tiene su propio negocio con representaciones en todo el país. Gabriela es diseñadora de interiores y pasa gran tiempo en la casa cuidando a su padre, Luis. José es abogado y reside en otra provincia. Juana está cursando el último año de diseño. Luis tiene dos hijos más que están casados y viven en Quito: Felipe y Raúl.

3. ENTREVISTA

Se realizaron dos entrevistas iniciales de evaluación con la familia, para conocer y determinar el grado de impacto que ha generado la enfermedad. Las mismas que se desarrollaron en un ambiente agradable; cada uno de los miembros de la familia expresan un alto nivel emocional. Durante esta primera entrevista, se trata de escuchar a cada uno de los miembros sus consideraciones de lo que está pasando actualmente en la familia, aquí Gabriela expresa: *“Es un caos vivir así, no existe colaboración de nadie y como soy la hija ellos me dejan toda la responsabilidad...”* Bolívar comenta que el trabajo le demanda muchas horas de dedicación y a pesar que quisiera no puede ayudarlo. Su hija Juana que vive con ellos manifiesta: *“Estoy en último año y es difícil para mí... Además el abuelo no entiende lo que se le dice, peleamos mucho por el cuidado de él”*. Se puede notar muy claramente que existe una falta de compromiso y voluntad con Gabriela. Las

comunicaciones se centran en beneficio de sus individualidades y, en algunos momentos, existe una coalición de Bolívar con Juana.

Gabriela expresa que se siente agotada que en el último mes ha bajado mucho de peso a pesar de comer adecuadamente, se levanta exaltada por las noches, durante el día se encuentra cansada y esto está influyendo en su rendimiento de trabajo. Una apreciación diagnóstica de Gabriela es que presenta un cuadro de ansiedad, la misma que es confirmada luego en una evaluación psicológica individual.

En la segunda entrevista de evaluación, se realizó la aplicación de la Escala de Beavers “Competencia Familiar”. Para esta sesión acuden todos los integrantes de la Familia Arévalo donde se da la consigna de “discutan juntos, qué es lo que les gustaría que cambiase en su familia”. Se expresa mucha necesidad de cambio y responsabilidad, donde Gabriela es la que mantiene una gran participación, en cambio, Bolívar, hace el papel de mediador entre madre e hija. La actitud de Juana es defensiva y rígida al cambio.

4. RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la Escala de Beavers “Competencia Familiar, nos permiten tener una mayor apreciación sobre el funcionamiento familiar ante la enfermedad en los siguientes aspectos:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- ***Poder manifiesto***: existe una dominancia marcada donde el control es casi absoluto, no hay negociación, la dominancia y sumisión son la norma. También se muestra poca capacidad de adaptación.
- ***Coalición Paterna***: se puede notar que existe una coalición fuerte del padre y la hija.
- ***Cercanía***: hay límites indefinidos donde existe aislamiento, falta de intimidad y colaboración por parte de los miembros de la familia.

II. MITOLOGÍA: La familia tiene una falta de concordancia entre lo que piensa y siente, muy incongruentes.

III. **NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO:** negociación pobre ante los problemas, poca participación de los miembros.

IV. **AUTONOMÍA:**

Claridad de expresión: expresión de pensamientos y sentimientos es inadecuada, siendo algo vaga y oculta.

Responsabilidad: los miembros de la familia a veces reconocen la responsabilidad de sus acciones individuales, pero también se culpan a otros hablando en tercera persona o en plural.

Permeabilidad: son frecuentemente, no receptivos a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.

V. **AFEECTO FAMILIAR:**

Gama de sentimientos: expresión directa de una amplia gama de sentimientos sin tomar en cuenta el sentir del otro.

Humor y tono: Se caracteriza por una expresión abiertamente hostil.

Conflictos irresolubles: Hay un conflicto grave, con un deterioro considerable del funcionamiento de grupo.

Empatía: existe una ausencia de sensibilidad empática de la familia.

VI. **ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA:**

Familias limítrofes: valoración de 7 u 8. Suele existir lucha de poder de forma esporádica, las coaliciones paternas son vagas y oscilan en luchas de dominio/sumisión, las relaciones interpersonales son cambiantes continuamente, los miembros de familia son incapaces de atender las necesidades emocionales de los demás (ni las suyas propias). Es una familia centrífuga donde las luchas de control y las batallas son abiertas y tienden a manifestarse.

5. **DIAGNÓSTICO**

Formulación del problema:

Un análisis comprensivo de la información recogida durante las fases de evaluación, nos permite confirmar que la enfermedad de Alzheimer ha generado en su paso una serie de secuelas que han afectado a la estructura y al funcionamiento del sistema familiar como: falta de límites y responsabilidad, alta expresión de emociones sin control empático, ambivalencia emocional, sobrecarga emocional en el cuidador principal, escasa negociación de los problemas y falta de control de la enfermedad.

6. PLANIFICACIÓN

Señalamiento de objetivos

Objetivo General: Brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento, para que puedan convivir y enfrentar la enfermedad del Alzheimer de una mejor manera.

Objetivos específicos:

- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.
- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones.
- Resolver conflictos intra - interpersonales.
- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Señalamiento técnico:

1. Desinhibición, aireación escrita y resumen intencional.
2. Fase didáctica.
3. Proyección temporal.
4. Caracterización familiar y escultura familiar.
5. Resolución de problemas y focusing.
6. Programación de acontecimientos agradables y técnicas de la terapia racional emotiva.

7. RESUMEN DE LAS SESIONES DE ASESORÍA

Sesión 1

Objetivos alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

Se inició el proceso de asesoría comentando los resultados obtenidos en la fase de investigación diagnóstica. Posteriormente se plantearon los objetivos a lograrse con el proceso, se aclaran inquietudes y se llega a establecer un acuerdo mutuo para la consecución de los mismos. Con estos aspectos iniciales, se estableció el encuadre bajo condiciones adecuadas e indispensables, para el desarrollo del proceso de asesoría.

El primer punto dentro de la sesión, fue descubrir cuál era el sentir que tenía cada miembro respecto de la enfermedad que padece Luis, porque esto sería crucial para lograr un buen grado de implicación. Bolívar refiere: *“Mi suegro fue siempre un buen tipo y es una pena verlo así, yo he tratado de brindar mi ayuda en lo económico, sé que eso a veces no es suficiente para Gabriela...”*. Gabriela señala que valora el esfuerzo de su esposo, pero que él no está la mayor parte del día para saber cómo ella se siente. Se generó una confrontación entre los dos, y era necesario intervenir para que puedan escucharse sin agredirse. Juana omitió un comentario a favor de su padre: *“siempre es así, él dice algo y enseguida mamá salta...”*; esta intervención manifiesta el grado de coalición que tiene con su padre. Luego de esto, se sigue en saber lo que se siente y piensan, produciéndose así una desinhibición emocional que es conducida con mucha precaución.

En esta sesión también se dio una fase didáctica, con el propósito de dar a conocer y entender los cambios que se han venido dando en la familia (se podría deber al mal manejo de la enfermedad de Luis), para esto se toma como referencia las guías 9, 10, 11 y 12. También se da información adicional por medio de libros. Antes de finalizar, se pide a la familia que efectúe una tarea intersesión en casa, la misma que está basada en la técnica de *“aireación escrita”*, que favorecerá a descubrir otros sentimientos enmascarados por los miembros.

Sesión 2

Objetivo alcanzar:

- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones.

La familia comenta que en el transcurso de la semana ha bajado el nivel de tensión y que, en su lugar, ha aumentando un grado de reflexión individual de sus miembros. Se expresa que al momento de aplicar la “aireación escrita”, se descubrió que hay una resistencia inicial. Los padres observan a Juana logrando que ella inicie el diálogo: “Me sentí mal porque recordé algunos momentos anteriores con mi abuelo y lo cambiados que estamos ahora...”. Gabriela abraza a su hija en forma de consuelo y expresa que es verdad lo que dice. Bolívar reconoce que hay cambios en su familia, comentando que antes eran más unidos y que se han distanciado. Esto da la posibilidad de ir encontrando los cambios y conflictos producidos por la enfermedad, pero también se hizo importante dar el espacio adecuado para que Gabriela, que es la cuidadora principal, comente su malestar. Donde la familia la apoyó.

Se aplicó la técnica de la “Escultura familiar”, donde Gabriela es el escultor de la familia; se pudo notar la distancia física que ella mantiene con Bolívar y Juana; también da la posibilidad que ellos descubran cómo es su familia y qué es lo que siente el otro desde su lugar. Se recomendó trabajar individualmente con Gabriela, ella acepta la propuesta. Con este punto se culmina la sesión.

Sesión Individual Complementaria

Objetivos alcanzar:

- Brindar apoyo emocional.
- Normalizar sentimientos y reacciones.

