Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2000

Mal de alzheimer : sus implicancias sociales desde la perspectiva del trabajo social

Miranda, Karina

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/413

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Mal de Alzheimer:
sus implicancias sociales desde la perspectiva del Trabajo Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

FACULTAD DE CS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL.

CARRERA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL.

TESIS DE GRADO

TEMA:

MAL DE ALZEHIMER: SUS IMPLICANCIAS SOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL.

MAR DEL PLATA. AÑO 2000.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 2334
Signatura top
Vol
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

AUTORAS:

MIRANDA, KARINA.

SARASOLA, MONICA.

SOLJAN, ANALIA.

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. MIRIAM SICOLI.

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL.

A todos aquellos
que nos aman y
acompañaron en
esta etapa de
nuestras vidas...

AGRADECIMIENTOS:

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas, que colaboraron de diversas formas, para la concreción de este trabajo:

- De modo especial, deseamos agradecer a nuestros padres, hermanos y a todas aquellas personas, que día a día, desde el comienzo de nuestra carrera, nos alentaron a seguir adelante, brindándonos su apoyo y amor.

- A los familiares cuidadores, de los pacientes con Diagnóstico presuntivo de Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer, que desinteresadamente nos brindaron su tiempo y colaboración, para llevar a adelante nuestra investigación.

- A la Lic. María Cristina Alvarez por incentivarnos a involucrarnos en esta temática.

- A nuestra directora Lic. Mirían Sícoli, quien guío nuestra investigación, bridandonos su tiempo, experiencia y consejo.

A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS.

INDICE.

Página.

INTRODUCCIÓN. ..... 1.

FUNDAMENTACIÓN. ..... 5.

Bibliografía : Fundamentación. ..... 10.

I PARTE: MARCO TEORICO.

Capítulo 1: La Vejez.

1.1. Características generales de la vejez. ..... 11.

1.2. Características generales de la vejez desde lo Biológico. 12.

1.3. Características generales de la vejez desde lo Sociológico 17.

1.4.Caracteristicas generales de la vejez desde lo Psicológico. 21.

1.5. Características generales de la vejez desde lo Psicosocial. 25.

Bibliografía: Capítulo 1. ..... 30.

Capítulo 2: La Familia del Anciano.

2.1. Familia: Conceptos y Características. ..... 32.

2.2. La Familia del Anciano. ..... 40.

2.3. Sistemas Familiares. ..... 47.

Bibliografía: Capítulo 2. ..... 54.

Capítulo 3: Demencia Senil.

3.1. Demencia: Clasificación y Caracteres Generales. ..... 56.

3.2. Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer. ..... 60.

3.3. Tipos de tratamiento para la Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer. ..... 66.

Bibliografía: Capítulo 3. ..... 69.

Capítulo 4: Alternativas en el cuidado del paciente con Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer.

4.1. Generalidades. ..... 73.

4.2. Cuidador: Características. ..... 74.

4.3. Institucionalización: Características. ..... 82.

Bibliografía: Capítulo 4. ..... 85.

Capítulo 5: Teoría del Desarrollo a Escala Humano.

5.1. Conceptos Generales. ..... 87.

Bibliografía: Capítulo 5. ..... 97.

Capítulo 6: Trabajo Social.

6.1. Aspectos generales. ..... 98.

6.2. Trabajo Social y Vejez. ..... 103.

6.2.1. Intervención con personas Ancianas. ..... 105.

Bibliografía: Capítulo 6. ..... 111.

II PARTE: ASPECTOS METODOLOGÍCOS DE LA INTERVENCIÓN.

1. Conceptualización de los términos fundamentales de la Investigación. ..... 114.

2. Objetivos. ..... 120.

2.1. Objetivos Generales. ..... 120.

2.2. Objetivos Específicos. ..... 120.

3. Selección de la Muestra. ..... 121.

4. Recolección de datos. ..... 123.

5. Características Generales a tener en cuenta en el análisis de los datos. . ..... 126.

Bibliografía: Segunda Parte. ..... 129.

III PARTE: ANALISIS.

1. Análisis de los datos.

1.1. Gráficos. ..... 131.

2. Necesidades Axiológicas y Satisfactores de:

2.1 Subsistencia. ..... 133.

2.2. Protección. ..... 138.

2.3. Afecto. ..... 143.

2.4. Ocio. ..... 150.

3. Trabajo Social.

3.1 Forma de Abordaje. ..... 155.

3.2. Objeto de Intervención. ..... 155.

3.3. Rol y Función del trabajador Social. ..... 156.

3.4. Niveles de Intervención. ..... 157.

IV PARTE: INTERPRETACIÓN DE DATOS.

1. Diagnóstico Situacional. ..... 159.

2. Conclusiones. ..... 161.

3. Propuestas. ..... 164.

V PARTE: BIBLIOGRAFÍA GENERAL..... 168.

ANEXO.

INTRODUCCION.

Nuestro interés por la formación y la reflexión sobre el Trabajo Social, nos lleva a estar convencidas de la necesidad de una búsqueda e investigación continua a lo largo de la preparación profesional. Creemos que un buen sistema para obtener tal objetivo, seria facilitar el intercambio permanente de criterios entre las diversas teorías, métodos y técnicas que intervienen en nuestro hacer.

En esta convicción e interesadas en la relación entre Trabajo Social y el campo de la salud y dentro de este, en el campo de la salud mental; los profesionales han llegado al convencimiento de que, la efectividad de la intervención en el ámbito social se traduce en la oferta de una respuesta complementaria, que integre la de todos los componentes de Trabajo Sociales.

En el Trabajo Social el cuerpo ideológico debe relacionarse de forma significativa con lo que el trabajador realiza en la práctica profesional. Las fundamentaciones conceptuales se obtienen, a través de esfuerzos deliberados por conceptualizar diferentes aspectos de la práctica, identificando problemas y procesos a través de la investigación sistemática y procurando la comprensión entre ellos.

En el área de la salud mental, son pocos los trastornos mentales en los que se logra una recuperación. Es ahí en donde equipos

interdisciplinarios vienen desempeñando una valiosa labor de apoyo, de información y asesoramiento. A pesar de tener aproximadamente un siglo de historia, todavía queda mucho por recorrer en el campo del Trabajo Social, en esta área.

Estas páginas ofrecen una visión de diversas expectativas y motivaciones personales de las autoras, las cuales encuentran puntos de coincidencia, en querer abordar una problemática, como lo es la Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer, que no a sido explorada exhaustivamente desde el Trabajo Social y sobre todo abordar el impacto que se produce en los cuidadores familiares de aquellos enfermos con Diagnóstico presuntivo de Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer. "La Demencia golpea el cerebro de paciente y el corazón de la familia", y la ayuda a la familia y al entorno que cuida al paciente con demencia, se ha convertido en un importante reto desde lo social. Así creemos que en este nuevo siglo que se aproxima, se abren nuevos campos de intervención para nuestra profesión en esta temática. Es indudable que el tema que nos ocupa es de índole compleja y cada vez de mayor relevancia social.

Por lo tanto en esta primera fase de nuestra investigación, nos planteamos, desde el Trabajo Social los siguientes interrogantes:

- ¿ Cuáles son las características de la Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer? .

- ¿ Qué impacto se produce en la relación enfermo - familiar en este tipo de problemática?

- ¿ Cuáles son las necesidades y satisfactores del familiar cuidador de los pacientes con Diagnóstico de Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer?.

- ¿ Cuáles son las intervenciones específicas del Trabajador Social?.

Al intentar responder estas preguntas, desarrollaremos a lo largo del trabajo los siguiente items:

A) Definición de Trabajo Social, Algunos conceptos metodológicos de la intervención y sus fases metodológicas.

A.1) Introducción sobre Trabajo Social y Vejez.

B) Revisión bibliográfica y documental para la obtención de los referentes teóricos sobre la temática a abordar.

B.1) Conceptualización sobre: Vejez, Familia y Desarrollo a Escala Humana (necesidades - satisfactores).

B.2) Alternativas para el cuidado del enfermo.

B.3) Reseña de las características de la Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer: aspectos médicos de la demencia y etiología de la enfermedad de Alzheimer .

C) Aspectos metodológicos de la investigación: Tipo de investigación, Selección de la Muestra, Recolección de datos y Análisis de datos.

D) Análisis de entrevistas realizadas.

E) Diagnóstico Situacional.

F) Elaboración de propuestas de abordaje individual, familiar y/o comunitario relacionado con la problemática, desde el Trabajo Social.

Nuestro trabajo se basará en una investigación cualitativa, desde el enfoque Humanista - Holístico - Dialéctico.

Por lo antes expuesto el objetivo del trabajo estará centrado en: **"Arribar desde la perspectiva del Trabajo Social; a un análisis y diagnóstico de la situación, en que se encuentran los Cuidadores Familiares de pacientes con Diagnóstico Presuntivo de Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer, concurrentes a G.A.M.A. (Grupo Apoyo Mal de Alzheimer) de la ciudad de Mar del Plata".**

FUNDAMENTACION.

El proceso de envejecimiento, algo natural en la vida, es esencialmente un proceso de cambio y ha sido desde siempre un motivo de preocupación para el hombre. A medida que envejecemos, nuestros cuerpos muestran este cambio de diversas formas: en el color del pelo (canas), en los cambios de la piel (arrugas), en el tono muscular y en la disminución y debilitamiento general de las funciones del cuerpo.

La vejez no es una enfermedad en si misma, pero la probabilidad de enfermar durante la vejez y que la enfermedad origine consecuencias negativas en el organismo, es mayor que en otras etapas de la vida.

El envejecimiento puede implicar cambios sutiles en la memoria y en otros procesos mentales. Sin embargo, cuando el olvido comienza a afectar la forma en que una persona funciona, podemos recién empezar a hablar de un grupo de síntomas que pueden acompañar ciertas enfermedades o condiciones físicas. Una de estas enfermedades es la conocida como Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer, descripta por primera vez en 1907 por el Dr. Alois Alzheimer, médico alemán.

Se parte desde la concepción de que la enfermedad de Alzheimer, "... es un deterioro cerebral progresivo e irreversible que afecta a las células nerviosas (neuronas), incapacitando a quien la padece a valerse por si mismo y generando total dependencia del familiar y/o cuidador"(1). El

deterioro progresivo de la función mental y física asociado con la enfermedad de Alzheimer, es sumamente penoso para las personas que padecen la enfermedad, para los familiares y para quienes los asisten. Si bien se desconocen las causas de la enfermedad, un gran porcentaje de ancianos está afectado y la prevalencia aumenta con la edad.

Como uno de los principales desafíos de los tiempos modernos, la Enfermedad de Alzheimer:

Es una enfermedad con un costo emocional devastador para el paciente y sus familiares y cuidadores (2).

Es la cuarta causa principal de muerte en los países occidentales después de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y cáncer (3).

Está asociada con una prevalecencia que aumenta bruscamente del 1,5 en el grupo etario de 60 - 69 años a más del 20 % en los mayores de 85 años de edad (4).

Es actualmente observada en 17 - 25 millones de personas en todo el mundo (5).

Es una carga económica importante para la sociedad, debido a los elevados porcentajes de uso de los servicios de salud y sociales (6).

Se calcula que es la tercer enfermedad más costosa, después del cáncer y de enfermedad cardíaca (7).

Se caracteriza por pérdida gradual de la memoria, incapacidad para realizar tareas de rutina, cambios de personalidad, desorientación y deterioro del aprendizaje, del juicio y del habla (8).

Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva no explicable por otras causas (9).

Se considera, que la familia de un paciente con estas características se ve repentinamente involucrada en una situación desesperante, por la angustia que genera el diagnóstico interdisciplinario (médico, psicólogo, terapista ocupacional y trabajador social), al cual se arriba luego de distintas estudios especializados y una exhaustiva evaluación neuro - psicológica y social.

El impacto de la demencia sobre el nivel familiar, tendrá mayor o menor repercusión según la presencia, ausencia o déficit de los siguientes factores: situación económica, número de miembros disponibles en el seno familiar, tipo de vínculos afectivos en la familia, tipo de relación conyugal, nivel cultural, entorno social, características físicas de la vivienda, estado de salud de los cuidadores y evolución del proceso demencial.

Teniendo en cuenta que luego del diagnóstico inicial, el impacto generado en el entorno del enfermo, debe ser abordado específicamente por profesionales especialistas en la temática sobre Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer. Es aquí donde la intervención del Trabajador Social adquiere suma relevancia. Como toda profesión, el Trabajador Social, tiene

su razón de ser en la existencia de una demanda social, que plantea como necesaria, la intervención de una práctica especializada en determinados tipos de problemas.

Es por eso que nuestro modelo de intervención se basara en la definición de Cristina De Robertis (10); que toma la concepción del rol del Trabajador Social como " Agente de Cambio". Para ejercer este papel de " Agente de Cambio", debemos llevar a cabo intervenciones. Hablar de intervenciones equivale a "querer Actuar", intervenir en un asunto, quiere decir "Tomar parte voluntariamente, hacerse mediador, interponer su autoridad" (11). Consiste, pues, en acentuar la acción, lo que el Trabajador Social hace. Lo que se pone en relieve es la voluntad consciente de modificar por su acción, la situación del asistido.

En todos los casos se trata de conocer la realidad para actuar sobre ella. Teniendo en cuenta que cada individuo, debe tener la posibilidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida personalmente satisfactoria y socialmente deseable.

El trabajador Social contribuye a mejorar el funcionamiento del individuo, grupo o comunidad, desde una metodología integrada, combinando el conocimiento y destreza de forma tal que propicie el crecimiento y bienestar del mismo, reconociendo su dignidad, necesidades y motivación.

Consideramos conveniente tener en cuenta, que en las últimas décadas se ha producido un aumento en la expectativa de vida en las personas de edad avanzada, dando como resultado un incremento en las patologías relacionadas con la edad; sobre todo en la demencia senil tipo Mal de Alzheimer.

Este fenómeno reciente, hace que las distintas disciplinas se encuentren en plena etapa investigativa sobre dicha problemática; dando respuestas parciales al abordaje y tratamiento del enfermo y de la familia del mismo. Es así, que estimamos de suma importancia la descripción de la realidad de los agentes intervinientes en dicha problemática; para de esta manera brindar la posibilidad de dar nuevos aportes a esta área de estudio.

BIBLIOGRAFIA.

1) PUBLICACIÓN DE LABORATORIO PARKE DAVIS. "Investigación y desarrollo de la enfermedad de Alzheimer". Argentina. Año 1994.

2) PUBLICACIÓN LABORATORIO NOVARTIS. "Monografía para sus pacientes con Demencia Senil Tipo Alzheimer".Argentina. Junio de 1998.

3) IDEM.

4) IDEM.

5) IDEM.

6) IDEM.

7) IDEM.