Gabriela pudo expresar libremente su sentir y pensar de lo que pasaba en casa a causa de la enfermedad de su padre. Se fomentó técnicamente elementos de catarsis y desinhibición emocional que favorecieron en la descarga de tensión acumulada, que estaba ocasionando una alta ansiedad en ella. Durante esta sesión ella puede identificar algunos sentimientos

que han ocasionado ciertas reacciones negativas para ella y su entorno familiar; así finaliza esta sesión complementaria.

Sesión 3

Objetivo alcanzar:

- Resolver conflictos intra - interpersonales.

El primer tema que se trató fue el de evaluar la toma de decisiones de la familia Arévalo en cuanto a aspectos que relacionados con la enfermedad. Uno de los problemas a solucionar era el rol de cuidador y la colaboración de su entorno, la apertura sobre este tema es fue favorable por parte de los implicados, donde se orientó sobre las diferentes alternativas de solución que proponen y, se dice que el estado de la enfermedad del padre sobrepasa la capacidad de manejo que ellos puedan tener. Se decide buscar un centro de cuidado inmediatamente. Gabriela señala: “es la decisión más difícil de mi vida, yo ya la veía venir debido a que su cuadro es complejo para poder sobrellevarlo... He comentado con mis hermanos, me dijeron que era lo más adecuado, ya ellos también pasaron una temporada con papá... (Hay desconsuelo y llanto)”. Bolívar y su hija abrazan a Gabriela en señal de su apoyo.

La técnica “proyección temporal” permitió efectuar un análisis reflexivo de lo que implicaba la decisión para la familia a largo plazo. Así finaliza la tercera sesión.

Sesión 4

Objetivo alcanzar

- Resolver conflictos intra - interpersonales.
- Mediar responsabilidades y obligaciones.

Comenzamos con el seguimiento de las decisiones más importantes tratadas en la sesión anterior. La familia comentó que ha determinado el centro geriátrico para Luis, se trabajó en aspectos de la fase de transición que va a experimentar la familia. Para esto se establecieron límites y responsabilidades con cada uno de los miembros, buscando llegar a un consenso mutuo donde nadie se sienta sobre-exigido. Bolívar decide acompañar a su

esposa a las visitas del médico tratante y, una vez por semana, visitar a Luis. Juana acompañará por las tardes a su madre a las visitas con su abuelo por un mes. Gabriela se comprometió a buscar nuevos espacios para ella y su familia. Para este propósito se utilizó la técnica “programación de acontecimientos agradables”.

Otro recurso técnico implementado durante la sesión fue “terapia racional emotiva”, la que favoreció a descartar ideas irracionales presentes y algunas que puedan manifestarse en un futuro sobre aspectos de la enfermedad de Luis. Gabriela es la que más participa con esto.

Sesión 5

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

El propósito de esta sesión es brindar recursos para el manejo de emociones de la familia, los mismos que han disminuido notablemente desde el inicio de la asesoría, pero aún hay ciertos aspectos que son necesarios para afianzar lo alcanzado por cada uno de los miembros de la familia Arévalo. La técnica de “focusing” permitió que los integrantes se den cuenta que hay ciertas expresiones emotivas que tienen una alta connotación tanto para el que lo expresa, como para el que lo recibe y estos fueron sus comentarios. Juana: “Cuando yo digo algo, a veces me doy cuenta que metí la pata, pero no hago nada”. Gabriela: “yo me he acostumbrado a recibir y no decir nada”. En cambio, Bolívar señaló: “Yo digo mucho tratando de hacer lo mejor, pero siento que no funciona”. Se va regulando y normalizando estos aspectos conjuntamente con la familia.

Otro aspecto tratado es ver cuál es la percepción actual que tiene la familia sobre sí misma; la técnica de “caracterización familiar” logró este objetivo, haciendo que la familia note sus áreas de divergencia y convergencia. Con esto se concluyó la sesión.

Sesión 6

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

La familia vino muy predispuesta a trabajar. Se trataron los obstáculos y cambios que se han alcanzado durante la asesoría, dando espacio para las respectivas correcciones. Se puede apreciar que las decisiones implementadas van por buen camino, y han hecho que la familia disminuya sus conflictos. Gabriela ha mejorado notablemente su cuadro ansioso, cabe señalar que se efectuó con ella un trabajo individual durante 3 sesiones, buscando mejorar sus recursos de afrontamiento individual y sus asuntos no resueltos.

Bolívar y Juana tuvieron cambios significativos en la relación con Gabriela; el grado de coalición es menor, hay más empatía, límites y responsabilidades que contribuyen en un mejor funcionamiento de la familia.

Se comenta cómo está la familia en relación a la enfermedad de Luis y su permanencia en el centro. Gabriela comenta: “es difícil cuando le visito, me da mucha pena, pero sé que es una decisión adecuada para él y mi familia... Me deja tranquila saber que lo cuidan con mucho cariño... Mi esposo ha vuelto a ser mi compañero para todo...”. Así terminó esta sesión.

Sesión 7

Objetivos alcanzar:

- Evaluar resultados obtenidos del proceso de asesoría.
- Finalizar el proceso de asesoría.

En esta última sesión, se evaluaron de los objetivos alcanzados por el proceso de asesoría psicológica, se sacó conjuntamente conclusiones valiosas. Y se finaliza con el cierre de la asesoría; se manejaron los aspectos del vínculo de la relación que se ha dado entre asesor y asesorados, dejando la puerta abierta para un seguimiento en el futuro.

8. CONCLUSIONES DEL CASO:

En el caso expuesto de la Familia “Arévalo” se puede destacar las consecuencias psicológicas que genera la enfermedad de Alzheimer en su fase severa inicial. La cuidadora principal que es la más afectada (Gabriela), ha presentando una sobrecarga tensional que le lleva a desarrollar ciertos síntomas ansiosos. Además, la realidad del entorno familiar no es la más óptima frente a esta situación debido a: poca participación en las responsabilidades

de cuidado, un nivel emocional alto, una falta de sensibilidad empática y ciertas coaliciones negativas que impiden cambios adaptativos (padre e hija). El proceso de asesoría buscó mejorar la calidad de vida del cuidador principal y de su entorno familiar, para lograr este propósito se utilizan estrategias que permitan expresar emociones, orientar sobre la enfermedad, mejorar resolución de conflictos intra – interpersonales y desarrollar en ellos una mejor capacidad de afrontamiento compartida ante la enfermedad. Fue necesario en este caso trabajar 3 sesiones complementarias con la cuidadora principal (Gabriela) debido al fuerte impacto que ocasiona la enfermedad y la responsabilidad que asumió ante esta; el trabajo individual permitió que ella pudiera descargar emociones negativas y reorientarlas hacia acción positivas de cambio, este trabajo individual favoreció enormemente a la consecución de resultados a nivel familiar en la asesoría psicológica planteada.

4.2.5 CASO: “LA FAMILIA SÁNCHEZ”

1. CONTEXTO DEL CASO

La familia Sánchez es derivada por un neurólogo para interconsulta, debido a que la enfermedad de Alzheimer de uno de sus miembros ha ocasionado un malestar psicológico significativo en el entorno familiar. Sandra, de 68 años 7 meses, ha sido diagnosticada de Alzheimer de tipo senil hace 3 años, el tratamiento médico ha ayudado a la paciente a que se mantenga en una fase inicial. Los síntomas más representativos que presenta son los siguientes: dificultades para recordar sucesos recientes, desorientación leve en tiempo y espacio, dificultades en la expresión fluida de frases, confusión de ideas, dificultades para realizar actividades cotidianas como cocinar, descuido leve de su higiene personal, a nivel de su comportamiento se destaca desconfianza, inseguridad y cambios de humor.

La enfermedad ha generado en la familia conflictos de relación entre sus integrantes, como peleas, desacuerdo entre hijos y su padre por el cuidado, tensión emocional.

2. CONSTELACIÓN FAMILIAR

La familia está conformada por los dos padres Sandra, de 68 años; y Manuel, de 70 años; tienen tres hijos, 2 varones, Carlos de 44 años; y Jaime, 40 años; y una hija, Jéssica, de 30 años. Sandra padece de Alzheimer, antes se hacía cargo del cuidado y los quehaceres de su casa. Manuel es ingeniero de profesión, actualmente se encuentra jubilado y tiene dificultades a nivel físico por la edad. Carlos es abogado y vive en el apartamento contiguo cerca de sus padres con su familia. Jaime es agricultor, se encuentra casado y vive en Paute, aunque en ciertas ocasiones por el trabajo se hospeda en casa de sus padres. Jessica es Economista, se divorció hace 2 años y vive nuevamente con sus padres.

3. ENTREVISTA

Se desarrollaron dos entrevistas iniciales con toda la familia para conocer y determinar los aspectos centrales de la problemática que ha generado la enfermedad. El desarrollo de la entrevista se efectuó en un ambiente distendido donde primó mucho el diálogo por parte de los integrantes. Es necesario destacar que Sandra es la única persona que no asistió debido a su enfermedad. En el transcurso de la primera entrevista, se puede notar un claro desacuerdo de sus hijos por el cuidado de su madre, que está a cargo de Manuel y su hija menor Jéssica. Manifestaron que ellos no la cuidan bien, no le dan afecto, ni le ayudan con el cuidado de la casa y que, últimamente, se han descuidado de sus controles médicos. Jéssica manifiesta su desacuerdo ante las opiniones de sus hermanos diciendo: “ustedes sólo mandan y no se dan cuenta de los esfuerzos que uno hace, para mí es agotador ya que cuido de dos personas mayores que exigen mucho cuidado... No sólo lo hago porque vivo en la casa, sino por mi afecto y gratitud a ellos...”. La cuidadora principal es Jessica; se puede notar que Manuel se siente incómodo por las expresiones de sus hijos.

Jaime manifestó que ellos le dan el respaldo económico suficiente para que sus padres vivan bien, pero no saben qué es lo que pasa. Carlos estaba de acuerdo con su hermano, y se encontraba con un alto nivel emocional. La familia presentaba grandes problemas en su comunicación y funcionamiento. Además se pudo ver ciertas actitudes machistas por parte de Carlos y Jaime, diciendo que ellos lo harían mejor; sin embargo, ninguno de los dos

estaba dispuesto a asumir el cuidado porque tenían otros compromisos: en el caso de Carlos, por su familia; y de Jaime, porque vive en Paute.

En la segunda entrevista de investigación, se efectuó la evaluación por medio de la Escala de Beavers “Competencia Familiar”. Para esta sesión acuden todos los hijos y Manuel. Se establecieron las condiciones necesarias para explicar la consigna con la que se pretende trabajar: “Discutan juntos qué es lo que les gustaría que cambiase en su familia”. Se pudo notar que al comienzo no encontraron con facilidad qué decir, poco a poco se fueron abriendo y expresaron que necesitan ver bien a su padre y madre, y no como están ahora. En este aspecto coincidieron todos los hijos. Manuel comenta: “mis hijos son buenos, sino que no entienden que sus padres ya no son los mismos de antes (llanto). Jéssica manifiesta que le gustaría que su familia fuera como antes: más unida y que existiera una buena comunicación. Jaime y Carlos coinciden en eso. Esta segunda entrevista duró una hora y cuarto.

4. RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la escala de Beavers “competencia familiar” nos permiten tener una mayor apreciación sobre el funcionamiento familiar ante la enfermedad en los siguientes aspectos:

I. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

- ***Poder manifiesto***: existe una dominancia marcada donde el control es casi absoluto, no hay negociación, la dominancia y sumisión son la norma. También se muestra poca capacidad de adaptación.
- ***Coalición Paterna***: se puede notar que existe una coalición paterna muy débil.
- ***Cercanía***: hay límites poco claros y confusos, la colaboración por parte de los miembros de la familia son vagos y confusos.

II. MITOLOGÍA: la familia es algo incongruente, habiendo una falta de concordancia entre lo que piensan y sienten.

- III. **NEGOCIACIÓN DIRIGIDA HACIA EL OBJETIVO:** se presenta una negociación pobre ante los problemas, donde hay poca participación de los miembros.
- IV. **AUTONOMÍA:**
Claridad de expresión: expresión de pensamientos y sentimientos vaga y oculta.
Responsabilidad: los miembros de la familia a veces reconocen la responsabilidad de sus acciones individuales, pero también se culpan a otros hablando en tercera persona o en plural.
Permeabilidad: los miembros de la familia frecuentemente no son receptivos a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás.
- V. **AFEECTO FAMILIAR:**
Gama de sentimientos: expresión directa de una amplia gama de sentimientos sin tomar en cuenta el sentir del otro.
Humor y tono: se caracteriza por una expresión abiertamente hostil.
Conflictos irresolubles: hay un conflicto claro, con un deterioro moderado del funcionamiento de grupo.
Empatía: se intenta una implicación empática de los sentimientos, pero no se consigue mantenerla.
- VI. **ESCALA GLOBAL DE SALUD – PATOLOGÍA:**
Familias limítrofes: valoración de 7. Suele existir lucha de poder en forma esporádica, las coaliciones paternas son vagas y oscilan en luchas de dominio/sumisión, las relaciones interpersonales son cambiantes continuamente, los miembros de familia son incapaces de atender las necesidades emocionales de los demás (ni a las suyas propias).

5. DIAGNÓSTICO

Formulación del problema

Luego del análisis de la información recogida durante la fase de investigación diagnóstica, confirmamos que el Alzheimer de Sandra ha generado la presencia de ciertas dificultades que afectan la estructura y funcionamiento del sistema familiar: conflictos interpersonales entre sus miembros, falta de capacidad empática y negociación, inadecuada comunicación, falta de establecimiento de límites y roles, sobrecarga del cuidador principal.

6. PLANIFICACIÓN

Señalamiento de objetivos

Objetivo General: brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento, para que puedan convivir y enfrentar la enfermedad del Alzheimer de una mejor manera.

Objetivos específicos:

- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.
- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones
- Resolver conflictos intra - interpersonales
- Mediar responsabilidades y obligaciones.
- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Señalamiento técnico:

1. Desinhibición, aireación escrita y resumen intencional.
2. Fase didáctica.
3. Representación.
4. Caracterización familiar y escultura familiar.
5. Resolución de problemas.
6. Programación de acontecimientos agradables y terapia racional emotiva.

7. RESUMEN DE LAS SESIONES DE ASESORÍA

Sesión 1

Objetivos alcanzar:

- Establecer encuadre terapéutico.
- Brindar apoyo emocional.
- Orientar a la familia sobre la enfermedad y su impacto.

Se estableció en esta primera sesión de asesoría, un informe detallado sobre la información recolectada con la familia en la fase de evaluación. Posteriormente, se propuso la planificación del proceso, donde se llegó a acuerdos mutuos de las partes implicadas. Se estableció el encuadre, donde se especificó cuáles serían las condiciones indispensables para alcanzar un desarrollo satisfactorio dentro de la asesoría.

El primer tema que se trató es el de descubrir el conocimiento que tiene cada uno sobre la enfermedad y sus consecuencias a nivel de la familia; generó diferentes puntos de vista que, en la gran mayoría eran equívocos. Jaime afirmó: “la enfermedad es algo que con tratamiento adecuado se puede superar”. Carlos: “las personas débiles son propensas a desarrollar esta enfermedad”. Manuel comentó: “La edad es lo que produce esto y los problemas”. Aparentemente existe un desconocimiento notorio, aunque Jéssica, que era la cuidadora principal tuvo un adecuado conocimiento sobre la enfermedad. Por esa razón, era el momento oportuno para establecer una “fase didáctica” con la familia, brindándole información adecuada y descartando aspectos erróneos. Esto hizo que tuvieran mayor conocimiento sobre la gravedad de la enfermedad.

Después de esta técnica se utilizó el “resumen intencional”, con el objetivo de fomentar un vínculo terapéutico adecuado con la familia; seguidamente a esto, se buscó hacer que comprendan cómo los planteamientos inadecuados influyen en los problemas familiares actuales. Esto produjo que cada miembro asumiera sus errores. Antes de culminar la sesión, se pidió a los familiares que efectuasen una tarea intersesión en casa, la “aireación escrita”, para saber qué eventos habían afectado más a cada uno de sus miembros. Así se finalizó la sesión.

Sesión 2

Objetivo alcanzar:

- Identificar y normalizar sentimientos y reacciones

La sesión comenzó con el comentario de la técnica intersesión enviada, donde se pudo notar los conflictos que se presentaban a nivel individual y grupal. Entre los aspectos más representativos estuvieron el tipo de cuidado que ellos quieren para su madre, la responsabilidad con sus respectivos hogares y la postergación de los planes vitales de Jéssica. Estos conflictos se originaron hace 1 año y medio, los cuales fueron tratados muy superficialmente, por los miembros de la familia. Se analizó que esto ha ocasionado que no se resuelva la situación. Carlos comenta: “la falta de voluntad y constancia es lo que nos tiene así y creo que somos humanos, nos hemos equivocado”. Manuel: “lo que pasó es que cada uno planteó soluciones para sí mismo, me incluyó en esto...”

Se hizo necesario descubrir cómo estaba la cuidadora principal, ante las decisiones que no tuvieron éxito, Ella empieza a contar qué cosas ha dejado de hacer y cómo no se han establecieron acuerdos. Jaime discrepó en esto ocasionando una discusión fuerte. Se hizo necesario utilizar la técnica de “representación”, donde se señaló los aspectos disfuncionales de la familia, y se hizo que se identifique al momento de ser producidos nuevamente por ellos. Al final se logró alcanzar patrones funcionales con la familia Sánchez, con esto termina la sesión.

Sesión 3

Objetivo alcanzar:

- Resolver conflictos intra - interpersonales

Durante esta sesión se puede ver a la familia más unida. Se trabajó en la resolución de los problemas tratados en la sesión anterior. Para esto se pidió que cada uno se desprenda de su individualidad, para tomar decisiones en consenso que sean en beneficio de la familia. Carlos propuso que se contrate a una enfermera o cuidadora y que después de un tiempo se evalúe como está la situación de Sandra con la enfermedad. Jéssica, está de acuerdo y adiciona que los gastos sean compartidos por todos.