8) IDEM.

9) IDEM.

10) DE ROBERTIS, Cristina. "Metodología de la intervención en Trabajo Social". Editorial Hvmanitas. Bs.As. Año 1986. Pag. 68.

11) IDEM. Pag.68 a 69.

I PARTE

CAPITULO I: LA VEJEZ.

1.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA VEJEZ.

" Envejecer no es un proceso singular, ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida, que comienza en la concepción y finaliza con la muerte."(1).

Sabemos que ciertos procesos biológicos del envejecimiento son comunes a todos los seres humanos, a través de todo el mundo. Pero a pesar de que todos los hombres envejecen, las formas particulares de envejecer y el significado que se le atribuye en la vida no son universales.

Podemos decir que el envejecimiento es un concepto cultural, además de ser un proceso biológico. Más allá de descubrir las causas de la vejez, la meta es lograr envejecer satisfactoriamente, tanto física, como emocionalmente.

Las personas de edad avanzada padecen de una mayor predisposición a enfermedades crónicas; que tienden a incapacitar o limitar el funcionamiento de las personas por un período largo de tiempo. Afortunadamente, el estudio de la vejez, a llevado a diferenciar los cambios físicos y mentales, que son resultado de enfermedad y aquellos que son resultados del mismo proceso de envejecimiento. Así un estado de salud pobre va a convertir a los individuos, en dependientes.

El sistema social de las personas de edad avanzada, esta compuesto, de ciertos apoyos formales (instituciones) e informales (familiares, amigos y vecinos). Con estos últimos, las personas de edad avanzada mantienen mayor interacción y son los que proveen servicios de apoyo y sostén.

Es el medio social quién crea la imagen de los ancianos a partir de sus normas y de los ideales humanos que persisten en cada época.

A continuación detallaremos aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y social de la Vejez desde dos autores: Ricardo Moragas Moragas y Carmen Delia Sánchez Salgado.

1.2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA VEJEZ DESDE LO BIOLOGICO.

"... la vida social no puede existir sin el organismo, cuerpo u organismo físico, constituye el punto de partida de cualquier fenómeno vital" (2).

"La inmortalidad orgánica es un mito fácilmente destructible por la evidencia diaria de la muerte" (3). No se centra en el tema de la inmortalidad de lo no orgánico, del alma, psiquis u otro cualquier principio espiritual, ya que supondría entrar en el campo de las creencias religiosas

y metafísica en las que la aplicación del método físico experimental resulta difícil.

Las ansias de la inmortalidad o el prolongamiento de la vida, no son más que una huida de la realidad de la muerte; que no se conoce y no se desea afrontar.

"La muerte para la biología supone el final de un proceso vital, una etapa mas como el nacimiento; la muerte no supone el final de todo sino una parte del conjunto del fenómeno de la vida" (4).

"El organismo es una maquina compleja que se origina en la fecundación, surge a la vida independiente en el nacimiento, madura a lo largo de determinadas etapas y alcanza el envejecimiento, cuyo final lógico es la muerte. La muerte por consiguiente resulta conveniente para la supervivencia de la vida y lo que individualmente parece una tragedia, socialmente constituye una necesidad" (5).

El descenso de la tasa de fecundidad y el aumento elevado de ciudadanos de edad avanzadas en la pirámide de población, a originado un fenómeno único en la historia del genero humano, Este fenómeno se ha producido al superponerse dos factores que han incidido en el resultado final de la estructura de población, tanto porque los humanos tardan más de salir de la pirámide (viven más años, su esperanza de vida ha aumentado, se mueren más tarde) y entran menos jóvenes en los niveles inferiores,

debido al descenso de la natalidad. Sobreviven mayor número de personas debido a las mejoras obtenidas en la alimentación, sanidad y nivel de vida.

También se envejece de una forma diversa debido al medio ambiente contemporáneo.

El envejecimiento no se manifiesta biológicamente homogéneo debido a la variabilidad genética original y a la diferenciación de las experiencias vitales.

El rechazo que una parte de la población experimenta frente a un anciano, que muestra en su cuerpo las huellas de los años, constituye una respuesta aprendida por la presión social que insiste en los valores juveniles y fuerza ha aceptar como patrón de belleza, lo que caracteriza solamente a una parte de los ciudadanos.

Se debe tomar al envejecimiento como un proceso universal, con manifestaciones en el organismo distintas a otras etapas de la vida.

El envejecimiento como proceso vital de acumulación de años, no tiene porque ser un proceso patológico. Un prejuicio ampliamente difundido asemeja cese en el trabajo con inactividad personal, social y enfermedad.

"El envejecimiento constituye una etapa vital, con características propias y también oportunidades que no tiene necesariamente que relacionarse con enfermedad" (6):

a) Reducción de ritmo no es enfermedad: Salud y Enfermedad quedan cualificadas por las circunstancias históricas, geográficas, culturales y sociales y resulta difícil lo que constituye una vejez normal desde el punto de vista físico, pues lo que para unos constituye enfermedad y limitación, para otros supone meras molestias que no impiden desempeñar los mismos roles que en la vida adulta.

Con el paso de los años la estructura física de la persona experimenta decremento de su capacidad funcional, disminución en la velocidad de reacción y en su capacidad de enfrentarse a estímulos externos, pero esta reducción general de los ritmos orgánicos no supone ineptitud para la mayoría de las funciones de la madurez, ya que actitud y fuerza física son menos importante en una sociedad cada vez mas mecanizada.

b) Envejecimiento Saludable: Las causas de una vejez saludable orgánica deben buscarse en factores genéticos, originales y hereditarios de cada persona, y en factores del medio ambiente material y psico - social.

Se comprueba que en la ancianidad, como en otras etapas de la vida, la interdependencia de los factores da como resultado final: la persona humana.

c) Normalidad: ¿Que es la normalidad biológica para el anciano?. La forma de envejecer actual es radicalmente distinta de la tan solo una

década atrás. Antes se producía un descenso progresivo en la capacidad global del organismo, hoy la aptitud vital se prolonga durante mas años, el proceso final de decadencia vital dura menos y el recorrido final es más súbito; con lo que se ha añadido calidad de vida al envejecimiento, al verse reducido el número de años en los que se manifiestan las limitaciones orgánicas. Estas limitaciones están estrechamente ligadas a factores psicosociales de motivación, estilo de vida, interés, ocupaciones, compañía y capacidad de decisión.

d) Envejecimiento Patológico: Habitualmente existen enfermedades agudas o crónicas, entendidas por agudas la de corta duración y cuyo desenlace se puede prever, mientras que la enfermedad crónica se caracteriza por su larga duración y lleva asociada una limitación residual. Cuando a una condición crónica se añade un episodio agudo, las consecuencias son lógicamente mucho más grave, el organismo tiene menor resistencia y aumenta las probabilidades de muerte.

c) Tiempo y Enfermedad: Para el sujeto la excesiva disponibilidad de tiempo es patógena. Se ha demostrado que la ocupación en actividades instrumentales resulta esencial para la conservación de la salud. Lo más importante al tratar personas mayores es reconocer sus peculiaridades, la cronicidad de las situaciones y calidad de vida radicalmente distintas de las aplicables a poblaciones más jóvenes.

Se debe reconocer la individualidad del anciano en su enfermedad y tener en cuenta los efectos globales de su patología concreta en el conjunto de su vida biológica, psíquica y social.

1.3. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA VEJEZ DESDE LO SOCIOLOGICO.

"El proceso de envejecimiento puede analizarse sociológicamente desde dos puntos, el del individuo que lo experimenta y el de la sociedad en cuyo seno se representa"(7).

"... los procesos que se producen en el envejecimiento se basarán también en esta doble realidad, individuo - sociedad y se identificara con los términos más generales posibles, por una parte socialización (reacción del individuo) y por otra parte respuesta social (reacciones de la sociedad)"(7).

A) SOCIABILIZACIÓN: Es el termino más amplio para poner de relieve que el hombre se sujeta, desde el nacimiento, a las influencias de la sociedad de la que él mismo forma parte y contribuye a conformar. La sociabilización es universal en el tiempo y en el espacio.

La sociabilización no es solo un proceso de inicio y aprendizaje de los roles sociales fundamentales en la familia y la escuela, sino que todos

los hombres de ciudades desarrolladas adaptan sus conductas a nuevos elementos en el lugar de trabajo, en las relaciones sociales, en el ocio, en la política. Por tanto identificar socialización con etapas iniciales de la vida no es realista.

Etapas de la sociabilización (8):

1. ACEPTACIÓN → Interiorización de los valores de otra persona.

2. ACOMODACIÓN→ Ajustar los propios valores a los externos. (Cambio en la modalidad de vida, de música, de horario, de ropa; se acomoda a la familia).

3. ADAPTACIÓN → Supone de un grado mayor de acomodación o de ajuste a la realidad externa.

4. ASIMILACIÓN→ Interiorización de los valores externos incorporándolos a su conducta permanente).

5. INTEGRACIÓN→ Supone la Interiorización total de los valores del grupo integrado y de la manifestación externa de la conducta.

B) RESPUESTA SOCIAL: La respuesta social comprende las diferentes reacciones que grupos e individuos adoptan frente a la ancianidad.

- EDAD Y DINAMISMO SOCIAL: En general la ancianidad se considera una etapa negativa de la vida y la información sobre su potencial real es escasa, se destacan las limitaciones biológicas, psíquicas, sociales y existen barreras para recibir información objetiva sobre el potencial real del anciano.

- DE LOS AFECTADOS - ACTIVISMO: El activismo de los discriminados conduce a que sus problemas se manifiesten, sus necesidades sean captadas por los políticos, se aprueben medidas legislativas y se inicie el camino en la lucha por la igualdad de oportunidades.

- ACTITUDES: Implica una toma de posición frente a la edad, una valoración del sujeto respecto al fenómeno observado.

Actitud y Experiencia: Las actitudes de los jóvenes respecto a la ancianidad varían mucho según, como y cual, haya sido su experiencia con personas de edad. El contacto personal, la vivencia real, cambia las actitudes negativas de los jóvenes, debido a la deformación de los medios de comunicación de masa que muestran actitudes neutras o positivas.

El aspecto más importante de los estigmas de la vejez, es su carácter negativo e incapacitante. Ser viejo equivale entonces a estar físicamente incapacitado, sufrir de pérdidas mentales, ser económicamente dependiente; experimenta aislamiento social y perder status social. A menos que posean ciertos talentos, destrezas importantes o puedan

mantener una vida independiente en sus últimos años de vida; las personas de edad avanzada encuentran que el estigma de la vejez, limita sus oportunidades.

Algunas creencias y estereotipos sociológicos que prevalecen actualmente sobre esta etapa de la vida y este grupo poblacional son (9):

1. La vejez y la enfermedad van de la mano. Se asocia vejez con senilidad o deterioro mental.

2. Los viejos se sienten miserables y la mejor forma de adaptación es el aislamiento de la vida social. El punto principal a cerca del retraimiento es que tanto la sociedad como el individuo se involucran en este proceso (por el cual los individuos se van retirando gradualmente de la vida social) y la situación puede muchas veces ser creada por las mismas actitudes y valores de una sociedad que provee pocas oportunidades, para una participación continua en esta.

3. Los ancianos no son productivos. Esta nace de una sociedad capitalista, en donde se vale por lo que se produce, y mientras más se produce más status se posee. La productividad de los ancianos se puede medir en otros términos, que pasan desapercibidos por muchos (la contribución social que hacen las mujeres ancianas cuidando a los miembros necesitados de su familia).

4. Las personas ancianas no son creativas y no tienen capacidad para aprender. Esta creencia, no esta más lejos de la realidad, ya que la edad no determina la creatividad de las personas, ni limita sus posibilidades.

5. El sexo pasada la edad de los 60 años no es placentero. Los mismos ancianos asumen que la vejez es una etapa asexual y quienes sienten deseos sexuales, en este periodo de vida, experimentan sentimientos de vergüenza o se creen anormales. A pesar de los prejuicios sociales existentes, las personas de edad avanzada, pueden llevar una vida sexual activa.

6. Los ancianos son tercos y cascarrabias. El carácter inflexible de algunas personas no es producto de la edad, sino, es parte de su personalidad que ha sido moldeada a través de sus experiencias de vida. Algunas características de la personalidad se agudizan o desaparecen a medida que se entra en años.

1.4. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA VEJEZ DESDE LO PSICOLOGICO.

Ricardo Moragas Moragas en su resumen introductorio de obras de manuales de psicología habla de (10):

APTITUDES COGNOSCITIVAS:

A) INTELIGENCIA: Lo valorable en el anciano es su capacidad global. Una de las definiciones de la inteligencia la divide a esta en:

Inteligencia fluida que representa la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas; se basa en la dotación biológica original del sujeto, no tiene en cuenta las influencias de la cultura y se mide por el resultado de los tests según exactitud y velocidad, siendo los ancianos inferiores en rendimiento a los jóvenes.

Inteligencia cristalizada se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que adquieren los individuos en el seno de una cultura: se mide por tests de comprensión verbal y en ella los ancianos obtienen mejores resultados que los jóvenes. El descenso de la capacidad intelectual de los ancianos no se produce en función de la edad cronológica, sino en virtud de la influencia del ambiente, sea en general (guerra, situaciones económicas y acontecimientos políticos) o individual (crisis, divorcios, muertes, fracasos, etc.).

El decremento de la inteligencia global no aparece de una forma general hasta los 70 u 80 años y aún en estas edades puede ser prevenido con un medio ambiente estimulante y que apoya al anciano para que mantenga sus aptitudes intelectuales. El único decremento intelectual

inevitable se denomina "descenso terminal", se experimenta cerca de la muerte y se debe a causas orgánicas, más que psicosociales.

B) MEMORIA: La memoria es un complejo proceso en que los datos entran como imagen, en relación con los sucesos que experimentan los sujetos, y con una capacidad de discriminación subjetiva según las experiencias placenteras o adversas del sujeto. Se recuerda más las experiencias agradables que las desagradables, se recuerda mejor lo que nos afecta personalmente que lo que nos resulta indiferente. La memoria se clasifica por la proximidad de los hechos con el presente, como inmediato o primario (hasta treinta segundos), reciente (varios días), remota o secundaria (pasado lejano recordado) vieja o terciaria (pasado lejano no recordado), variando la facilidad de recuerdo de las diferentes clases de memoria. Tradicionalmente en la ancianidad, se recuerda mejor los hechos lejanos que los próximos, lo cual, sin dejar de ser cierto, debería llevarnos a analizar las condiciones ambientales donde se produjo el aprendizaje. La naturaleza de la memoria según los sentidos a originado la división entre memoria auditiva y memoria visual. Otra clasificación es la que divide la memoria según el tipo de recuerdos: episódicas, acontecimientos únicos para el individuo y semántico, conocimientos comunes al resto de la población. Las causas por las que se pierde la memoria son complejas, existiendo una base biológica y factores psicosociales (nivel bajo de inteligencia, falta de hábito de recordar, falta de motivación o profecía que sé autorrealiza)

C) CAPACIDAD DE APRENDIZAJE: se acepta que la asimilación de nuevos conocimientos, aptitudes y hábitos puede tener lugar a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación. En el anciano el aprendizaje puede tomar más tiempo, sin afectar la integridad del rol social y la velocidad de asimilación no tiene la misma importancia, que cuando se es miembro de la población activa.

El aprendizaje puede tener lugar a cualquier edad aunque el rendimiento disminuya y esta disminución no es sustancial hasta pasado los 70 años.

Los mayores éxitos en el aprendizaje, se han dado con personas de mayor nivel educacional y que ejercitaban frecuentemente sus aptitudes: profesional, educador, directivo con los que se refleja una vez más que, los que más tienen durante su vida adulta, sea en dotes físicos, intelectuales o de clase social, se hallan mejor equipados, para vivir la etapa de la ancianidad.

D) RAZONAMIENTO: La capacidad para la formación de conceptos puede disminuir con la edad, pero no es independiente de la capacidad de aprendizaje y o inteligencia con la cual tiene relaciones ciertas.

E) CAPACIDAD PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Para resolver un problema debe seleccionarse una alternativa entre varias, a través del análisis, la lógica y el razonamiento.

Con la edad, la actitud para la resolución de problemas, muestra los mismos decrementos que otras facultades cognoscitivas, aunque no suponga obstáculos para una vida social útil, pasados los 70 o más años. La manifestación de la dificultad de resolución de problemas se concreta, en las frecuentes repeticiones de las preguntas, menor capacidad de discriminación entre hechos relevantes o irrelevantes y mayor tiempo en reconocer los factores claves.

F) CREATIVIDAD: es una de las manifestaciones más notables de nuestras facultades intelectuales, y aunque no se conocen sus orígenes genéticos o adquiridos, se aprecian sus manifestaciones en todas las áreas de la experiencia. El individuo creativo nace y es creador en cualquier tarea que emprenda. Por otra parte, se puede enseñar a ser algo creativo, si se proporciona estímulos cambiantes y mecanismos adecuados.

1.5. CARACTERISTICAS DE LA VEJEZ DESDE LO PSICOSOCIAL

Carmen Delia Sánchez Salgado manifiesta que, las fuentes o áreas de ajuste social a las que, se enfrentan los individuos en la etapa de la vejez son (11):

- Retiro o jubilación, unido a reducción del ingreso.
- Cambios en la salud.

- Cambio en el ciclo de vida familiar: etapa del nido vacío, muerte de familiares, viudez y rol de abuelo/a.

- Cambio en la relocalización institucional o comunal.

El ajuste de estos cambios o procesos van a estar afectados por ciertas variables, estas son:

- De índole social (status ocupacional, estado civil, genero, edad y nivel educativo).

- De índole individual (salud, sistema de apoyo, recursos económicos y religión).

- De personalidad (características: optimismo, pesimismo, alegría, aislamiento, etc.).

- De socialización: (experiencias previas de vida y socialización).

A continuación se detallan algunas fuentes de ajuste, a la que en ocasiones se la toman, como cambio o pérdida de la vejez.

RETIRO: " ... El adulto se comporta como sí nunca hubiera de llegar a viejo. A menudo el trabajador se queda estupefacto cuando suena la hora de la jubilación, la fecha estaba fijada de antemano, la conocía, hubiera debido prepararse. El hecho es que - a menos de estar seriamente politizado - hasta último momento ese saber le había sido extraño"(12).

En la sociedad actual es uno de los cambios más significativos en la vida de la persona.

Existen dos tipos de retiro: OBLIGATORIO Y VOLUNTARIO.

En el primero incluye la falta de salud, retiro convulsivo por la edad, para ciertos empleos, cesantías o despidos.

Mientras que en el segundo, puede bajar la moral temporalmente, este evento no se convierte en un problema si la salud del retirado y la interdependencia económica esta garantizada, y si existe, una integración en las relaciones sociales y si estas son adecuadas.

CAMBIOS EN LA SALUD (13): Se ha evidenciado que la salud se deteriora con la edad y que las personas con edad avanzada, tienen una mayor tendencia a padecer enfermedades crónicas.

La decadencia gradual de los órganos y sentido que acompaña al proceso de envejecer, puede afectar el funcionamiento de la persona, su movilidad, su participación en actividades y comunicación con el mundo que la rodea.

La presencia de sistemas de apoyo va influir en el modo de enfrentar las mermas físicas.

CAMBIOS EN EL CICLO DE VIDA FAMILIAR (14):

1. Etapa del nido vacío: (abandono del hogar del último hijo). La persona de edad tiene que reestructurar y hacer ajuste con respecto al abandono de los hijos, del seno del hogar; luego que dedicaran su vida a su atención y cuidado. Esta reestructuración puede ser positiva o negativa.

2. Etapa de abuelo - abuela: Adquirir el rol de abuelo/ abuela hace que la relación padre - hijo cambie y se re - estructure en una relación de iguales.

La relación con los nietos - nietas tienen mucho significado simbólico y afectivo para las personas de edad avanzada

3. Viudez: La pérdida de seres queridos es una probabilidad alta en la etapa de la vejez; principalmente de la esposa - esposo. La persona que sobrevive se presenta a una variedad de problemas emocionales y prácticos.

El ajuste a la viudez conlleva un proceso parecido al del retiro. Se caracteriza por una ficción o duelo que implica soledad, perdida de compañía y provoca cambios en los estilos de vida y en la circunstancia de la persona.

4. Relocalización: El cambio residencial, es muchas veces impuestas en las personas de mayor edad, por diferentes circunstancias. La

relocalización implica un desafío adaptativo para las personas y muchas veces puede impactar seriamente la vida de estas y hasta acelerar su muerte.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO I.

1) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. "Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención". Editorial Hvmanitas. Bs. As. 1990. Pag. 11.

2) MORAGAS MORAGAS, Ricardo. "Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de vida". Editorial Herder. Barcelona. 1991. Pag. 45.

3) Idem Pag. 46.

4) Idem Pag. 47.

5) Idem Pag. 48.

6) Idem Pag. 55 a 58.

7) Idem Pag. 113.

8) Idem Pag. 114 a 117.

9) Idem Pag. 36 a 40.

10) Idem Pag. 69 a 78.

11) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. "Trabajo Social y Vejez: Teoría e Intervención". Editorial Hvmanitas. Bs. As. 1990. Pag. 77 a 78.

12) Idem Pag. 78 a 79.

13) Idem Pag. 80.

14) Idem Pag 81 a 84.

CAPITULO II: LA FAMILIA DEL ANCIANO.

2.1. FAMILIA: CONCEPTOS Y CARACTERISTICAS.

Sea la estructura a la que me incorporo al nacer o aquella que comienzo a configurar al casarme, la familia es siempre un grupo primario de pertenencia. Estas serían las "nativas vinculaciones", como las llamaría Mandrioni,H. (1), escena natural, primera y más estable de mi sociabilidad. Pertenencias que marcan un sello indeleble, original y originario, sentido y significativo. Su importancia, como grupo, está dado en que se trata de una afiliación perpetua y constitutiva, permanente, donde se juega particularmente el éxito de nuestro despliegue social y afectivo.

Según Rolla, E. (2), "la familia es una creación del hombre, que responde al intento de tener una agrupación de individuos, que funcionen sobre intereses comunes y con un desarrollo afectivo, en el que los afectos sean mutualizables, en el sentido del logro de soluciones de las problemáticas del ciclo vital". Sería una organización defensiva, ante los embates del ciclo vital de cada individuo y el conjunto familiar, como un todo. Es decir, que tendría o respondería, a una intencionalidad especulativa interpretada como un mecanismo o medio defensivo, una especie de colchón que atenúa los impactos de las crisis del ciclo vital.

Por su parte, Lukas, E. (3), la familia "... es una estructura específicamente humana que resulta insustituible y dentro de la cual cada

miembro, tiene una función llena de sentido (no son funciones arbitrarias sino que se armonizan), confirmando el valor fundamental e imprescindible de este grupo primario en respuesta a una necesidad específicamente humana."

Según Hall y Fagen (4) la Familia " es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución".

Las autoras adhieren a la definición dada por García Pintos, C. (5), quien considera a **la familia** como **" un sistema dinámico en interacción dialógica, que pretende - o debe pretender - ayudar al individuo a desarrollar una presencia afectiva y efectivamente responsable y libre en el mundo".**

SISTEMA: entendido como " un conglomerado de individuos que en su conjunto, y solamente en su conjunto, conforman una totalidad significativa, que sólo puede ser comprendida y adquiere una identidad reconocible como tal". El conjunto siempre será el resultado de la necesaria presencia de cada uno de los miembros, aún cuando se produzca o pretenda, la ausencia o desafiliación de uno de ellos por la razón que fuere.

Dentro de esta estructura cada integrante posee un lugar significativo, que no es intercambiable sino propio y legítimo; con un valor individual. Lo que sí es intercambiable es la expectativa del rol.

1. Valor individual: son los valores de cada individuo, los cuales, responden al propio individuo como valor.

2. El rol de cada uno: lugar que ocupa dentro del sistema cada integrante; a partir del mismo, debe asumir ciertas responsabilidades familiares, respuestas que debe dar al sistema y desde el sistema, a partir del lugar que dentro del mismo ocupa. No es intercambiable.

3. La expectativa del rol: es la expectativa que de cada rol se espera (proteger, ayudar, consolar, alentar, acompañar, etc.).

Precisamente cuando un sistema no puede "jugar" este intercambio de expectativas de rol, sufre de "rigidez", por estereotipia y establecen un espejismo de armonía o equilibrio familiar, que pretende resguardarlos de amenazas de desintegración.

Finalmente, este sistema está organizado sobre la base, como quedó dicho, de reglas, encargadas de establecer y contener la dinámica del mismo. Todo sistema, flexible o rígido, se organiza basándose en reglas que tienen por finalidad ordenar, la vida de la estructura y darle movimiento. En un sistema flexible, estas reglas estarán al servicio de un

ordenamiento dinámico, que tenderá hacia la realización individual y grupal; en un sistema rígido, apoyarán un orden estático, que lejos de orientarse hacia la realización, fija los individuos a su status actual e inamovibles.

DINÁMICO: por ser un sistema viviente, y como tal, encontraremos en él un interjuego de fuerzas, que son, el resultado y sentido de la propia vida del mismo. Desde lo técnico, el término "dinámico" se aplica a aquellas realidades, que reconocen en su intimidad fuerzas que entran en juego entre sí, de cuyo resultado, esa misma realidad cobra vida e identidad como tal.

La familia, se encuentra en un proceso permanente de modificación y cambio, en el cual, se basa para desarrolla su capacidad de crecimiento y continuidad como sistema. El ser humano, es libre y responsable, protagonista de los cambios.

La vida de una familia, responde a distintos tipos de CRISIS, que plantean desequilibrios temporarios y reasentamientos posteriores y en esa dinámica se va desenvolviendo el crecimiento significativo del sistema y sus individuos.

Podríamos decir, que el propio sistema cuenta con mecanismos de autorregulación o autoequilibrio, que se ponen en marcha al servicio de sobrellevar y resolver la crisis actual. Estos serían los siguientes:

El sistema de autoridad: cada sistema cuenta con una organización necesaria de autoridad. Tomando a la autoridad como algo que ordena y contiene. Este sistema debe ser claro, estable, coherente y firme si pretende ser continente, presentándose siempre, y particularmente en momentos de crisis, como un factor fundamental y necesario para resolver de manera segura y contenida el devenir de la familia.

Red de comunicación abierta: la posibilidad del encuentro y el diálogo en el marco de la familia, es una de las alternativas más saludables, para destacar en la vida del individuo.

En la actualidad, las familias se encuentran perturbadas en este sentido, falta comunicación entre los padres y los hijos, entre los esposos, y como la parentela es menor y la posibilidad de no comunicarse con uno, no puede compensarse por la de comunicarse con otros, el riesgo de aislamiento del individuo es mayor.

Ejercicios de roles en forma complementaria: la posibilidad de flexibilizar el espacio interaccional y de ampliar el espacio Individual, le dan a la familia una dinámica y un ejercicio saludable y operativamente efectivo, al momento de enfrentar las vicisitudes de la vida del sistema.

En la actuación, en estos mecanismos genuinos del sistema familiar, están contenidas las expectativas del mismo al momento de sufrir como víctimas, negar o buscar el provecho de cada situación que debe enfrentar.

Crisis del ciclo vital de la familia: Básicamente tenemos **crisis Vitales** (referidas a los momentos de transición o cambio esperables en el curso del desarrollo vital del sistema). Ellas son:

- Constitución efectiva de la pareja.
- La convivencia.
- Nacimiento de los hijos.
- Crecimiento de los hijos.
- Casamiento de los hijos o la partida de los mismos a otro lugar o residencia.
- La "Abuelitud".
- Fallecimiento del padre o madre de la familia.

Crisis Accidentales (referidas a situaciones también vitales aunque no esperables y que golpean por lo sorpresivo). Algunos de ellas son:

- Separaciones conyugales.
- Viudez temprana.
- Fallecimiento de los hijos.
- Abortos.

- Esterilidad de la pareja.
- Adopciones.
- Situaciones conflictivas en referencia con el crecimiento de los hijos (como por Ejemplo adicciones, delincuencia).
- Enfermedades crónicas o agudas de algún miembro de la familia.
- Cambios bruscos de estilo de vida (bancarrotas o riquezas repentinas).

Crisis Accesorias (la incidencia de factores externos e inespecíficos que en algún momento puedan afectar la vida y situación de la familia). Por Ejemplo:

- Guerras.
- Revoluciones.
- Crisis económicas o políticas.

Ante la alternativa agitada de tener que enfrentar tales crisis, la familia se presenta como un compacto, que cumple con las siguientes funciones:

a) Asegurar bienestar afectivo;

b) Asegurar bienestar material;

c) Absorbe el impacto de las tensiones que se deriven de enfrentar situaciones nuevas e imprevistas.

EN INTERACCIÓN DIALÓGICA: La dinámica del sistema familiar, está dada, por la menor o mayor posibilidad de diálogo que puedan manifestar en la relación interna, como en su relación con los otros sistemas familiares. Cuando la intercomunicación es buena y trasciende, es donde se encuentra el verdadero valor.