Se logró que los demás miembros se responsabilicen más en aspectos de la enfermedad. Jéssica propuso que sus hermanos le acompañen a la visita con el médico tratante de su mamá, ellos aceptaron y reconocieron que no lo hacían antes. Se buscó que coordinen para

que esta alternativa sea realizada. Además, se estableció que los fines de semana tanto Jaime como Carlos compartan con sus padres, dejando la posibilidad que Jéssica pueda tener un espacio para ella.

Sesión 4

Objetivo alcanzar:

- Mediar responsabilidades y obligaciones.

Se buscó seguir estableciendo límites y responsabilidades con los familiares. Se redactó un acuerdo por escrito con la familia, evitando que se vuelva a caer en los mismos errores y, además, sirva de recurso para hacer frente a la enfermedad en el futuro. También se logró que la responsabilidad sea compartida por todos igualitariamente

En esta sesión se brindó recurso de afrontamiento personal, trabajando con técnicas de la “terapia racional emotiva” y “proyección temporal”. Se lograron buenos resultados. Con esto finalizó la sesión.

Sesión 5

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Se hizo un seguimiento para conocer si se están afianzando las soluciones que se plantearon así como los cambios que se generaron en la familia. Para esto se utilizó la técnica “Esculturas Bipolares, donde la familia Sánchez pudo notar dos momentos como familia: el primero, donde no había entendimiento y colaboración; y el segundo, donde existen límites claros, compromiso y apoyo por parte de sus miembros. Esto dio la posibilidad que la familia se encuentre y se sienta motivada a mantener lo alcanzado. Carlos ante esto dijo: “Hemos vuelto a ser la familia que solíamos ser años atrás, antes de todo...”.

Es importante seguir fomentando sus recursos personales de afrontamiento, especialmente, para normalizar sentimientos y reacciones que puedan presentarse. La técnica que se

consideró fue la de “autoinstrucciones básicas”, donde cada miembro aprendió a manejar, con autodiálogos internos, las situaciones conflictivas. Así terminó la quinta sesión.

Sesión 6

Objetivo alcanzar:

- Mejorar recursos personales de afrontamiento ante la enfermedad.

Comentaron al inicio que las cosas van por buen camino en la familia, que las decisiones se han implementado con resultados que no imaginaban que podían lograr. Se hizo necesario que ellos reflexionen cuáles han sido esos obstáculos y qué cosas han implementando y qué falta por hacer. Durante esta sesión se hicieron ajustes pequeños y se sacaron algunas conclusiones en conjunto.

Sesión 7

Objetivos alcanzar:

- Evaluar resultados obtenidos del proceso de asesoría.
- Finalizar el proceso de asesoría.

En esta última sesión, se estableció la evaluación de los objetivos alcanzados por el proceso de asesoría psicológica, se obtienen conjuntamente conclusiones valiosas. Se finaliza estableciendo el cierre de la asesoría, se manejaron los aspectos del vínculo de la relación que se ha dado entre asesor y asesorados, dejando la puerta abierta para un seguimiento en el futuro.

8. CONCLUSIONES DEL CASO

El proceso de asesoría planteado con la familia “Sánchez” cumplió su propósito terapéutico. Antes del proceso ellos presentaban ciertas dificultades en su entorno familiar a causa del cuidado de Sandra. Existían problemas comunicacionales, peleas, desacuerdos, poca receptividad ante las necesidades y críticas del otro, falta de responsabilidad y, sobre todo, poca capacidad para adaptarse ante las demandas de la enfermedad. Es frente a estos factores donde la acción terapéutica de la asesoría se centró en movilizar cambios progresivos, se logró flexibilizar ciertas posturas, roles, mitos y funcionamientos. Las

principales técnicas que cumplieron con esta meta fueron: la fase didáctica de la enfermedad, resumen intencional, la representación y la proyección temporal. Además, la alianza terapéutica que se estableció en este caso y su predisposición al trabajo contribuyeron notablemente en el proceso de ayuda brindado.

4.3 CONCLUSIONES

- El análisis cualitativo del estudio de casos, revela la eficiencia y eficacia del proceso de asesoría psicológico propuesto en las familias que presentan casos de Enfermedad del Alzheimer de tipo senil. Se puede comprobar una adecuada adaptación del entorno familiar ante la enfermedad, mejor interacción dentro de las comunicaciones, clara capacidad para tomar decisiones y, sobre todo, una mejor calidad de vida para toda la familia.
- Los resultados obtenidos por la Escala de Competencia Beavers, son congruentes con la información recogida durante la entrevista de diagnóstico con las familias. Además, sirvieron como claros indicadores para el trabajo terapéutico de la asesoría con estas familias.
- El estudio de casos revela que la selección de las técnicas fue adecuada para este tipo de familias, pues movilizaron cambios a nivel individual e integral en cada uno de los procesos de asesoría realizados.
- La aplicación de este programa de asesoría psicológica con familias, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, da la posibilidad de obtener buenos resultados en futuras aplicaciones con este tipo de pacientes.
- Se comprobó, en la aplicación de cada uno de los casos, que a pesar de tener un diagnóstico de base de Alzheimer de tipo senil no se encontraban atravesando las mismas fases clínicas, pero a pesar de esto los resultados obtenidos en el proceso de asesoría planteado fueron satisfactorios y exitosos.
- El estudio de casos revela que el programa de asesoramiento psicológico familiar se adaptó a las necesidades y exigencias clínicas de cada caso, sufriendo pequeñas modificaciones debido a los requerimientos individuales y externos que ocasionaron que se desarrollen sesiones complementarias.

CONCLUSIONES GENERALES:

A partir del tratamiento de la temática antes expuesta y sustentando en los objetivos que persigue la el presente trabajo de investigación, es oportuno formular las siguientes conclusiones:

- El cuadro clínico que presenta un paciente con Alzheimer es un deterioro progresivo no sólo de la memoria, la orientación y el lenguaje; sino también, de otros componentes de las funciones superiores como la personalidad, el juicio, la capacidad para resolver problemas y hacer cálculos, además de la pérdida de habilidades visoespaciales y de construcción.
- Los distintos efectos que se presentan en las familias, dependen de las características del sistema familiar y de los recursos con los que cuenten, sin embargo, la enfermedad no deja de ser un impacto grave que ocasiona ciertos grados de malestar psicológico, que puede llevar al debilitamiento de los lazos de unión, funcionamiento e integración de la familia.
- La sintomatología que se presenta en la enfermedad de Alzheimer ocasiona ciertas alteraciones en el sistema familiar como: patrones rígidos de funcionamiento, disfunción de roles, alteraciones del ciclo familiar evolutivo, respuestas emocionales inapropiadas y pensamientos distorsionados. Esto hace que las familias necesiten de apoyo psicológico, donde puedan expresar su padecer y busquen nuevas alternativas de solución, las mismas que deben ser dirigidas en pro de su bienestar personal y familiar.
- Los componentes metodológicos del Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad se subscriben en el marco de la psicoterapia o asesoría donde se busca, a través de una adecuada evaluación, planificación e intervención, promover cambios a nivel de la condición psíquica de la persona o de su entorno circundante como es en el caso de la Enfermedad del Alzheimer, priorizando los fenómenos de relación, complementándolos con aspectos técnicos durante el proceso psicoterapéutico.

- La asesoría psicológica, como modalidad de ayuda breve, busca el manejo y la solución de problemas o conflictos desadaptativos tanto a nivel intrapersonal como interpersonal. Es por estas razones que las bondades de este tipo de abordaje terapéutico hacían prever que los resultados serían beneficiosos, para problemáticas que conlleven enfermedades como el Alzheimer.
- La propuesta de Asesoría Psicológica para Familias con casos de Alzheimer, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, ha probado ser una acción terapéutica útil y eficaz en el abordaje familiar. La estructura de asesoría propuesta, ha permitido lograr una comprensión clara sobre la realidad de la enfermedad en el entorno familiar en su fase diagnóstica; ha contribuido a movilizar cambios terapéuticos en el sistema familiar en cada una de las sesiones planteadas y, sobre todo, ha conseguido alcanzar los objetivos trazados inicialmente en la fase de planificación realizada.
- Los resultados obtenidos por la Escala de Competencia “Beavers”, son congruentes con la información recogida durante el proceso de entrevista diagnóstica con la familia y con los indicadores comentados en el marco teórico de la tesis.
- El recurso técnico seleccionado en este proceso de asesoría psicológica fue adecuado, debido a que facilitó a las familias implicadas a darse cuenta de su problemática, a expresar las emociones y pensamientos que generaban malestar y, sobre todo, a movilizar y optimizar recursos personales y familiares que favorecerán una mejor calidad de vida.
- La presentación de resultados cualitativos del estudio de casos revela la eficiencia y eficacia del proceso de asesoría psicológico propuesto en las familias que presentan casos de Enfermedad del Alzheimer de tipo senil, donde se puede comprobar: una adecuada adaptación del entorno familiar ante la enfermedad, mejor interacción dentro de las comunicaciones, clara capacidad para tomar decisiones y sobre todo una mejor calidad de vida en cada uno de los implicados en esta realidad familiar.