QUE PRETENDE O DEBE PRETENDER AYUDAR AL INDIVIDUO, A DESARROLLAR UNA PRESENCIA AFECTIVA Y EFECTIVAMENTE RESPONSABLE Y LIBRE EN EL MUNDO:

a) Presencia afectiva, a través, de la posibilidad de desarrollo de vínculos comprometidos, por medio de los cuales el individuo pueda desarrollar su propia posibilidad de comprometerse afectivamente de manera estable y creativa con otros.

b) Presencia efectiva: a partir del espacio de libertad y el testimonio de vida, aprender a desarrollar actitudes comprometidas de vida, desarrollo de los valores de actitud.

c) Presencia libre y responsable: el aprendizaje de un vivir autónomo, genuinamente humano, personalizante y creativo.

La familia es una institución, específicamente humana, siguiendo el concepto de Lukas, E. Es una escena necesaria para el pasaje de ser individuo a ser persona y para vivir como tal. Para todo individuo y a cualquier edad, la estructura familiar se constituye en la plataforma, desde la cual, se aspira a una vida plena de sentido. Es el lugar de encuentro armónico de individuos, que pueden descubrir y darle a su presencia y participación, un sentido pleno, comprometido y responsable.

" La familia es tanto más estable y más sana, cuanto más capaces sean sus diferentes miembros de armonizar sus funciones (familiares) con las circunstancias de los otros" (6).

2.2. LA FAMILIA DEL ANCIANO.

La institución familiar, no queda al margen del desarrollo sociocultural e histórico. Su dinámica se ve afectada, por el concurso de diversas variables, que modifican sensiblemente su existencia como sistema.

El esquema de los hogares trigeneracionales ha entrado en crisis en virtud de varios factores (7):

1. Por aumento de matrimonios que se casan y se van a vivir a su propia casa, antes era común, que los matrimonios jóvenes se quedarán en una de las casas paternas.

2. Por aumento de la migración de los más jóvenes del hogar (por ejemplo irse a vivir solos).

3. Por cambio en el rol de la mujer. Durante mucho tiempo, tuvo por rol principal y único, el ser ama de casa y éste, entre muchas cosas, representaba la alternativa de ser la que debía cuidar a los ancianos de la familia. Desde que la mujer por necesidades económicas o vocacionales modifica su rol, abandona también ese de "cuidadora" de los ancianos. Como muchos no pueden quedarse solo, en la casa, la convivencia generacional se modificó.

4. El problema económico - habitacional: hoy se ha abandonado la casa grande y la familia suelen ocupar, en su mayoría, departamentos con espacios reducidos. En la actualidad, aún no son tantos, los ancianos institucionalizados aunque si son mayoría los que viven solos. Esta tendencia, sé vera ciertamente agravada en el futuro, en virtud de dos razones:

- Aumento de la tasa de divorcios: la falta de compañía del cónyuge, también, se verá reflejada en la situación de los

mayores. Se dará el caso, de un hijo, que deberá atender las necesidades de sus padres separados o divorciados, viviendo en domicilios distintos.

- Disminución de la tasa de fecundidad: los viejos de mañana, no serán padres de familia numerosas, de modo tal que no podrán contar con muchos hijos, ni siquiera con muchos sobrinos, que pudieran hacerse cargo de ellos.

La familia de hace 50 años, tenía más descendencia que las actuales, pero una expectativa de vida menos, de modo que contaban con más miembros dispuestos a cuidarlos, sumado a que estos, al morir más jóvenes, no tenían tanta necesidad de depender de sus hijos. Hoy, contando con menos miembros, a los cuales recurrir, el anciano vive más, posee menos recursos económicos y necesita más por más tiempo.

García Pintos, C. (8) se refiere a los conceptos de " Solidaridad Generacional" y al de "Responsabilidad Intergeneracional". La relación entre generaciones, debe entenderse en el marco de la historia de una familia; de alguna manera, los hijos se comportan según pautas adquiridas en la infancia, a través, del modelo y testimonio que para ellos fueron sus progenitores. El tema o problema no arranca con la vejez del padre, sino se inscribe en un continuo histórico en, que en este momento, es una parte más y se resolverá en consecuencia con los anteriores. De cualquier manera, esa responsabilidad o solidaridad intergeneracional, existe. Aún,

en nuestro medio, muchos son los ancianos que son asistidos por sus hijos y nietos, material o afectivamente.

Al hablar de "responsabilidad intergeneracional", no se refiere exclusivamente, a la que debe asumir el joven o el hijo ante el viejo o padre, sino también a la que el viejo o padre debe asumir ante el joven o hijo.

Todas las incidencias y modificaciones sobre la vida familiar, pasando de ser una familia extensa a una nuclear, han generado modificaciones vinculares entre los jóvenes y los mayores.

Los hogares trigeneracionales han sido comunes en nuestro medio; más aún, con el fenómeno moderno de la "abuelidad temprana", hasta podemos encontrar, hogares de cuatro generaciones convivientes (bisabuelas, abuelas, hijas y nietas). Pero esta situación, particularmente en las áreas de ciudad más pobladas, van dando paso a hogares unigeneracionales y bigeneracionales. De modo tal que, las familias con ancianos habitualmente se enfrentan, tarde o temprano, ante una alternativa difícil:

- Incorporar al anciano al hogar de algún hijo.
- Institucionalizarlo o que viva solo o,
- Contratar a alguna persona para su atención.

Para resolver esta cuestión, la familia, deberá considerar:

- La situación del anciano (la convivencia con un anciano demenciado, por ejemplo, o con uno postrado, no es sencilla).
- Si el anciano no quiere " ser una carga" para sus hijos y desea vivir solo.
- Si el anciano no desea vivir solo y, de alguna manera, busca depender del grupo familiar.
- Si el anciano no quiere abandonar su casa por los recuerdos o significados, que ésta pueda guardar para él.
- Otras circunstancias.

La familia satisface, para sus componentes, una variedad de necesidades: físicas (alimentación, vivienda, cuidados en la enfermedad), psíquica (autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico) y sociales (identificación, relación, comunicación, pertenencia al grupo). Moragas Moragas, R. (9) realiza la siguiente clasificación de las necesidades, que poseen los ancianos, con respecto a su familia:

COMIDA: En la ancianidad, las necesidades fisiológicas de alimentación, son muy importantes y las comidas en familia mantienen la calidad de la dieta, que con frecuencia, falta cuando el anciano vive solo, ya que la comida resulta un acto eminentemente social. La relación del

anciano con su familia propicia su salud física, por el control de la calidad y regularidad de su alimentación.

VIVIENDA: El alojamiento, constituye una necesidad fisiológica de defensa frente al medio ambiente, en cualquier edad. La vida independiente, de los ancianos, en viviendas diseñadas para una familia completa, resulta muy costosa económicamente, y física y emocionalmente poco aconsejable. La familia, juega un papel fundamental en la localización de los ancianos, tiene importancia la localización del domicilio de los hijos, muchos padres que vivieron independientemente acabaron sus días con sus hijos o en residencias cercanas a ellos.

SALUD: Es el punto más débil del anciano, y la familia constituye, un intermediario útil, en la búsqueda de cuidados, debido a la propia debilidad del sujeto afectado y a la complejidad de los sistemas modernos en la atención de la salud.

ECONOMICO: La familia y concretamente los hijos constituyen, en caso de necesidad, la principal fuente de ayuda económica. Esta solidaridad forma parte de nuestro patrimonio cultural. La responsabilidad de los hijos con las necesidades económicas de los padres, se satisface de diversas formas: ayuda económica directa, ayuda en especie y alojamiento entre otras. La sanción social para los hijos que no se ocupan de sus padres necesitados, resulta importante. No existe un consenso, para la

alternativa, más efectiva para fortalecer la solidaridad familiar, ya que la responsabilidad económica se entrelaza con la afectiva, psíquica y social.

PSIQUICA: En la ancianidad, el mecanismo de defensa y equilibrio de la personalidad, se hallan amenazados por numerosas tensiones. Las familias, pueden proporcionar como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente. La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes, reconocen su importancia.

SOCIALES: Lo social se aprende en la familia y las relaciones familiares constituyen, la preparación para las relaciones con el resto de la sociedad. La familia que reconoce su posición social, proporciona al anciano un espacio social menos competitivo y agresivo y más adecuado a sus necesidades.

La familia del anciano es, una estructura, que él mismo ha elaborado, siendo de alguna manera responsable del tipo de dinámica funcional a la que pertenece. Si los hijos hoy actúan de tal manera o si los vínculos funcionan de tal otra, esto responde, en gran parte a estructuras sistémicas que han sido elaboradas por los propios viejos (son fundadores), de modo tal, que ahora ellos serán beneficiarios o víctimas de la dinámica que le hayan dado a sus propias familias.

Se trata de una variable muy importante a la hora de trabajar con la familia del anciano. Este enfrenta su familia, como el autor a su obra, se trata de algo que nace de él mismo y de cómo ha sido su relación y vinculación con ellos. Así, como podemos decir, que se envejece tal como se ha vivido, bien podría decirse que las relaciones y reacciones familiares en la vejez, responden a cómo se han estructurado funcionalmente.

2.3.SISTEMAS FAMILIARES-.

Teniendo en cuenta la taxonomía dada por García Pintos, C. (10), se pueden clasificar los sistemas familiares en maduros e inmaduros, de acuerdo a la posibilidad, de manejo armónico o no de los recursos que hacen a su estructura.

Según sea la función cumplida por el anciano dentro del grupo, será la vivencia de libertad y autonomía que éste tenga, el modo de disponerse a enfrentar las crisis de la vejez y la posibilidad concreta de resolverla o no y, en tal caso, en virtud de los recursos. De tal, resultará el vínculo, que caracterice al sistema y en particular a la relación del mismo con el anciano:

_ Vínculo inestable

_ Vínculo ineficaz

_ Vínculo estable y eficaz.

Sistema familiar maduro: sistema dentro del cual, sus miembros tienen una función llena de sentido y son capaces de armonizar sus funciones dinámicamente con las circunstancias de los otros. En este caso la armonía es resultante de esa integración funcional y afectiva, que implica estabilidad.

La **familia normal** es la representante de los sistemas familiares maduros.

Se entiende por " normal" la cualidad del sistema, en el cual, sus miembros son independientes, pero interdependientes; autónomos en lo personal, pero comprometidos por las circunstancias de los otros. Están vinculados por lazos de mutualidad con reciprocidad.

Este sistema familiar se desarrolla en un clima continente y acogedor, flexible y firme a la vez. Esa mutualidad está alimentada y cimentada, en una actitud de aceptación positiva del otro, lo que implica recíprocamente, respeto, conocimiento, comprensión y responsabilidad.

Se trata de un sistema emocionalmente estable, con buena administración de recursos, al servicio de la continencia y resolución de las crisis individuales y grupales, que existe, por ende, como firme estructura por detrás de sus miembros.

Normalidad es la posibilidad de responder flexible, dinámica y efectivamente, ante los diversos conflictos que se sucedan.

En la familia normal, los miembros están dispuestos a aportar, a sumar esfuerzos y recursos al servicio de la resolución de los conflictos, que deben enfrentar. Son compactos continentes, que cuentan, con la creatividad, flexibilidad y comprensión necesarias como para enfrentar estas situaciones y recuperar el equilibrio.

Sistema familiar inmaduro: Se trata de aquel grupo familiar, en donde, sus individuos no asumen correctamente sus roles, en virtud de priorizar sus propios intereses,, en detrimento de los intereses del grupo. Es decir, no hay compromiso con la dinámica y vida del sistema. Es posible localizar un alto monto de agresividad y hostilidad y mucha rivalidad entre sus miembros, aunque manifestada casi siempre de forma solapada. No cuentan con la posibilidad de manifestar abiertamente estas relaciones. Los vínculos afectivos son superficiales y cambiantes, intermitentes e inestables.

Son grupos con escasas posibilidades de resolver adecuadamente situaciones críticas, en tanto, las situaciones de rivalidad y la priorización de los intereses personales y placeres, plantean al miembro, que introduce la crisis como un verdadero estorbo. En realidad no se considera que la "crisis" sea del grupo, sino, del individuo que la vive, dejándola a su propia suerte.

Son familias desarmónicas, en las que sus miembros, priorizan sus propios intereses sin comprometerse con las circunstancias del grupo, dándose que al adoptar los individuos tales actitudes, se generan dentro del sistema lo que podríamos llamar " puestos o roles" vacíos.

Dentro de los sistemas inmaduros, podríamos caracterizar cuatro tipos de familias:

_ Abandónica.

_ Sobre - protectora.

_ Tipo clan.

_ Distante.

La familia tipo clan: Son familias, organizadas en torno a la figura de uno de sus miembros, aparentemente fuerte, aunque en realidad fortalecido por la misma estructura del clan. Se trata de grupos monolíticos que actúan rígidamente, sin posibilidad de independencia de sus miembros, los cuales, son absorbidos o aglutinados por el propio clan. Es una estructura organizada, sobre mandatos contundentes, que inhiben el dinamismo libre y responsable de sus miembros.

Se mantiene una comunicación formal unidireccional, pero informalmente o de manera latente subsisten conflictos con esa misma

figura. " Todos para uno y uno para todos ", sería el lema distintivo de este sistema cerrado de organización familiar.

¿ Cómo responde a la problemática del viejo?

No pueden dar respuesta a la problemática del anciano, porque, se ocupan más de la subsistencia del sistema, que del bienestar de sus miembros, perdiendo el rol que funciona como fuerza de cohesión y subsistencia, el sistema se desmorona.

Familia abandónica: En estos grupos, sus integrantes, viven intensamente ocupados en sus propios intereses y actividades, dejando de lado al grupo familiar, el cual, podría decirse, queda emocionalmente estéril. Reconocen en su dinámica una comunicación y relación altamente descuidada; relación y unidad del sistema, que se ve resquebrajada, a partir de la extrema vivencia de contemplar a los otros, como verdaderos extraños, ajenos a las alternativas propias de vida.

Paradójicamente, sus integrantes suelen ser, "demandantes, insatisfechos y dependientes", aunque en realidad vivencian una especie de "dependencia de nadie", con grandes conflictos y dificultades en el manejo de sus vidas afectivas, expresión de su emoción y vínculos.

¿ Cómo responde este sistema a la problemática del anciano?

Con la imposibilidad de dar una respuesta afectiva y efectiva. Pareciera ser que el anciano y su problemática, no les perteneciera, como si no fuera parte integrante del sistema, de modo tal que reclaman de los otros, que le den una resolución al caso.

Familia Distante: Son familias básicamente abandónica, reflejan una actitud o apariencia serena.

Esta serenidad, está basada, en una actitud clara de intelectualización e inhibición de la expresión afectiva. Son familias que apelan frecuentemente a la racionalización e intelectualización, al momento de explicar sus vínculos o modos de encarar situaciones diversas, cubriendo de esa manera una extraordinaria inhibición de sus emociones.