- Finalmente, en términos generales, es posible concluir que mediante la propuesta de asesoramiento psicológico familiar en la Enfermedad de Alzheimer de tipo senil, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, se ha permitido manejar y superar la etapa de perturbación psicológica que se ha suscitado por el impacto de la enfermedad; se ha mejorado en la familia la capacidad de afrontamiento y adaptación frente a las demandas que pueden aparecer por el padecimiento de Alzheimer de un ser querido.

- En función de las conclusiones expuestas, se puede demostrar la consecución de los objetivos previstos en la investigación: “Elaborar y aplicar un programa de asesoramiento psicológico para cinco familias, que tengan una persona con diagnóstico de Alzheimer de tipo senil, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano”, así como de los objetivos específicos propuestos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Andolfi Mauricio, *Terapia Familiar*, Paidós, Barcelona, 2001.
2. Asili Nélica. *Vida Plena en la Vejez*, Editorial Pax México, México, 2004.
3. Balarezo Lucio, *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*, Editorial Luz de América, Quito, 2002.
4. Balarezo Lucio, *Psicoterapia. Centro de publicaciones PUCE, 2da Edición*, Quito, 2004.
5. Balarezo Lucio, *Artículo sobre Psicoterapia Integrativa*, Quito, 2006.
6. Balarezo Lucio, *Módulo I de Maestría en Psicoterapia Integrativa “Generalidades del Integracionismo”*, Cuenca, 2005.
7. Balarezo Lucio, *Módulo II de Maestría en Psicoterapia Integrativa “Bases teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano. La personalidad”*, Cuenca, 2005.
8. Balarezo Lucio, *Módulo IX de Maestría en Psicoterapia Integrativa “La relación Psicoterapéutica”*, Cuenca, 2005.
9. Balarezo Lucio, *Módulo VI de Maestría en Psicoterapia Integrativa “La relación Psicoterapéutica”*, Cuenca, 2005.
10. Balarezo Lucio, *Módulo XV de Maestría en Psicoterapia Integrativa “Técnicas Sintomáticas”*, Cuenca, 2005.
11. Beavers Robert y Hampson, *Familias Exitosas*, Paidós, Barcelona, 1998.
12. Beck Aaron, *Con el amor no basta*, Editorial Paidós, España, 1998.
13. Bowen Murria, *De la familia al individuo*, Paidós, Barcelona, 1998.
14. Brannon Linda, Feist Jess, *Psicología de la Salud*, Editorial Thomson, España, 2000.
15. Buceta Jose María, Buceta Ana María, *Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades*, Ediciones Pirámide, España, 1996.
16. Capuzzi David; Gross Douglas. *Counseling y Psychotherapy*. Editorial Printice Hall, New Yersey, 1995.
17. Dyer Wayne, *Técnicas efectivas de asesoramiento psicológica*, Editorial Mondadori, España, 1978.
18. Ellis Albert, *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, Editorial Desclée De Brouwer, Edición 9na, España, 2003.

19. Feira Marcela, *Alzheimer: una experiencia humana*, Editorial PAX, México, 2005.
20. Feixas Guillem; Villegas Manuel. *Constructivismo y Psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer, España, 2000.
21. Fernández Álvarez Héctor, *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires, 2005.
22. Fierro Alfredo, *Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar*, Universidad de Málaga, España, 1992.
23. Friedberg Robert, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, Editorial Paidós, Barcelona, 2005.
24. Fish Sharon, *Enfermos de Alzheimer*, Ediciones Mensajero, Bilbao, 1991.
25. Gallar Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Editorial PARANINFO, España, 1998.
26. Gladding Samuel. *Counseling*, Editorial Prentice Hall, New Yersey, 1992.
27. González Eloy y otros, *Manual para la atención de pacientes con Enfermedad de Alzheimer*. Editorial Pandemia, 2da Edición, Argentina, 2000.
28. Hamilton Stuart, *Psicología del Envejecimiento*. Ediciones Morata S.L., Madrid, 2002.
29. Izquierdo Maricruz, *Módulo XVIII de Maestría en Psicoterapia Integrativa*. Cuenca, 2006.
30. López Juan y otros, *DSM-IV-TR. Brevario*. España, 2005.
31. Minuchin Salvador, *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1980.
32. Muñoz Juan, *Psicología del Envejecimiento*. Ediciones Pirámide, Madrid, 2002.
33. Navarro José, *Avances en terapia Familiar Sistémica*. Paidós, España, 1995.
34. Navarro José. *Enfermedad y familia*, Paidós, Barcelona, 2004.
35. Neimeyer Robert; Mahoney Michael. *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós, Barcelona, 1998.
36. Nieto Marga, *Ante la enfermedad de Alzheimer*, Editorial Desclée de Brouwer, España, 2002.
37. Okun Bárbara. *Ayudar de forma efectiva Counseling*. Paidós, España, 2001.
38. Opazo Roberto. *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI, Santiago de Chile, 2002.

39. Peña Alberto J. *El mal de Alzheimer*, Ediciones Grupo Imaginador, Argentina, 2002.
40. Salvarezza Leopoldo. *La vejez*, Paidós, Argentina, 1998.
41. Suares Marinés. *Mediando en sistemas familiares*, Paidós mediación, Argentina, 2002.
42. Schertzer Bruce; Stone Shelley. *Manual para el asesoramiento psicológico "Counseling"* Paidós, Buenos Aires, 1972.
43. Soriano Jesús. *Los procesos de la relación de ayuda*. Desclée De Brouwer, España, 2005.
44. Suart – Hamilton, *Psicología del Envejecimiento*, Ediciones Morota, Madrid, 2002.
45. Tapia Diego, "Teoría y práctica en el campo sistémico" artículo "Sistemas Familiares", UDA, 2005. Cuenca.
46. Vera Joaquín, *ABC de la Depresión en las personas mayores*. Grupo aula médica, Sevilla, 2001.

Direcciones Electrónicas:

www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=779

www.familydoctor.org/e645.xml

www.eudemon.net/eventos%20estresantes%20en%20el%20dominio%20familiar.pdf

www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/factsheet_sp.htm.

www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav5.pdf.

ANEXOS

N. 1	Diseño de Tesis.....	173
N.2	Escala de Intervención de Beavers.....	190

ANEXO N. 1

Diseño de Tesis

Tema:

ALZHEIMER Y FAMILIA

“Propuesta de asesoría psicológica familiar en la enfermedad de Alzheimer de tipo senil, basada en análisis casos, desde el modelo integrativo Ecuatoriano”

Resumen.

Antecedentes y Justificación

Cada vez más, en nuestro país y en otros lugares del mundo, se empieza a oír y hablar sobre la enfermedad de Alzheimer, que es la más común de las demencias que ataca a gente tanto adulta como senil. Es una demencia de tipo irreversible, que se caracteriza por un deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales de los pacientes, que conducen a una situación de total dependencia de una tercera persona para poder subsistir. Por ello, cuando una persona padece Alzheimer, toda la familia sufre la enfermedad de mayor o menor medida debido a que representa un gran desgaste de recurso físicos, emocionales y económicos; los familiares se convierten en las “segundas víctimas de la enfermedad”, por el deseo que tienen de otorgar el mejor cuidado a un ser querido, a menudo tienen que relegar otros aspectos vitales como su vida afectiva, laboral, social y su propia salud.

La enfermedad de Alzheimer (EA), es motivo de preocupación mundial. Es la primera causa de deterioro mental en los Estados Unidos y Canadá y la cuarta causa de mortalidad en la población de edad avanzada después de enfermedades como el corazón, cáncer y embolias (OMS, 2005).

Dado el incremento en la población de ancianos cada vez es mayor tanto en países desarrollados como en subdesarrollados, los problemas que se generan en los ámbitos públicos y privados para resolver el problema social que representa la enfermedad son enormes. Al ser Alzheimer una enfermedad que se presenta en mayor incidencia en la vejez, la persona que la padece con el tiempo necesitara de apoyos físicos, mentales y emocionales y dependerá totalmente de sus núcleos familiares, médicos y sociales.

En Ecuador, se efectuó una investigación en los servicios de neurología de la consulta externa de hospitales generales de Quito, para determinar las repercusiones emocionales y sobrecargas (síndrome de profundo desgaste físico y emocional) que los cuidadores de pacientes con demencia presentan. La población estudiada fue de 70 personas, las mismas que fueron 73% mujeres y 27% varones, con una media de edad de 51 años, 87% conviven con el paciente, 54% hijos \ as de los mismos, 71% dedicaban 12 o más horas al día para el cuidado del paciente, por un período de 1 – 5 años en el 70 % de los casos. Se encontró que el 85% presentaba una sobrecarga, siendo intensos el 71 % de casos. Un 20 % presentó depresión intensa.