Tanto las familias abandónica como distantes, pueden asumir actitudes de sobreexigencia, respecto del anciano. Aquí se espera que el otro haga, lo que yo quiero - necesito - reclamo o se me ocurre que haga.

Familia Sobreprotectora: Demuestran un excesivo interés y preocupación por todo lo referente a sus miembros, desde, las cosas más significativas a las más insignificantes. Son grupos omnipresentes, vigilantes e hiperemotivos.

Presentan una evidente dificultad para vincularse con extraños al grupo, en virtud de ser emocionalmente volubles y plantear tal

característica, como un cierto problema de ajuste con personas y o grupos emocionalmente más maduros.

Los grupos sobreprotectores, son aquellos, que en realidad, experimentan una actitud básica de rechazo entre sus miembros, pero a partir de la imposibilidad de adquirir noción consciente de sus conflictos, elaboran y mantienen una actitud sobre - protectora como compensación o reparación de sus deseos e intenciones.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO II.

1) MANDRIONI, Hector D. "La vocación del hombre", en GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 15.

2) ROLLA, Edgardo H. "El ciclo de la vida de la familia. Actualidad Psicológica". Año VI, Nº 54. Bs. As. Abril de 1980. Pag. 12 a 14.

3) LUKAS, Elizabeth. " Tu Familia necesita sentido". S.M. Madrid, en GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 16.

4)HALL y FAGEN. "Repercusiones en la Familia del Envejecimiento y de la Enfermedad de Alzheimer", en FLÓREZ LOZANO, José Antonio. "Enfermedad de Alzheimer: Aspectos Psicosociales". Editorial EDIKAMED. España. Año 1996. Pag. 46.

5) GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 16 a 29.

6) LUKAS, Elizabeth. " Tu Familia necesita sentido", en GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 29 a 30.

7) GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 31 a 32.

8) Idem. Pag.33 a 35.

9) MORAGAS MORAGAS, Ricardo. "Gerontología Social, calidad de vida y envejecimiento". Editorial Herder. Barcelona. 1991. Pag. 137 a 141.

10) GARCIA PINTOS, Claudio C. "La Familia del Anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Bs. As. 1993. Pag. 43 a 67.

CAPITULO III: DEMENCIA SENIL.

3.1. DEMENCIAS: CLASIFICACIÓN Y CARACTERES GENERALES.

Si tomamos la definición de Archibaldo Sepúlveda (1), "La demencia es un síndrome, un conjunto de manifestaciones que traducen una falla crónica en el funcionamiento cerebral, que puede deberse a múltiples enfermedades".

Para el DSM-III (2), **la demencia** "es una pérdida de capacidades intelectuales de suficiente severidad como para interferir en las ocupaciones sociales o profesionales; el déficit es polimorfo e incluye memoria, juicio, pensamiento abstracto y una gran variedad de otras funciones superiores corticales".

CLASIFICACIÓN (3).

- Demencias Degenerativas: entre ellas se encuentran la Enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Pick, el Corea de Huntington y la enfermedad de Parkinson.

- Demencias vasculares: debido a accidentes cerebro vascular.

- Demencias Infecciosas: enfermedad de Jakob - Creutzfeldt, la neurosífilis, meningitis crónicas, el complejo SIDA - demencia y otras.

- Demencias Traumáticas: son la causa más frecuente de demencia en los jóvenes, especialmente en el hombre. Son pacientes que han sufrido contusiones cerebrales graves, con o sin hematomas intra - cerebral, operados o no operados.

- Demencias Tóxicas y Metabólicas: se deben al alcoholismo en adultos y al uso del neopren en niños. Entre las demencias de origen metabólico se encuentran las debidas a fallas hepáticas, renales, tiroides, etc.

- Demencias por tumores cerebrales.

Seudodemencias(4)": ...son cuadros clínicos, en las cuales, existe un defecto marcado en las pruebas de memoria, juicio, cálculo, etc. que no se debe a una lesión cerebral, sino a factores psicológicos o emocionales." Algunas de ellas son por depresión, por histeria y síndrome de Ganser.

Criterios de Demencia extraídos del DMS III (5):

1. Pérdida de la capacidad intelectual, de suficiente gravedad, como para perjudicar el funcionamiento social - ocupacional.

2. Pérdida de memoria a corto y largo plazo.

3. Al menos uno:

a) Problemas de pensamiento abstracto.

b) Trastorno del juicio.

c) Trastornos disfuncionales corticales superiores:

- Afasia: trastorno del lenguaje debido a disfunción cerebral.
- Apraxia: incapacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de comprensión y función motora intacta.
- Agnosia: fracaso para reconocer o identificar objetos a pesar de función sensorial intacta.

d) Cambios de personalidad.

4. No hay obnubilación de la conciencia.

5. Presencia o ausencia de factor orgánico (evidencia de historia, examen físico o test de laboratorio de un factor orgánico específico, que pueda pensar este etiológicamente relacionado con el trastorno).

Síntomas más importantes del deterioro mental **relacionado con la edad y la demencia** (A. Fanchamps) (6).

A) Deterioro cognitivo.

- Confusión.
- Desorientación.

- Dificultad para concentrarse (alteración del alerta mental).
- Olvidos (afectación de la memoria a corto plazo).

B) Síntomas somáticos.

- Anorexia.
- Cansancio.

C) Pérdida de la independencia.

- Trastorno en el cuidado de sí mismo.

D) Alteración de las relaciones interpersonales.

- Hostilidad.
- Irritabilidad.
- Pesadez.
- Falta de cooperación.

E) Trastorno de la afectividad.

- Labilidad emocional.
- Temores (ansiedad).

F) Apatía.

- Depresión.
- Alteración del sueño.
- Falta de sociabilidad.
- Indiferencia respecto al entorno.
- Falta de motivación e indiferencia.
- . Mareos y vértigos (inestabilidad).

3.2. DEMENCIA SENIL TIPO MAL DE ALZHEIMER.

La Enfermedad de Alzheimer es seguramente, la que prevalece entre el conjunto de demencias, que padece la población en edad de senectud.

El 10 % de la población mundial es mayor de 65 años y, entre este grupo, pueden haber más de 22 millones de personas que sufren de la Enfermedad.

Según Cascabelos, R. (7) "la Enfermedad de Alzheimer representa de un 50% a 60% de todas las demencias ". Y su alto índice de prevalecencia, la sitúa como la tercer causa de muerte entre los adultos de la poblaciones industrializadas, después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares.

La National Foundatión for Brain Research (8), considera que los costos estimativos por la enfermedad en 1991 fueron: "...de 9.000 millones de dólares en atención médica, 3.400 millones en asistencia residencial, 6.300 millones en servicios sociales y 94.500 millones en gastos por muerte prematura y horas de trabajo pérdidas por los familiares y cuidadores de los pacientes".

Esta incidencia de la enfermedad en el ambiente familiar y laboral, da una idea del gran problema psico – social, que acarrea la misma en la dinámica familiar, social, laboral y económica; lo cual, preocupa seriamente a las autoridades sanitarias y familiares, debido a su enorme cuantía, ya que su atención, cuidado y tratamiento pueden superar al resto de las enfermedades que afecta al hombre.

José A. F. Lozano (9) nos indica que **la enfermedad de Alzheimer** "es una entidad neurodegenerativa y la causa más común es la demencia".

Su etiología y patogenia se desconocen por el momento en toda su profundidad.

El DMS - III (10) describe a la enfermedad de Alzheimer, haciendo hincapié en tres aspectos fundamentales:

- Que existe deterioro.

- El declinar es global, no se restringe únicamente una facultad o a un solo campo mental.

- Existe una relación estrecha entre el declinar mental del anciano y la degeneración neuronal.

El desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, es progresivo y en su evolución constante, se pueden apreciar fácilmente tres fases:

FASE I: "... de aparición gradual, puede tener una duración de dos a cuatro años, denota en el enfermo signos de confusión de nombres y lugares, menor habilidad para recordar todo tipo de información, pérdida de iniciativa y gran ansiedad; todo ello muestra, como el psiquismo de estos enfermos, se ve profundamente afectado hasta el punto de producir un resquebrajamiento total del "yo" "(11).

Según Sjogren, T (12) "... se observan igualmente fallas en la concentración, así como fatiga, inquietud, acentuación de los problemas de personalidad. Se detecta también, en el paciente, una pérdida de iniciativa y desinterés en las actividades cotidianas, que comienzan a preocupar a la familia. Se acentúan algunos índices de cambios en su personalidad, lo que supone problemas de inadaptación familiar y social".

Caballero García, J. (13) manifiesta que "... es frecuente observar, en el paciente con enfermedad de Alzheimer, dificultades para encontrar palabras (anomia) y alteración en el pensamiento abstracto".

Kaszniajk y Cols (14) indican que "... en esta primera fase la conversación y el lenguaje quedan relativamente preservados, aunque con ligeros déficits en su articulación, en la duración de la frase y en estructura sintáctica"

Wells, C. (15) expresa que "... las alteraciones en el sueño comienzan a ser significativas, aparece una alteración en el ritmo" sueño - vigilia", y todo ello comienza a constituir un auténtico estrés para la familia".

FASE II: "... en este nivel, se observa que la pérdida de memoria es bastante apreciable y continua la confusión de nombres, lugares, vivencias, etc. El nivel de autonomía psicológica y de independencia del paciente, comienza a disminuir ostensiblemente, al tiempo que también empieza a peligrar su vida y la de los demás (deja la llave del gas abierta, no apaga la cocina, el televisor se queda encendido, atraviesa la calle sin preocuparse del paso de vehículos, etc.) Comienza, por lo tanto, una gran preocupación familiar ¿Qué podemos hacer?, ¿Se podrá curar?, ¿Qué enfermedad es esta?, ¿Adónde tenemos que ir?, Etc. La dificultad para reconocer amigos, familiares, etc.; también es evidente al igual que la pérdida del lenguaje; esta segunda fase puede prolongarse bastante en el tiempo y durar entre tres y cinco años" (16).

"... se presentan síntomas psicóticos diversos, tales como, ilusiones, alucinaciones y paranoia, acompañadas de la aparición de conductas agresivas"(17).

"... la concentración va disminuyendo y la desorientación en tiempo y lugar es total, surgiendo fallas en la orientación. El problema del lenguaje comienza a ser cada vez más evidente, en el sentido de un gran empobrecimiento, con un vocabulario cada vez más escaso y con gran dificultad para encontrar el nombre de las cosas. Deja de ser un vehículo de comunicación eficaz del pensamiento explicitado, puesto que el mismo pensamiento está afectado o es prácticamente inexistente. La memoria de fijación se ve sensiblemente afectada y paulatinamente se va instalando un síndrome " afaso- apraxo - agnósico", que se caracteriza básicamente, por carencias de la palabra, marcando indudablemente la profundidad del deterioro consustancial de la enfermedad de Alzheimer" (18).

FASE III: "... en su conjunto, todo los síntomas se agravan, la incapacidad para reconocer a cualquier miembro de la familia es evidente, el desconocimiento de "sí mismo", la incapacidad para cuidarse ha sí mismo, la incontinencia urinaria y fecal, la pérdida del habla, el comportamiento depresivo, etc. también son frecuentes. Se evidencia, por lo tanto, una involución psiquica global, que muestra una ruptura de la estructura de la personalidad y de las funciones psíquicas superiores, quedando el paciente como un auténtico "vegetal" (19).

"... en lo que se refiere a la tercera fase, se puede decir, que tiene una duración variable y que depende de la propia agresividad de la enfermedad, de la prevención, del tratamiento y de los cuidados higiénicos,

dietéticos que se presten al enfermo por parte de familiares, cuidadores y agentes de salud. La apatía domina completamente la personalidad y la conducta de estos enfermos" (20).

"... expresan que, el cuadro clínico característico que se inició con la pérdida de la memoria de fijación y con olvidos, progresivamente más severos, se va haciendo mucho más complejo, incluyendo otros síntomas que afectan al lenguaje, a la gnosis visual y a las praxias. Existe un progresivo empeoramiento, deteriorándose a la vez y de forma paralela todas las esferas cognitivas" (21).

"... el problema del equilibrio y de la marcha afecta gravemente la capacidad de deambulación e independencia del paciente, quedando finalmente inválido y en estado vegetativo" (22).

Caballero García, J. (23) nos habla de "... una **IV FASE** o fase terminal, donde sobreviene ya un deterioro generalizado, que imposibilita al enfermo cualquier tipo de control voluntario en las conductas más elementales, las funciones psíquicas superiores aparecen severamente afectadas y son prácticamente inexistentes.

Frecuentemente tiene lugar la postración, adoptando el enfermo la postura "fetal" caracterizada por la flexión de cadera, rodilla hacia el abdomen, terminando en la atrofia muscular severa.

Es muy frecuente, la aparición de las úlceras de presión. La alimentación comienza a complicarse, al igual que la gravedad de las úlceras, con todo el problema que supone su control y curación, muchas veces realmente imposible, ya que se cura pero sobreviene otra y así se sigue casi de forma continua hasta el fallecimiento del enfermo".

Como es natural, este perfil puede variar de un paciente a otro, existiendo algunos cuyo deterioro y descompensación en la personalidad es muy rápida, mientras que otros presentan un perfil evolutivo mucho más lento. Naturalmente, los métodos de asistencia y de cuidados son naturalmente distintos en cada paciente.

3.3. TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA DEMENCIA SENIL TIPO MAL DE ALZHEIMER.

FARMACOLOGICO: hasta el presente se han ensayado múltiples tratamientos, con poca efectividad clínica, capaces de mejorar el funcionamiento cerebral, en personas con demencia. En la actualidad, las terapias adecuadas de los síntomas cognitivos, de la enfermedad de Alzheimer, consiguen enlentecer o detener temporalmente el curso de la enfermedad. Se ha demostrado, que su uso retrasa la necesidad de ingreso en una residencia de ancianos. Su efectividad, es tanto mayor, cuanto más precozmente se inicia el tratamiento (24).

NO FARMACOLOGICO: como lo señala Luis F. Agüera Ortiz (25), consiste en una combinación de dos factores:

1- Abordajes estructurados y técnicas aplicadas a problemas concretos, que persiguen mejorar los síntomas de la demencia, del área cognitiva fundamentalmente. Su aplicación requiere, personal especializado en centros específicos para ellos. Las principales terapias serían:

- Clínica de memoria.
- Terapia de orientación de la realidad.
- Terapia de reminiscencia.
- Terapia de validación.
- Terapia de resolución.

2- Una buena dosis de intuición del cuidador, para reaccionar frente a situaciones que se le van presentando:

- El caminar incesante y vagabundeo del paciente.
- Preguntas repetidas.
- Insomnio. Cambio del ritmo del sueño.
- Comunicación.
- Incontinencia de esfínteres.