(www.puce.edu.ec/documentos/Medicinav5.pdf. Pág. 63 – 72)

Por tales razones la responsabilidad de cuidar a esta persona enferma a menudo no se comparte de forma equitativa en la familia. En ocasiones sus miembros no ayudan tanto como deberían porque les resulta difícil aceptar la realidad, porque viven lejos, porque tienen problemas de salud, etc. Suele ocurrir que alguien cercano sea quien se ocupe de la mayoría de cuidados, convirtiéndose esto en una fuerte carga emocional como se pudo determinar en la investigación anterior.

En el Ecuador, a la fecha, no se cuenta con los suficientes recursos médicos, técnicos, humanos y económicos para resolver el problema social que representa la enfermedad. Por tal razón la familia es un elemento clave para la atención y cuidado de la persona que padece este tipo de demencia.

Para que las familias logren adaptarse a esta situación tan especial dependerá de sus habilidades, voluntad y disposición para aprender a manejar la enfermedad. Este aprendizaje puede ser difícil y doloroso, ya que implica aceptar la enfermedad como un hecho que cambia a la persona que la padece, informarse de los cambios que van a suceder tanto en el paciente como en el entorno familiar, asumir responsabilidades nuevas y diferentes, asimilar afectivamente lo que significa la enfermedad para el paciente y la familia, aprender a respetarse en sus limitaciones, buscar las soluciones más adecuadas, etc. Por consiguiente, se hace que sea necesario buscar ayuda en profesionales capacitados, los mismos que les puedan brindar un asesoramiento y apoyo adecuado.

La propuesta de este trabajo investigativo es brindar una asesoraría psicológica a los familiares que tengan un caso de Alzheimer de tipo senil, tomando en cuenta las aportaciones teóricas y técnicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano. Para esto se realizará evaluaciones, entrevistas e intervenciones con los familiares, se estructurara información sobre el padecimiento y tratamiento (EA), y por último se elaboran guías de intervención que podrían ser utilizados para futuros casos; logrando así disminuir el impacto y sobrecarga emocional que implica la enfermedad Alzheimer y el cuidado del paciente, mejorando así las condiciones y calidad de vida del entorno familiar y por ende del paciente.

2. Objetivos:

2.1 Generales

Elaborar y aplicar un programa de asesoramiento psicológico para cinco familias, que tengan una persona con diagnóstico de Alzheimer de tipo senil, desde el modelo Integrativo Ecuatoriano.

2.2 Específicos

- Determinar las manifestaciones clínicas en la Enfermedad de Alzheimer.
- Evaluar cuales son las principales repercusiones psicológicas que genera en los familiares la enfermedad de Alzheimer de tipo Senil.
- Brindar apoyo psicológico a los familiares por medio del asesoramiento.

- Estructurar y aplicar guías de Intervención desde el modelo integrativo.
- Evaluar los resultados obtenidos.

3. Marco Teórico

3.1. Asesoramiento Familiar desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano

En la actualidad, existen más de trescientos enfoques terapéuticos y varios modelos integrativos a nivel mundial. En Latinoamérica los más sobresalientes son los que encontramos en Argentina, Chile y Ecuador, con características muy particulares, debido a que comparten una base epistemológica que es el Constructivismo Moderado, según el cual cada construcción es totalmente individual y responde a circunstancias variadas de acuerdo a la experiencia en la realidad.

A través de las diferentes investigaciones que se ha efectuado en el campo de la clínica, se ha podido determinar que la perspectiva integrativa nos permite entrar en contacto directo y cercano con la realidad del individuo; a saber que estrategias de apoyo son las más adecuadas un proceso de asesoramiento o psicoterapia en diferentes problemáticas vitales o padecimientos; a mejorar la condición que puede presentar un individuo o un grupo o una familia, permitiendo la aceptación y toma de decisiones más adecuadas para hacer frente a la situación que se este suscitando. Todo esto se le puede efectuar debido a que se fundamenta en un marco teórico coherente, que proviene de diversos enfoques o corrientes psicológicas, que hacen factible su aplicación en la parte práctica, obteniendo así logros y resultados eficaces, que van siempre encaminados a mejorar bienestar humano.

El modelo integrativo ecuatoriano concuerda con las afirmaciones planteadas por otros autores; “Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos”, Fernández-Álvarez (1996). “A diferencia del eclecticismo, la integración insiste en la primacía de una Gestalt que da coherencia, proporciona un esquema interactivo y crea un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos”, Millon y Davis (1999). “Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes”, Opazo (1992). “lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo y útil que sus elementos aislados”. Balarezo (2004)

¿Por qué un Modelo Integrativo Ecuatoriano? Según los estudios realizados por el Dr. Lucio Balarezo y su equipo, la respuesta se encuentra en el hecho de que los ecuatorianos tenemos una realidad única, viviendo en un ambiente pluricultural y multiétnico diferente a otros países. El ecuatoriano es afectivo, expresivo y tiene una fuerte dependencia familiar. El ecuatoriano conoce muy poco sobre psicología y psicoterapia, apegándose a un modelo médico, por lo que es un tipo de paciente que busca resultados inmediatos. En el ecuatoriano sobresale un pensamiento mágico, buscando la cura en el exterior por fuerzas en muchos casos sobrenaturales, pero sin esforzarse para conseguir la cura. Existe además un predominio del locus de control externo, responsabilizando al medio externo por sus males, sin asumir su responsabilidad sobre los mismos. Debido a estas características propias el modelo integracionista ecuatoriano incorpora otros componentes como son el trabajo sobre la personalidad y da importancia a la relación psicoterapéutica.

Balarezo señala en su artículo de Psicoterapia Integrativa: *“el modelo integrativo ecuatoriano toma como base epistemológica el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a éste como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad”*.

Los objetivos que busca el modelo integrativo ecuatoriano al respecto del modelo argentino y chileno están figurados desde distintos órdenes convergentes, los cuales son analizados en torno de la severidad del trastorno y las motivaciones del paciente. Los objetivos transitan desde: el asesoramiento, lo sintomático y \ o orientados a la personalidad.

El modelo integrativo ecuatoriano pondera una intervención centralizada en la personalidad y como los fenómenos de la relación que se establezca entre el asesor – asesorado pueden facilitar para que se de una supresión sintomatológica o mejora significativa a nivel bio – psico – social.

Se reconoce a la personalidad como la estructura integradora de las funciones psíquicas resultando de la interrelación de factores biológicos y socioculturales que determina un comportamiento peculiar y singular en el individuo.

Es evidente que la enfermedad de alzheimer genere en el sujeto y en los familiares un grave impacto psicológico, por esta razón es necesario brindar alternativas de intervención al paciente y a sus allegados, para que se pueda mitigar de alguna manera el grado de impacto que ocasiona este diagnóstico. Es aquí donde el proceso asesoramiento por parte de un profesional de salud mental debe ser el más adecuado, en donde utilice aspectos teóricos y técnicos que sean beneficios para el paciente y su entorno familiar, mejorando así la calidad de vida.

Balarezo señala que: *“el asesoramiento constituye una modalidad de ayuda en la que, sobre la base de criterios recogidos mediante entrevistas y/o reactivos, se orienta acerca de la resolución de problemas o conflictos. Puede ser aplicada también con fines de orientación, sea vocacional o profesional en el sector educativo o como integrante del desarrollo organizacional en psicología industrial. En el terreno clínico no son raros los casos en los cuales se procura un asesoramiento o guía directivos sobre algunos problemas de adaptación”* (Pág. 32).

Hahn & Maclean (1955) definen a la asesoría como: *“Un proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales”*

Las investigaciones realizadas por Lutgendorf y cols (1998), nos permiten tener una referencia del grado de impacto que ocasiona el diagnóstico de una enfermedad en la familia, el mismo que depende de los procesos de afrontamiento que tiene cada individuo. Para estos autores un mal afrontamiento como negar la realidad, aferrarse a una esperanza ilusoria o generar somatizaciones, se asocia a niveles elevados de malestar psicológico. En cambio un afrontamiento activo incluye una resolución de problemas y apoyo, se relaciona con un proceso adaptativo adecuado.

Por tal razón la intervención de asesoría psicológica que se realice desde el modelo integrativo, permitirá potenciar el afrontamiento positivo e incrementar el apoyo social, facilitando que tanto el paciente como sus familiares se comprometa a buscar los recursos y soluciones más beneficiosos, para mejorar su calidad de vida ante la terrible Enfermedad del Alzheimer.