- Reacciones catastróficas.
- Alimentación.
- Aseo y baño.
- Sexualidad inapropiada.
- Alucinaciones
- Delirios.
- Apatía y desconexión.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO III.

1) DONOSO SEPÚLVEDA, Archibaldo. "Vejez y envejecimiento. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: aspectos clínicos y familiares." Publicación de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 1996. Pag. 17.

2) VALLEJO RUILOBA, Julio. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Editorial Barcelona. Mallorca. España. Año 1986.

3) DONOSO SEPÚLVEDA, Archibaldo. "Vejez y envejecimiento. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: aspectos clínicos y familiares." Publicación de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 1996. Pag. 19 a 31.

4) IDEM. Pag 39 a 40.

5) D.S.M.III. "Aspectos psicopatológicos y bioquímicos", en FLORÉZ LOZANO, José A. "Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 15.

6) FANCHAMPS, A. " Deterioro Mental relacionado con la edad y demencias", en FLORÉZ LOZANO, José A. "Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 28.

7) CACABELOS, R. " Aspectos Psicosociales de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 5.

8) IDEM. Pag. 5.

9) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 27.

10) D.S.M. III. "Intervención Psicológica en la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 78.

11) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 27.

12) SJÖGREN, T, SJÖGREN, H. "Aspectos clínicos y psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 27 a 29.

13) CABALLERO GARCÍA, J.A. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 33.

14) KASZNAJK Y COLS. " Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 33.

15) WELLS, C. E. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 33.

16) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 34.

17) BERRIOS G. E. Y BROOK, P. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 34.

18) CABALLERO GARCÍA, J.A. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 35 A 36.

19) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 38 A 39.

20) CABALLERO GARCÍA, J.A. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 37 A 38.

21) MILLIAM, Pascual y COLS. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 38.

22) ZARRANZ, J. A. ""Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 39.

23) CABALLERO GARCÍA, J.A. "Aspectos clínicos y Psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer", en FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales." Editorial EDIKANED. España. 1996. Pag. 39 A 40.

24) AGÜERA ORTIZ, LUIS FERNANDO. "Demencia. Una aproximación práctica". Editorial MASSON, S.A. España 1998. Pag. 43.

25) Idem. Pag. 57 a 61.

CAPITULO IV: ALTERNATIVAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL TIPO MAL DE ALZHEIMER.

4.1. GENERALIDADES.

La necesidad de servicios en geriatría, los cambios producidos en la conformación familiar, la dependencia potencial de un sector pasivo creciente, sostenido por la población económicamente activa, son los **factores,** que deben ser considerados, para abordar alternativas para el cuidado del paciente anciano.

La Asistente Social Alicia Rouax de Bolatti (1), cita dos posibles **sistemas de asistencia y protección**:

El mantenimiento del **paciente anciano en su hogar** o en su medio habitualmente, con miras a evitar la internación o por lo menos postergarla. El cuidado del Anciano queda a cargo de la figura del **"Cuidador".**

La institucionalización se puede dar por diferentes causas:

1. Medicas: demencias pre-seniles, demencias seniles, secuelas de A.C.V. tales como, hemiplejías, incontinencias o confusiones.

2. Sociales: medio familiar no continente: cuestiones laborales, deterioro de los afectos de la familia con la persona de edad avanzada,

desequilibrio del grado de adaptación del anciano con otras generaciones, etc.

3. Económicas o de vivienda: ya sea porque, el anciano, vive en casa alquilada y su pensión o jubilación no basta para solventar dicho alquiler o porque su vivienda es compartida con su familia y hace que el adulto mayor no pueda participar en la organización familiar.

4. Por propia voluntad del anciano: por soledad, por necesidad de sentirse útil, como así también, por la búsqueda de seguridad.

4.2. CUIDADOR: CARACTERISTICAS.

En la familia, la atención de un anciano enfermo de Alzheimer, siempre es causa de cambios.

La enfermedad de Alzheimer, impide que el paciente cuide de sí mismo, origina cambios en la conducta y en la personalidad con una progresiva perdida de la memoria, de la capacidad verbal y del juicio.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto y sabiendo que la enfermedad es incurable y de curso progresivo, **la familia** pasa a ser **el principal eje de sostén**, del anciano enfermo. Por ende, la misma debe: **INFORMARSE** sobre la enfermedad, **PLANIFICAR** la atención al enfermo,

COMPRENDER al enfermo adaptándose a los acontecimientos y **MANTENER** al enfermo en su entorno habitual.

El número de enfermos con esta patología es cada vez mayor, y el costo económico que suponen para los gobiernos y para las familias, el cuidado de estos enfermos, es inmenso. Cada familia tiene que partir de los recursos económicos de que disponen y el grado de solidaridad entre sus miembros. Por esto, las familias, cuyos ingresos económicos son insuficientes, se encuentran en mayor peligro de enfrentar dificultades, a medida que pasa el tiempo para satisfacer las demandas de tratamiento, de un anciano enfermo. Esta situación, aumenta la carga sobre los miembros de la familia, que prácticamente deben luchar solos con el problema.

En cada familia, el cuidador, va a variar según las relaciones con las que cuente el enfermo, es así, que **el cuidador puede ser el cónyuge, familiares directos (hijo/a) y o cuidadores externos.**

Según José Floréz Lozano (2),"... a la hora de tomar decisiones, en cuanto a la persona o personas que se van a ocupar del paciente, hay que valorar el impacto psicológico de las relaciones previas entre el paciente y su cuidador, ya que, si han sido positivas es más probable que la tarea se realice de manera afectuosa. Si la persona que cuida al paciente no esta satisfecha con la relación (porque sufrió maltrato cuando era niño o como cónyuge), habrá rechazo fácil de entender, para dedicar el esfuerzo físico y

emocional que se requiere, para conservar el bienestar de un anciano dependiente".

Los familiares, que se alejan del paciente, a veces lo hacen por falta de cariño, desinterés, inquietud, miedo o rechazo. Otras veces se alejan por la actitud del cuidador principal, que dice " déjenme a mi, me corresponde " o "yo se hacerlo, los llamare si los necesito ". En otras oportunidades los familiares y/o amigos, se alejan por la pena que produce el enfermo y no saber como ayudarlo.

Generalmente el cuidador, es una mujer, la esposa o una hija; es poco frecuente que sea el marido y menos aun que sea un hijo. Esto se debe en ocasiones a razones de trabajo, pero influyen los factores culturales o emocionales que hacen que la mujer este más dispuesta a cuidar directamente del paciente.

El Dr. Archibaldo Donoso Sepúlveda (3) explica que, "... es muy frecuente que el cuidador principal, quede aislado en sus labores y que otros familiares se limiten a dar consejos o incluso a criticar su desempeño." Esto significa, que debe dejar de lado actividades sociales, recreativas y de desarrollo personal.

El cuidador principal debe cuidar de sí mismo, puesto que la sobrecarga a la que está sometido le produce con frecuencia problemas de

salud; puede llegar a deprimirse o estresarse, lo que puede traducirse en enfermedades del cuidador, maltrato o sobre medicación del paciente.

Los factores que influyen, en el agotamiento psíquico, al asumir la responsabilidad de cuidar a un anciano con Alzheimer, según Floréz Lozano (4) son:

- Agotamiento personal.
- Falta de apoyo.
- Incertidumbre respecto al tratamientos.
- Trabajo excesivo.
- Falta de tiempo.
- Disfuncionamiento de la estructura familiar.
- Conflicto con otros familiares.

Los aspectos, arriba citados, pueden causar importantes **trastornos psicológicos en el cuidador principal,** que se detectan cuando algunos de los síntomas siguientes se agudizan (5):

Agresividad constante contra los demás, porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en casa.

Gran tensión, contra los cuidadores auxiliares, porque " todo lo hacen mal ", no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora correcta la medicación etc.

Aislamiento progresivo, y tendencia a encerrarse en uno mismo.

CUIDADOR EXTERNO: se define como "el que asiste al paciente minusválido, que tiene inclusión o no, que está fuera de la familia, que debe tener condiciones y capacitación" (6).

Es importante privilegiar la relación familia - cuidador. El cuidador, debe convertirse en formador de la familia, para trabajar con ella en todo momento.

Para facilitar al **cuidador externo,** la realización de los cuidados y evitar posibles efectos yatrogénicos**, es necesario que** este **cuente con la información, la explicación y la comprensión de los siguientes cuidados:**

- Aseo personal: la importancia del mismo y el modo de realizarlo.
- Mantenimiento y mejora de la movilidad.
- Cuidados de la piel y prevención de úlceras por decúbito.
- Cura y cuidados de las úlceras y / o heridas.
- Fórmulas de comunicación y Estimulación.

- Nutrición y dieta balanceada.
- Ejercicio físico adecuado.
- Seguimiento del tratamiento medicamentoso.
- Evaluación de los cuidados prestados.

Es importante resaltar que **el cuidador debe poseer la información necesaria sobre las características de la enfermedad, como así también, los síntomas que se presentan en cada una de las etapas, teniendo en cuenta que cada enfermo es un caso particular, un individuo con carácter y problemas propios.**

La paciencia, la tenacidad y la constancia son los **ingredientes básicos,** para avanzar en el mantenimiento de una relación positiva entre el enfermo - cuidador.

Algunas de las **actividades,** que deben realizar tanto el **cuidador** familiar como el cuidador externo son (7):

- Proporcionar al enfermo información sobre el día, la fecha, la hora, el lugar y la propia persona, proveyéndola de información sobre eventos ocurridos durante el día.

- Estimular los juegos de pelota, de cartas, la estimulación física, la música, etc. , potencian de forma natural la actitud positiva y la capacidad de respuesta del enfermo.

- Estimular la conversación, como medio para facilitar los recuerdos y las experiencias pasadas, despertando el interés en la revalorización de la propia vida.

- Reforzar la pronunciación de palabras y formas significativas, para mantener un mínimo de autonomía y de comunicación.

- Mejorar la seguridad de la casa e identificar los problemas para ayudar a prevenir accidentes. De esta manera se aumenta la seguridad del enfermo y la libertad que tiene dentro de su hogar

- Fomentar las imágenes de imitación y de exposición frente a situaciones apropiadas (cocinar, manejo de la lavadora, etc.) y las instrucciones frente a algún papel determinado suelen dar un excelente resultado, en cuanto a la consolidación de las conductas y la adquisición de las olvidadas o deterioradas.

- Seguir una rutina de baño establecida, con el fin de conseguir una buena higiene corporal, tratando de que, el enfermo, participe en la limpieza; al mismo tiempo que se van recordando las diversas zonas del cuerpo.

Las estrategias básicas de comunicación con ancianos con demencia serían las siguientes (8):

- llamar a la persona por su nombre,
- captar y mantener el contacto ocular,
- hablar de una manera simple,
- hablar en términos positivos,
- utilizar afirmaciones positivas,
- simplificar el mensaje,
- descomponer las tareas en pequeños pasos,
- utilizar la comunicación no verbal,
- hablar más despacio de lo que se hace habitualmente,
- ser consciente de cualquier déficit sensorial,
- sonreír y expresar el sentido del humor,
- no aplicar la lógica,
- borrar la expresión " ¿no recuerdas?".

Hacerse cargo de un anciano, con la enfermedad de Alzheimer, es una tarea desafiante, que requiere paciencia, creatividad, conocimiento, y habilidades de cada persona que se encarga del enfermo.

Los cuidadores de estos enfermos deben enfrentarse cotidianamente a algunos desafíos, debiendo utilizar soluciones creativas para, el bienestar de ambos, del cuidador familiar y/o externo y el anciano enfermo.

4.3. INSTITUCIONALIZACION: CARACTERISTICAS.

La institucionalización "... es un tipo de relocalización, donde el individuo cesa de tener un estilo de vida independiente, muchas veces por razones de salud o falta de recurso de apoyo" (9).

En la vida institucional se limita la privacidad, la independencia, el contacto con el mundo exterior, unido a las actividades negativas que implican el estar institucionalizado. Se ha evidenciado en estudios sobre sistemas de apoyo que, la presencia o ausencias de personas significativas en las vidas de esos ancianos va a determinar su ingreso a instituciones (10).

Según la Psicóloga María Haydee Firevicius (11), "... a los ancianos que ingresan a un establecimiento de internación de larga estadía, podemos agruparlos en dos conjuntos: **los independientes** (toman la

decisión) y los **dependientes** (otros toman decisiones por ellos). Siendo, dentro de este último conjunto, el que contiene a los enfermos con demencia senil tipo Mal de Alzheimer.

Las personas **dependientes**, constituyen una amplia mayoría dentro de la población de los establecimientos; es la familia y ante situaciones de crisis (cuadros de confusión, tratornos de conductas, etc.) quién decide y concreta su derivación a un hogar o residencia especializada. El hecho, de tomar la decisión por otro, lleva implícito el juzgamiento, de que, ese otro no se halla en condiciones de decidir por sí mismo. Unido a esto, existen actitudes sociales, aún hoy muy arraigadas en nuestro medio, que consideran, que es la familia quién debe cuidar a la persona anciana a cualquier costo y en todas las circunstancias. Se moviliza, así, gran ansiedad, generando sentimientos ambivalentes, confusión y culpa (12).

Las instituciones deben brindar la posibilidad de desarrollar actividades creativas, recreativas y de mantenimiento de funciones, en un ambiente protegido; donde los cuidados diferenciados constituyen un marco de referencia que otorga seguridad. Deben ser más que una respuesta asilar a necesidades de alojamiento, alimento e higiene; deben contar con un verdadero proceso de admisión y con objetivos claros de rehabilitación integral, brindar canales de comunicación adecuados y jerarquizar la integración familiar y social, acercando distancias, borrando las barreras entre " el adentro" y "el afuera".

La institucionalización debe ser considerada como una posibilidad, como una alternativa más, nunca la única y mucho menos la definitiva.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO IV.

1) ROWAX DE BOLATTI, Alicia. " Asistencia Social e Institucionalización", en Revista Platense Nº 1. "Asistencia Gerontológica: establecimiento de internación de larga estadía". Publicación de la Asociación Gerontológica de la Plata. 1988. Pag. 49 a 51.

2) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales". Editorial EDIKAMED. España. 1996.

3) DONOSO SEPÚLVEDA, Archibaldo. " Vejez y envejecimiento. La enfermedad de Alzheimer: aspectos clínicos y familiares". Publicación de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. 1996. Pag 86.

4) FLORÉZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales". Editorial EDIKAMED. España. 1996. Pag. 139.