3.2. Enfermedad del Alzheimer

3.2.1. Consideraciones generales.

El nombre de esta enfermedad se atribuye al médico alemán Alois Alzheimer, quien en 1906, notó cambios en el tejido cerebral de una mujer 51 años que había muerto de una rara enfermedad mental, en donde la paciente tuvo una pérdida profunda de memoria, disfunción intelectual y de la capacidad para atender necesidades sociales y corporales. Dr. Alzheimer encontró depósitos anormales (ahora llamados “placas de amiloide”) y una acumulación de estructuras fibrilares entrelazadas (conocidas en la actualidad como “ovillos neurofibrilares”). Hoy en día, la presencia de estas placas y ovillos en el cerebro se considera el sello característico de la enfermedad de Alzheimer.

Además de conocerse como Enfermedad de Alzheimer (EA), también la denomina como Demencia de Tipo Alzheimer (DTA), Demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) y Demencia degenerativa primaria (DDP). Para el presente trabajo investigativo utilizare la denominación primera (EA).

La Enfermedad Alzheimer puede presentarse en cualquier edad en la vida adulta, pero son pocos los casos que se presentan antes de los 50 años de edad. Cuanto mayor es el paciente, más avanzada suele ser la enfermedad y suele acudir al especialista debido a problemas graves de la memoria a largo plazo (MLP), donde suele olvidar nombres o detalles muy simples, o perderse dentro de su propio entorno familiar, perderse en las calles cercanas de su domicilio, etc. La memoria de corto plazo (MCP) que dura pocos minutos o segundos también suele verse afectada, donde no recuerda sucesos o información inmediata.

Existen alteraciones en la expresión del lenguaje oral (afasia) o del lenguaje escrito (alexia o agrafía). En la enfermedad de Alzheimer, el lenguaje se va deteriorando progresivamente. El paciente empieza por expresarse mediante frases más cortas y más simples, con un vocabulario más pobre, como si utilizara un reducido diccionario de bolsillo y tuviera dificultad para encontrar una palabra concreta, alteración que se conoce por anomia. Además, presenta problemas en la construcción gramatical y en la comprensión del lenguaje, tanto oral como escrito, que deja de utilizar espontáneamente.

Es muy común que se den cambios de humor y de personalidad. La depresión suele ser un acompañante habitual de la primera fase del Alzheimer. Suele presentar apatía, desconfianza, paranoia, rechazo social, ansiedad, inquietud, etc. En la mayoría de ocasiones las personas que padecen EA niegan la seriedad de sus síntomas, mientras que, por la otra, reconocen que algo les pasa.

3.3. Impacto en el Sistema familiar ante la Enfermedad del Alzheimer.

El impacto de la enfermedad de Alzheimer puede hacer que el grupo familiar experimente un estado de crisis, el cual se puede definir como: un estado temporal de disfunción y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad de los individuos para manejar situaciones particulares, utilizando métodos poco adecuados para la solución de problemas; la desorganización y confusión del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de las personas, al mismo tiempo que sus sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

Goldman (1982) define a la familia como: *“un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, la influencia de la familia sobre sus miembros ha sido demostrada experimentalmente en investigaciones sobre diversas enfermedades, sus miembros responden a las tensiones que afectan a la familia”*.

La tarea psicosocial fundamental de la familia es apoyar a sus miembros, esto alcanza más importancia que nunca en el proceso de enfermedad de algún miembro de la familia.

En estos casos la familia debe responder a cambios internos y externos, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permitan encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencias a sus miembros, debe adaptarse al estrés de tal forma que permita reestructuraciones ya que si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

Toda familia pasa por un ciclo vital: nacer-crecer-reproducirse y morir, pasando en algún momento los miembros del grupo, de la salud a la enfermedad, esto lleva al grupo familiar a realizar determinados ajustes. Los cambios que se producen en el interior de la familia, dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa en que ésta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia (padre, madre, hijo, hermano, pareja). (Carter y MacGoldrick; 1980).

El diagnóstico Alzheimer, hace que la familia tenga que reajustar su estructura, su distribución de papeles y echar a andar sus mecanismos de solución de problemas, frente a la realidad que se suscita, por lo que deben hacer ajustes graduales. Es en este momento en que la intervención asesoramiento cumple un papel importante y beneficioso, ya que para el núcleo familiar surgen diversos miedos, principalmente el miedo a la muerte; se derrumban ciertas expectativas; no importa la edad del paciente ni su condición social, la reacción común es que el mal ha golpeado demasiado temprano e injustamente al grupo familiar.

4. Preguntas Centrales:

¿Cómo afectan a la familia los primeros síntomas Alzheimer?

¿A donde acuden los familiares ante presencia de los síntomas?

¿Qué recorrido van a realizar y qué apoyo psicológico necesitan los familiares durante el trayecto de la enfermedad?

¿Qué se puede hacer para mejorar la aceptación del entorno familiar ante la enfermedad?

¿Cómo y de qué manera facilitar apoyo psicológico?

¿Qué tipo de estrategias psicológicas se podrían emplear en la asesoría familiar?

¿Qué tipos de intervención les han resultado útiles para mantener y fomentar la salud psicofísica de su entorno familiar?

¿Podemos conseguir que la demencia nos aporte aspectos positivos?

5. Contenidos Tentativos:

PARTE I

ANÁLISIS CONCEPTUAL

Capítulo 1

Modelo Integrativo Ecuatoriano

Introducción

1.1. Antecedentes.

1.2. Epistemología.

1.3. Aspectos teóricos y metodológicos

1.4. Asesoría psicológica

1.4.1. Definiciones

1.4.2. Características del proceso de asesoría

1.4.2.1. Fenómenos afectivos de la relación asesor – asesorado

1.4.2.2. Aspectos técnicos

Conclusiones

Capítulo 2

Alzheimer y Familia

Introducción

2.1. Manifestaciones Clínicas Enfermedad del Alzheimer.

2.1.1 Alteraciones físicas

2.1.2. Alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer.

2.2. Crisis y conflictos familiares ante la enfermedad.

2.3. Cambios en la estructura y dinámica familiar.

Conclusiones.

PARTE II

PRÁCTICA

Capítulo 3

Elaboración Programa de Asesoramiento Familiar ante la Enfermedad de Alzheimer

Introducción

3.1. Diagnóstico.

3.1.1. Entrevista.

3.1.2. Escala de Evaluación familiar de Beavers.

3.2. Propuesta de intervención.

3.2.1. Proceso de Asesoramiento familiar.

3.2.2. Guías de intervención.

Conclusiones.

Capítulo 4

Aplicación práctica

4.1. Análisis de Casos.

4.2. Análisis General de los resultados

Conclusiones y Recomendaciones.

7. Metodología

7.1 Tipo de Investigación:

7.1.1. Se trata de un estudio de casos que esta constituido por 5 familias que acuden al Área geriátrica del Hospital del Seguro, Geriátrico “Cristo Rey” y la Clínica privada “Jardines” de la ciudad de Cuenca. La investigación es descriptiva - cualitativa pero no generalizada, debido a que se efectuará un diagnóstico inicial sobre el impacto que ha ocasionado en la familia la enfermedad. Y al mismo tiempo es un proyecto factible, debido a que parte de objetivos y posee una parte práctica a realizarse que es programa de asesoría psicológica familiar.

7.1.2. Población y Muestra:

Se trabajará con 5 casos que han sido derivados por profesionales pertenecientes a las instituciones señaladas; las sesiones de asesoramiento serán llevadas acabo en el Centro Integral de Desarrollo Humano “DHUM”.

7.2 Elaboración de un programa de asesoría Familiar.

Primera fase:

Efectuar una Evaluación psicológica a los familiares de aquellos pacientes con diagnóstico de Alzheimer tipo senil, tomando en cuenta las aportaciones teóricas y prácticas del modelo

integrativo Ecuatoriano. Para este diagnóstico se utilizará: Entrevista, Observación y la Escala Interacción de Beavers (evalúa las competencias familiares).

Segunda fase:

Consiste en la planificación del proceso de asesoría, en donde se determinarán los objetivos a seguir en la intervención y se seleccionará las técnicas de asesoramientos más eficaces para trabajar con la familia. Al mismo tiempo esto permitirá elaborar guías de Intervención, las mismas que serán pautas para futuros procesos de asesoramiento con esta población.

Tercera fase:

Aplicación del asesoramiento psicológico familiar, procurando en primera instancia brindar apoyo emocional en un espacio de escucha empática donde la familia pueda expresarse y liberar su carga emocional, logrando así identificar los recursos de la familia y potencializarlos a través del proceso de asesoramiento desde el modelo integrativo Ecuatoriano. A la vez, obtener un conocimiento profundo de la dinámica familiar ante la enfermedad del Alzheimer.

Cuarta fase:

Se finalizará con el respectivo análisis de casos de las intervenciones efectuadas con los participantes, y se establecerá conclusiones y recomendaciones.

7.4. Técnicas a utilizar

El presente trabajo investigativo se apoyará en un análisis bibliográfico sobre este tipo problemática, buscando así los elementos más relevantes para la estructuración de un programa de asesoría desde el modelo integrativo Ecuatoriano.