5) ELORRIAGA DEL HIERRO, Casilda. " Impacto del enfermo de Alzheimer en la familia", en DIAZ DOMINGUEZ, Marian y colaboradores. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer". Editorial Composiciones Rali, S.A. Bilbao. 1996. Pag 67 a 69.

6) HUGONOT, Robert y BECK, Herve. " I Curso Interuniversitario de iniciación en la Gerontología y II Curso superior. Ciclo formador de Formadores". A.G. y G. M.d.P. 1996. Capitulo 2. Pag. 20.

7) ELORRIAGA DEL HIERRO, Casilda. " Evolución de la enfermedad de Alzheimer: característica, consejos, precauciones y necesidades asistenciales", en DIAZ DOMINGUEZ, Marian y colaboradores. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer". Editorial Composiciones Rali, S.A. Bilbao. 1996. Pag 17 a 51.

8) SOUTH, Carolina. Commission on Aging, en FLOREZ LOZANO, José A. " Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales". Editorial EDIKAMED. España. 1996. Pag. 99 a 100.

9) SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. "Trabajo Social y Vejez: teoría e intervención." Editorial HVMANITAS. Bs. As. 1990. Pag. 84 a 85.

10) BRODY, Elaine. "Long-term. Care For older People", en SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. "Trabajo Social y Vejez: teoría e intervención." Editorial HVMANITAS. Bs. As. 1990. Pag. 84

11) FIREVICIUS, María Haydee. "Establecimiento de internación de larga estadía para Gerontes", en Revista Platense Nº 1. "Asistencia Gerontológica: establecimiento de internación de larga estadía". Publicación de la Asociación Gerontológica de la Plata. 1988. Pag. 13.

12) Idem. Pag. 16 a 17.

CAPITULO V: TEORIA DEL DESARROLLO A ESCALA HUMANA.

5.1. CONCEPTOS GENERALES.

Este trabajo, propone como perspectiva, abrir nuevas líneas de acción, en el análisis desarrollado por Manfred. A. Max – Neef en su libro **"Desarrollo a Escala Humana"**. Tal desarrollo se concentra y sustenta, en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el estado.

Son los pilares fundamentales que sustenta este desarrollo: las necesidades humanas, la autodependencia y las articulaciones orgánicas. Su propósito sustentador debe, a su vez, apoyarse sobre una base sólida. Esa base se construye a partir del protagonismo real de las personas, como consecuencia, de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios, en que, el protagonismo sea realmente posible. Lograr la transformación de la persona - objeto en persona - sujeto del desarrollo es, entre otras cosas, un problema de escala. El mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas. La

misma, dependerá, de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (1).

Un **Desarrollo a Escala Humana**, orientado en gran medida hacia la satisfacción de las necesidades humanas, exige un nuevo modo de interpretar la realidad. Nos obliga a ver y a evaluar el mundo, las personas y sus procesos, de una manera distinta a la convencional.

El trabajo de Max - Neef contiene **tres postulados básicos** del Desarrollo a Escala Humana (2):

- El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos.
- Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables.
- Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

NECESIDADES HUMANAS.

Las necesidades revelan de la manera más apremiante, el ser de las personas, ya que aquel, se hace palpable a través de éstas en su doble

condición existencial: como carencia y como potencialidad. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas, a la mera subsistencia. Las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia, tan propia de los seres humanos.

Concebir las necesidades tan solo como carencia, implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente, el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de "falta de algo". Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprenden, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos.

Se ha creído, tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas; que están constantemente cambiando; que varían de una cultura a otra; y que son diferentes en cada período histórico. El autor manifiesta, que tal suposición es incorrecta, puesto que es producto de un error conceptual. El error proviene de no explicitar la diferencia fundamental, entre lo que son propiamente necesidades y lo que son satisfactores de esas necesidades.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello, las necesidades humanas, deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactuan.

Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades.

Las necesidades humanas, pueden desagregarse conforme a múltiples criterios. El autor combina dos criterios posibles de desagregación: según categorías existenciales y según categorías axiológicas.

Esta combinación permite operar con una clasificación que incluye, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad(3).

SATISFACTORES.

El autor sostiene que, lo que está culturalmente determinado, no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. En cuanto a la relación **NECESIDADES Y SATISFACTORES,** explica que no existe correspondencia biunivoca entre los mismos.

"Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de

diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según tiempo, lugar y circunstancias" (4).

El cambio cultural es - entre otras cosas - consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales, para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos, para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema, éstas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no-generación) de diferentes tipos de satisfactores.

La interrelación entre necesidades, satisfactores y bienes económicos, es permanente y dinámica. Entre ellos se desencadena una dialéctica histórica. Si, por una parte, los bienes económicos tienen la capacidad de afectar la eficiencia de los satisfactores, éstos, por otra parte, serán determinantes en la generación y creación de aquellos. A través de esta causación reciproca se convierten, a la vez, en parte y en definición de una cultura, y en determinantes de los estilos de desarrollo.

Mientras un satisfactor " es en sentido último el modo, por el cual, se expresa una necesidad, los bienes son en sentido estricto el medio, por el cual, el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades". Las formas en que se viven nuestras necesidades son, en ultimo termino,

subjetivas; de ahí que los satisfactores sean lo histórico de las necesidades y los bienes económicos su materialización(5).

El autor propone, para fines analíticos, distinguir cinco tipos de satisfactores a saber:

1- **DESTRUCTORES:** "son elementos de efecto paradojal. Al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilas la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediato, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades. Estos elementos paradojales parecen estar vinculados preferencialmente a la necesidad de protección. Esta necesidad puede provocar comportamientos humanos aberrantes, en la medida en que su insatisfacción va acompañada del miedo. El atributo especial de los violadores es que siempre son impuestos" (6).

2- **PSEUDO - SATISFACTORES:** son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Sin la agresividad de los violadores o destructores, pueden en ocasiones aniquilar, en un plazo mediato, la posibilidad de satisfacer la necesidad, a que originalmente apuntan. Su atributo especial es que generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión (7).

3- **INHIBIDORES:** son aquellos que por el modo en que satisfacen una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Su atributo es que salvo excepciones, se hallan **ritualizados**, en el sentido que suelen emanar de hábitos arraigados (8).

4- **SINGULARES:** Son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades. Su principal atributo, es el de ser institucionalizados, su generación suele estar vinculada a instituciones **Estatales o Civiles"(9).**

5- **SINÉRGICOS:** Son aquellos que por la forma que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades (10).

EXÓGENOS Y ENDÓGENOS: Los satisfactores correspondiente a destructores, seudo-satisfactores, inducidos, ritualizados o institucionalizados, son exógenos a la sociedad civil, ya que han sido impulsados tradicionalmente por el estado, de arriba hacia abajo. Los sinérgicos, en cambio revelan el devenir de procesos liberadores, que son producto de actos volitivos, que se impulsan por la comunidad, desde abajo hacia arriba, siendo estos satisfactores endógenos. Siendo este último a lo que apunta el Desarrollo a Escala Humana (11).

MATRIZ DE NECESIDADES Y SATISFACTORES.

EXISTENCIAL / AXIOLOGICAS	SER	TENER	HACER	ESTAR
SUBSISTENCIA .	SALUD FISICA, SALUD MENTAL, EQUILIBRIO, SOLIDARIDA, HUMOR, ADAPTABILIDAD .	ALIMENTO. ABRIGO, TRABAJO.	ALIMENTAR, PROCREAR, DESCANSAR, TRABAJAR.	ENTORNO VITAL, ENTORNO SOCIAL.
PROTECCIÓN.	CUIDADO, ADAPTABILIDAD AUTONOMIA, EQUILIBRIO, SOLIDARIDAD.	SISTEMA DE SEGUROS, AHORRO, SEGURIDAD SOCIAL, SISTEMA DE SALUD, LEGISLACIÓN, DERECHOS, FAMILIA, TRABAJO.	COOPERAR, PREVENIR, PLANIFICAR, CUIDAR, CURAR, DEFENDER.	CONTORNO VITAL, CONTORNO SOCIAL, MORADA.
AFECTO.	AUTOESTIMA, SOLIDARIDAD, RESPETO, TOLERANCIA, GENEROSIDAD, RECEPTIVIDAD, PASIÓN, VOLUNTAD, SENSUALIDAD, HUMOR.	AMISTADES, PAREJA, FAMILIA, ANIMALES DOMESTICOS, PLANTAS, JARDINES.	HACER EL AMOR, ACARICIAR, EXPRESAR EMOCIONES, COMPARTIR, CUIDAR, CULTIVAR, APRECIAR.	PRIVACIDAD, INTIMIDAR, HOGAR, ESPACIOS DE ENCUENTRO.

ENTENDIMIEN-TO.	CONCIENCIA CRITICA, RECEPTIVIDAD, CURIOSODAD, ASOMBRO, DISCIPLINA, INTUICION, RACIONALIDAD.	LITERATURA, MAESTROS, METODO, POLITICAS DE EDUCACIÓN, POLITICAS COMUNICACIO NALES,	INVESTIGAR, ESTUDIAR, EXPERIMEN-TAR, EDUCAR, ANALIZAR, MEDITAR, INTERPRE-TAR.	AMBITOS DE INTERAC-CION, FORMATIVA: ESCUELAS, UNIVERSIDA-DES, ACADEMIAS, AGRUPACIO-NES COMUNIDA-DES, FAMILIA.
OCIO.	CURIOSIDAD, RECEPTIVIDAD, IMAGINACION, DESPREOCUPA-CION, HUMOR, TRANQUILIDAD, SENSUALIDAD.	JUEGOS, ESPECTACU-LOS, FIESTAS, CALMA	DIVAGAR, ABSTRAERSE SOÑAR, AÑORAR, FANTASEAR, EVOCAR, RELAJARSE, DIVERTIRSE, JUGAR.	PRIVACIDAD, INTIMIDAD, ESPACIOS DE ENCUENTRO, TIEMPO LIBRE, AMBIENTES, PAISAJES.
PARTICIPA - CION.	ADAPTABILIDAD RECEPTIVIDAD, SOLIDARIDAD, DISPOSICION, CONVICCION, ENTREGA, RESPETO, PASION, HUMOR.	DERECHOS, RESPONSABI-LIDADES, OBLIGACIO-NES, ATRIBUTOS, TRABAJO.	AFILIARSE, COOPERAR, PROPONER, COMPARTIR, DISCREPAR, ACATAR, DIALOGAR, ACORDAR, OPINAR.	AMBITOS DE INTERAC-CION PAR-TI CIPATI VA: COOPERATI-VAS ASOCIACIO-NES IGLESIAS, COMUNIDA-DES, VECINDARIO. FAMILIAS.

CREACION.	PASION, VOLUNTAD, INTUICION, IMAGINACION, AUDACIO, RACIONALIDAD, AUTONOMIA, INVENTIVA, CURIOSIDAD.	HABILIDADES, DESTREZAS, METODO, TRABAJO.	TRABAJAR, INVENTAR, CONSTRUIR, IDEAR, COMPONER, DISEÑAR, INTERPRE-TAR.	AMBITOS DE PRODUCCION Y RETROALI-MENTACION, TALLERES, ATENEOS, AHRUPACIO-NES AUDIENCIAS, ESPACIOS DE EXPRESION, LIBERTAD TEMPORAL.
IDENTIDAD.	PERTENENCIA COHERENCIA, DIFERENCIA, AUTOESTIMA, ASERTIVIDAD.	SIMBOLOS, LENGUAJE, HABITOS, COSTUMBRES, GRUPOS DE REFERENCIAS SEXUALIDAD, VALORES, NORMAS, ROLES, MEMORIA HISTORICA, TRABAJO.	COMPROME-TERSE, INTRGRARSE CONFUNDIR-SE, DEFINIRSE, CONOCERSE, ACTUALIZAR-SE, CRECER.	SOCIO-RITMO, ENTORNO DE LA COTIDIA-NEIDAD AMBITOS DE PERTENEN-CIA, ETAPAS MADURATI-VAS.
LIBERTAD.	AUTONOMIA AUTOESTIMA, VOLUNTAD, PASION, ASERTIVIDAD, APERTURA, DETERMINA-CION, AUDACIA, REBELDIA, TOLERANCIA.	IGUALDAD DE DERECHOS,	DISCREPAR, OPTAR, DIFEREN-CIARSE, ARRIESGAR, CONOCER, ASUMIRSE, DESOBEDE-CER, MEDITAR.	PLASTICIDAD ESPACIO-TEMPORAL.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO V.

1) MAX – NEEF, Manfred A. " Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones". Editorial REDES. Amigos de la tierra. Uruguay. Año 1993. Pag. 26 y 36.

2) Idem. Pag. 36 a 38.

3) Idem. Pag. 36 a 37.

4) Idem. Pag. 38.

5) Idem. Pag. 47.

6) Idem. Pag. 56.

7) Idem. Pag. 57.

8) Idem. Pag. 58.

9) Idem. Pag. 59.

10) Idem. Pag. 60.

11) Idem. Pag. 61.

CAPITULO VI: TRABAJO SOCIAL.

6.1. ASPECTOS GENERALES.

¿ Cuál es el campo de la investigación para un Trabajador Social?.

"Entendemos que toda **la realidad social** y, por lo tanto, cualquiera de sus elementos constitutivos, incluyendo el propio método, sus técnicas y procedimientos. Las acciones o pedidos de ayuda solicitado, puede ser punto de partida para el quehacer profesional, en cuya práctica la investigación permite el conocimiento concreto de la realidad para transformarla" (1).

Entendemos, a la investigación, como una actividad de búsqueda de conocimientos o bien de respuestas a determinados interrogantes. Consideramos que, la investigación, no se reduce a la aplicación de un instrumento o a la simple observación de un hecho. Por ello la investigación, en el proceso metodológico, esta vinculada a la determinación del **objeto de intervención.**

Queremos situar a nuestra investigación en la búsqueda o construcción del objeto de intervención; ya que la formación universitaria del Trabajador Social, es de carácter genérico, no tiende a ningún tipo de especialización.

Así queremos tomar "... **al hombre** como ser pensante en debate con sus circunstancias, constituyéndose este, en el objeto específico del Trabajo Social. Este hombre como unidad consciente y actuante del ser persona."(2).

Dentro del enfoque dialéctico, la perspectiva empática, el mundo de las significancias, la participación de los hombres en el proceso de transformación de las estructuras, son conceptos operativos que, para el Trabajador Social, tiene un significado metodológico esencial; y se aplican sobre todo a técnicas del método cualitativo. Es por eso que, nuestra investigación es básicamente cualitativa.