OBJETIVO	TECNICAS SUGERIDAS
Investigar las manifestaciones clínicas de	<ul style="list-style-type: none">• Análisis bibliográfico

la enfermedad del Alzheimer.	
Determinar las repercusiones psicológicas que genera la Enfermedad del Alzheimer en los familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación participante. • Entrevistas. • Escala de Interacción de Beavers.
Seleccionar y Aplicar técnicas de asesoramiento para mejorar la calidad de vida del entorno familiar.	<p>Técnicas cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de problemas - Reestructuración cognitiva. - Autoinstrucciones. <p>Técnicas conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol - Cambios de estilo de vida y hábitos. - Psicoeducación - Orientación
Determinar acciones de intervención en el proceso de asesoría con familiares desde el modelo integrativo. Analizar y monitorear su importancia y validez.	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de asesoría. • Guías de Intervención. • Elaboración de herramientas para dirigir las acciones de intervención. • Tareas Intersesiones (TIS). • Testimonios. • Validación del proceso con Expertos o Profesionales Salud o Participantes.

8. Cronograma de Trabajo

ACTIVIDADES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES
	1	2	3	4	5	6	7	8

ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO	X	X						
DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO		X	X	X	X			
ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA				X	X	X	X	X
DISEÑO PROGRAMA ASESORAMIENTO					X	X	X	X
ACCIONES DE INTERVENCIÓN						X	X	X
ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN							X	X
CONCLUSIONES Y RECOMENDA.							X	X

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

PARTICIPANTES

- Investigador
- Equipo multidisciplinario.
- Pacientes.
- Familiares.

MATERIALES

• MATERIAL DE ESCRITORIO	60,00
• LLAMADAS DE TELEFONO	40,00
• BIBLIOGRAFIA	300,00
• IMPRESIÓN DEL DOCUMENTO Y PRESENTACION	150,00
• TRANSPORTE	100,00
• VARIOS	100,00
 TOTAL	 750,00

9. Bibliografía:

Andolfi Mauricio, *Terapia Familiar*, Paidós, Barcelona, 2001.

Balarezo Lucio, *Artículo sobre Psicoterapia Integrativa*, Quito, 2005.

Balarezo Lucio, *Módulo 1 de Maestría en Psicoterapia Integrativa “Generalidades del Integracionismo”*, Cuenca, 2005.

Balarezo Lucio, *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*, Editorial Luz de América, Quito, 2002.

Beavers Robert y Hampson, *Familias Exitosas*, Paidós, Barcelona, 1998.

Bowen Murria, *De la familia al individuo*, Paidós, Barcelona, 1998.

Brannon Linda, Feist Jess, *Psicología de la Salud*, Editorial Thomson, España, 2000.

Buceta Jose María, Buceta Ana María, *Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades*, Ediciones Pirámide, España, 1996.

Dyer Wayne, *Técnicas efectivas de asesoramiento psicológica*, Editorial Mondadori, España, 1978.

Feira Marcela, *Alzheimer: una experiencia humana*, Editorial PAX, México, 2005.

Fernández Álvarez Héctor, *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires, 1996.

Fish Sharon, *Enfermos de Alzheimer*, Ediciones Mensajero, Bilbao, 1991.

Gallar Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Editorial PARANINFO, España, 1998.

Minuchin Salvador, *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1980.

Nieto Marga, *Ante la enfermedad de Alzheimer*, Editorial Desclée de Brouwer, España, 2002.

Peña Alberto J. *El mal de Alzheimer*, Ediciones Grupo Imaginador, Argentina, 2002.

Suart – Hamilton, *Psicología del Envejecimiento*, Ediciones Morota, Madrid, 2002.

Tapia Diego, “*Teoría y práctica en el campo sistémico*” artículo “*Sistemas Familiares*”, UDA, 2005. Cuenca.

Direcciones Electrónicas:

www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=779

www.familydoctor.org/e645.xml

www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/factsheet_sp.htm.

ANEXO N. 2

ESCALA DE INTERACCIÓN DE BEAVERS

COMPETENCIA FAMILIAR

Nombre de la familia _____

Evaluador _____

Fecha _____

Instrucciones: Las siguientes escalas fueron diseñadas para evaluar el funcionamiento familiar en unos continuos que representan aspectos de la interacción de la familia. Por tanto, es importante que se tenga en cuenta la gama completa de los criterios que presenta la escala para su valoración. Por favor, *intente responder basándose en los datos registrados durante la sesión*, dando una puntuación de acuerdo con lo que vea y oiga, no con lo que usted imagine que pudiera estar ocurriendo en algún otro lugar.

I. Estructura de la familia

A. Poder manifiesto: Basándose en la observación de la sesión completa, marque el término que mejor describa su impresión general de la relación de poder manifiesto de esta familia.

1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5

Caos	dominancia marcada	dominancia moderada	dirigida	igualitaria
Sin líder nadie tiene poder suficiente para estructurar la interacción	El control es casi absoluto. No hay negociación la dominancia y la sumisión son la norma.	El control es casi absoluto. Hay alguna negociación, pero la dominancia y la sumisión son la Norma	Tendencia a la dominancia y la sumisión, pero la mayor parte de la interacción se produce a través de una negociación respetuosa.	El liderazgo es compartido entre los padres, cambiando con la naturaleza de la interacción.

B. Coaliciones Paternas: Marque los términos que mejor describan la estructura de relación en esta familia.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
coalición padre-hijo					coalición paterna débil				coalición paterna fuerte

C. Cercanía:

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
límites amorfos, vagos y confusos entre los miembros de la familia.					aislamiento distanciamiento				cercanía, con límites claros entre sus miembros.

Señale cualquier invasión (cuando un miembro de la familia <<habla por>> los pensamientos o sentimientos de otro, sin invitación):

- se observa invasión
- no se observan invasiones

II. Mitología: todos los miembros tienen una mitología; es decir, un concepto de cómo funciona la familia como grupo. Valore en qué medida parece congruente la mitología de esta familia con la realidad.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
muy congruente	mayoritariamente congruente					algo incongruente	muy incongruente	

III. Negociación dirigida al objetivo: Valore la eficacia global de esta familia en la negociación de soluciones para los problemas.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
extremadamen te eficaz		buena			pobre		extremadamen te ineficaz	

IV. Autonomía:

A. Claridad de expresión: Valore a esta familia en cuanto a la claridad de revelación de sentimientos y pensamientos. Esta no es una valoración de la intensidad o variedad de sentimientos, sino de la claridad de los pensamientos y sentimientos individuales.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
muy claros			algo vagos y Oscuros			casi nadie es nunca claro		

B. Responsabilidad: Valoré en qué medida los miembros de la familia asumen la responsabilidad de sus propias acciones pasadas, presentes y futuras.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
los miembros son capaces de forma regular de admitir la responsabilidad de las acciones individuales			los miembros a veces reconocen la responsabi dad de las acciones indivi duales, pero entre las tácticas empleadas también se culpa a otros, hablando en tercera perso na o en plural			los miembros apenas recono cen la responsa bilidad de las acciones individuales, si es que alguna vez la reconocen		

C. Permeabilidad: Valore en qué medida los miembros de la familia son abiertos, receptivos y permeables a las afirmaciones de otros miembros de la familia.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
muy abiertos		moderadamente abiertos			miembros frecuentemente no receptivos		miembros no receptivos	

V. Afecto familiar

A. Gama de sentimientos: valore en qué medida este sistema familiar se caracteriza por expresar una amplia gama de sentimientos.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
expresión directa de una amplia gama de sentimientos		expresión directa de muchos sentimientos a pesar de alguna dificultad		restricción obvia en la expresión de algunos sentimientos		aunque algunos sentimientos se expresan, la mayoría se enmascaran		poca o ninguna expresión de sentimientos

B. Humor y tono: Valore el tono de los sentimientos de la interacción de esta familia.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
normalmente cálido, afectuoso, festivo y optimista		cortés, sin una calidez ni un afecto llamativos; o frecuentemente hostil con momentos de placer		abiertamente Hostil		deprimido		escéptico, desesperanzado y pesimista

C. Conflicto irresoluble: Valore el grado de conflicto aparentemente irresoluble.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
conflicto grave con deterioro grave del funcionamiento del grupo		conflicto claro, con deterioro moderado del funcionamiento del grupo		conflicto claro, con un ligero deterioro del funcionamiento del grupo		una cierta evidencia de conflicto no resuelto, sin deterioro del funcionamiento del grupo		poco conflicto irresoluble, o ninguno

D. Empatía: Valore el grado de sensibilidad hacia, y comprensión de, de los sentimientos de los demás dentro de esta familia.

1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
sensibilidad consistente y empática		por regla general, hay sensibilidad empática hacia los demás, a pesar de una resistencia obvia		se intenta una implicación empática, pero no se consigue mantenerla		ausencia de sensibilidad empática		muy inapropiado frente a los sentimientos

VI. Escala global de salud /patología: Rodee un círculo el número de la siguiente escala que describe mejor la salud o patología de esta familia.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
más patológico									más sano