Así, adoptamos lo expresado, por Cristina De Robertis, cuando abordamos el Trabajo Social en términos de método y proceso. **El método** es " la manera de hacer (decir o enseñar) algo siguiendo determinados principios y con un cierto orden. En Trabajo Social es, en efecto, la manera como actúa el trabajador Social, desde su primer encuentro con el asistido, hasta que finaliza su acción con ese mismo asistido. El método es siempre un medio; es un instrumento para alcanzar los objetivos previamente determinados, esta subordinado a los valores y a los fines, pero existe una relación estrecha entre los objetivos perseguidos y la manera de actuar (metodología)(3)".

Según Teresa Zamanillo "el método, se afirma, no existe aislado, sino que presupone la existencia de postulados y principios básicos del

Trabajo Social. Además se desarrollan, en una realidad social determinada que la condiciona"(4). Siguiendo estas premisas, las características del método que se adoptan son las siguientes:

BASICO: porque lo utiliza, el Trabajador Social, para el trabajo directo en su campo de actuación profesional.

UNICO: pues en cualquier situación (individual, grupal o Comunitaria) debe seguirse el mismo proceso, aunque deben utilizarse distintos instrumentos y diferentes objetivos.

ABIERTO: ya que permite una acomodación e incorporación de metodología y técnicas específicas.

OPERATIVOS: porque marca una pauta de acción.

"El método, no es lo que garantiza la especificidad de una práctica. Los métodos y las técnicas, tienen razón de ser, y son lo que son, en virtud de la teoría (o del paradigma) que le dan origen y en la cual se inscriben." (5).

Según Cristina De Robertis (6), **la metodología** es " la parte de una ciencia que estudia los métodos a los cuales ella recurre. La misma nos permite así delimitar y estudiar la o las "maneras de actuar" en Trabajo Social, la forma de proceder según un determinado orden y siguiendo ciertos principios, es decir el (los) método(s). Es la manera de hacer, no

define los objetivos que quiere alcanzar, ni los valores a los cuales uno se refiere".

Queremos remarcar que la metodología, que nos permite diversas maneras de actuar, y en la cual, el Trabajador Social se relaciona con su objeto, es la **comunicación racional**. Esta forma no constituye, a nuestro juicio, la que selecciona arbitrariamente nuestra profesión, sino la única vía adecuada para comprender al semejante, sus circunstancias y al mundo que compartimos con él.

El Dr. Enrique Di Carlo y Equipo sostienen, y a lo cual adherimos, que " En lo que corresponde a la metodología básica, es decir, a la forma en la cual se relaciona con su objeto, el Servicio Social se caracteriza por buscar la resolución de problemas y la transformación de situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicados."

" El carácter transformador de ésta comunicación consiste, en el **examen racional participativo** de los condicionamientos externos (positivos y negativos) que gravitan sobre la situación, los recursos y capacidades (prácticas, afectivas, innovadoras, etc.) internas del sujeto (tanto activadas como potenciales), de la juzteza, pertinencia y jerarquización de las necesidades sentidas, de la utilización más acertada de los recursos comunitarios disponibles, y del orden de prioridades, aprecios y valores, con que, el sujeto enfoca la realidad y su propia existencia. Es decir, que el análisis crítico - racional (el desarrollo de los

procesos cognoscitivos implicados en toda resolución de un problema y en toda transformación de una situación humana) realizado en forma dialógica y participativa, constituye el núcleo central metodológico del Servicio Social Profesional"(7).

Susana García Salord presenta una matriz común que articulan 5 etapas que caracterizan al proceso metodológico básico del Trabajo Social, ellas son(8):

INVESTIGACIÓN: en el procedimiento metodológico de Trabajo Social, se incorpora la investigación, como una etapa del proceso de intervención con el objeto de conocer el problema en el que se pretende intervenir. La forma de orientar la investigación, depende de la corriente de pensamiento en la que se inscribe cada propuesta.

DIAGNOSTICO: esta etapa se estructura sobre la base de definiciones y procedimientos derivados de la medicina, de la sociología y de la psicología, y consiste en el tratamiento de la información recabada en el estudio previo, y se realiza para identificar las características particulares del problema y valorar que tipo de situación debe enfrentar la intervención profesional, y cual es la intervención adecuada al problema.

LA PLANIFICACIÓN: esta etapa se estructura sobre la base de los lineamientos típicos de la administración y la planificación; y su objetivo es ordenar y organizar el tratamiento del problema, estableciendo estrategias

de acción, seleccionando para ello objetivos, actividades, recursos y tiempos, que se consideran los más adecuados al problema.

EJECUCIÓN: es la puesta en práctica de los proyectos elaborados en la etapa anterior.

LA EVALUACION: es una etapa terminal y de un proceso permanente a lo largo de todo el proceso de intervención. Su objetivo es, valorar la marcha del proceso y generalmente se reduce a la confrontación de los objetivos planteados con los productos logrados.

6.2. TRABAJO SOCIAL Y VEJEZ.

La Geriatría "es el campo de la medicina, donde los problemas sociales tienen mayor efecto sobre la salud del enfermo"(9).

La persona anciana, se enfrenta a una variedad de situaciones y problemas, para los cuales una intervención profesional puede ser efectiva.

El anciano es una persona con una trayectoria de vida de múltiples experiencias, siendo en potencia un blanco de intervención para el Trabajador Social.

Todos los conocimientos y destrezas, que los Trabajadores Sociales han adquirido en su preparación profesional, y en especial los principios

que guían su acción, se aplican al trabajo con personas de edad avanzada. Esta acción puede ir dirigida al individuo, su familia y/o a la comunidad.

El Trabajador Social, debe estar capacitado en las siguientes actividades, en el campo de la Geriatría y la Gerontología(10):

- Asesoramiento sobre servicios y derechos existentes, y defensa de los derechos del anciano.
- Coordinación en la provisión del servicio, orientación y educación a las personas que cuidan al anciano.
- Desarrollo y supervisión de programas de voluntarios.
- Desarrollo de programas de educación familiar y de preparación para ser abuelos.
- Participación del anciano en la comunidad.
- Dirección de centros de cuidados para ancianos y de otros servicios, tales como unidades de cuidados domiciliarios u hogares.
- Participación en la planificación de servicios para ancianos.
- Desarrollo de trabajos de investigación y programas de evaluación social.

- Colaboración en otras disciplinas relacionadas con el cuidado de los ancianos, tales como, medicina, enfermería y rehabilitación.

6.2.1. INTERVENCIÓN CON PERSONAS ANCIANAS.

La intervención familiar, es un componente esencial en el manejo con esta población. A pesar de sus formas y funciones cambiantes, ésta sigue siendo, un punto de referencia crucial para las personas ancianas, como sistema de apoyo familiar.

La familia mantiene una posición de privilegio, dentro del espacio vital psicológico del anciano, principalmente en virtud de su habilidad, para proveer seguridad emocional y material. La responsabilidad filial es un factor importante que une a los miembros de una familia. El valor de esta responsabilidad, ocupa un papel significativo en nuestra sociedad.

La obligación, el amor y la reciprocidad representan los componentes principales en la relación de padres ancianos y los hijos.

En las relaciones entre el anciano y su familia, pueden surgir fuentes de conflicto, que ameriten, la intervención profesional. La fragilidad física o mental, que puedan padecer algunos ancianos, ocasiona sentimientos mixtos, de pena, culpa, coraje, impotencia y agotamiento en los miembros familiares.

En la intervención con el anciano y su familia, un acercamiento básico es, atender la problemática en su conjunto, siendo el foco de intervención la familia.

El profesional debe dar importancia al funcionamiento personal del anciano, como al sistema familiar de este. Las metas de intervención en el trabajo familiar pueden ser: la preservación del funcionamiento del sistema familiar, en beneficio del anciano; ayudar a establecer un nuevo conjunto de relaciones, mejorar la comunicación entre sus miembros, afianzar la autonomía, fortalecer el funcionamiento o aliviar los síntomas que llevaron al mal funcionamiento.

Sin embargo, dentro del modelo de edad - funcional, se sugiere que, la meta principal de intervención en tiempo de crisis, es asistir a la familia a restablecer su equilibrio para aliviar su tensión, de manera que pueda ayudar mejor al anciano.

El trabajador social, que asume este rol, debe estar preparado para lidiar con los problemas o situaciones, que llevaron a los miembros familiares a buscar ayuda. Muchas veces la familia espera una solución rápida. Como consecuencia, el obtener un historial familiar, entender la dinámica familiar y ponderar las capacidades funcionales son tareas inmediatas a favor de clarificar y resolver la crisis (greene, 1986).

La familia con miembros ancianos, con necesidad de atención y cuidado, requiere ser fortalecida de diversas formas, para facilitar una mejor calidad de vida y brindar el apoyo emocional necesario para enfrentarse a sus limitaciones.

Para responder, a las demandas crecientes de los ancianos, que requieren atención y cuidados por sus limitaciones físicas o mentales; la familia requiere una destrezas y mecanismos de manejo, información, apoyo y cuidados temporales, para dar alivio a la situación.

La intervención con ancianos y su familia puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en 3 niveles(11): Primario, Secundario y Terciario. Estas intervenciones, no son totalmente excluyentes unas de otras.

La prevención primaria, conlleva, acciones encaminadas a detener o prevenir algo, de forma tal, que le reste efectividad.

La intervención secundaria o remediativa, está dirigida al manejo de una situación, problema, o condición que ya existe.

La intervención terciaria o preventiva, pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante, y ayudar al individuo a recuperar a un máximo nivel de funcionamiento.

La meta principal del profesional de ayuda, puede ser, ayudar a la persona anciana a mantener niveles óptimos de funcionamiento, dentro de sus limitaciones. Desde esta perspectiva, la función será tanto preventiva como remediativa.

El trabajador social, en vez de pretender cambios en la persona, debe hacerse útil a ella tal y como está. La responsabilidad del profesional, será trabajar con el anciano y / o su familia, para minimizar el dolor en las diversas dificultades que le toque afrontar.

Uno de los modelos de intervención, que ha resultado exitosa en ayudar a individuos de edad avanzada y su familia, es el apoyo social. Es solo dentro de una relación de apoyo, que las personas ancianas, son capaces de sentirse compensadas por las pérdidas, adaptarse a su ambiente y fortalecer las áreas de funcionamiento que se han visto afectadas.

Lin y Ensel (1989) ofrecen una definición de Apoyo Social, que recoge la situación cotidiana o de crisis en que el apoyo se recibe o percibe. **El Apoyo Social** queda definido así como " el proceso de percepción o recepción, por el cual, los recursos en la estructura social (comunidad, redes sociales, relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades instrumentales y expresivas, en situaciones cotidianas de crisis" (12).

"La función principal del Apoyo Social es, la de enriquecer y mantener el bienestar de los individuos, a través de la provisión de recursos de integración Social, que posibiliten la satisfacción de las necesidades. Del mismo modo, el apoyo social, cumple la función de aprender, entender y mantener la idea de uno mismo, contribuyendo al enriquecimiento de la autoestima, y por tanto, protegiendo ante situaciones de cambio"(13).

Consecuentemente, el proceso funcional del apoyo social, se convierte así, en un proceso bidireccional, en el que la propia identidad adquiere valor para ser agente proveedor de apoyo, como por ser agente receptor de apoyo, lo que supone la integración y participación activa en el entorno social.

Laireiter y Bauman (14) han propuesto una taxonomía, que comprende cinco componentes:

- Integración social (participación de la persona en la vida social de su comunidad y de la sociedad).
- Fuentes de apoyo potenciales y actuales (red de apoyo y recursos de apoyo).
- El apoyo como una característica de los agregados sociales y del entorno de apoyo).

- Apoyo recibido y proporcionado.

- Apoyo percibido.

Es necesario resaltar la importancia, del Apoyo Social, como un recurso con un poderoso potencial, para la prevención y mejora del bienestar físico y psico,social de los familiares y/o cuidadores de los enfermos con Demencia senil tipo Mal de Alzheimer.

Para Gottlieb (15), las intervenciones basadas en el apoyo social, independientemente de las estrategias que se adopte, difiere de otros tipos de intervenciones, puesto que, su objetivo fundamental es la creación de un proceso de interacción con el entorno social, que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas.

El rol del profesional, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, para ajustar los recursos del entorno social a las necesidades psicosociales de la persona.

Estas intervenciones, pueden complementar otras intervenciones profesionales, ser partes de un programa más amplio o ser el objetivo único del programa.

BIBLIOGRAFIA: CAPITULO VI.

1) KISNERMAN, Natalio y GÓMEZ. "El método de la investigación". Editorial HVMANITAS. Bs. As. Año 1982. Pag. 49 a 50.

2) DI CARLO, Enrique y EQUIPO. "La Comprensión como fundamento de la Investigación profesional". Editorial HVMANITAS. Año 1995.Pag.34.

3) DE ROBERTIS, Cristina. " Metodología de la Intervención en Trabajo Social". Editorial El Ateneo. Año 1981. Pag.66.

4) ZAMANILLO, Teresa. "El método en Trabajo Social", en publicación de uso interno exclusivo de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad de Santa Fé. Argentina. Año 1996. Capitulo 4. Pag. 77 a 87.

5) GARCIA SALORD, Susana. "Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum – Saber – Formación". Editorial HVMANITAS. Bs. As. Año 1991. Pag. 53.

6) DE ROBERTIS, Cristina. " Metodología de la Intervención en Trabajo Social". Editorial El Ateneo. Año 1981. Pag.66.

7) DI CARLO, Enrique y EQUIPO. "La Comprensión como fundamento de la Investigación profesional". Editorial HVMANITAS. Año 1995.Pag.38.

8) GARCIA SALORD, Susana. "Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum – Saber – Formación". Editorial HVMANITAS. Bs. As. Año 1991. Pag. 51 a 52.

9) GALINSKY, David. "Geriatría y Gerontología", en revista A.G.E.B.A.. Asociación Gerontologíca de Buenos Aires. Marzo –Abril 1998. Pag.7.

10) GALINSKY, David. "Equipo Multi – interdisciplinario", en revista A.G.E.B.A.. Asociación Gerontologíca de Buenos Aires. Marzo –Abril 1998. Pag.12 a 13.

11) SANCHÉZ SALGADO, Carmen Delia. "Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención". Editorial HVMANITAS. 1990. Pag.93.

12) GRACIA FUSTER, Enrique. "El Apoyo Social en la intervención Comunitaria". Editorial PAIDOS. BARCELONA. 1997. Pag.26.

13) THOITS, P. A., SCHUMAKER, S. A. Y BROWNELL, A. "Contribuciones del Apoyo Social al bienestar de los ancianos", en articulo del Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla. España.1990.

14) LAIREITER, A y BAUMAN, U. "El Apoyo Social en la intervención Social y comunitaria", en GRACIA FUSTER, Enrique. "El Apoyo Social en la intervención Comunitaria". Editorial PAIDOS. BARCELONA. 1997. Pag.26.

15) GOTTLIEB, Benjamin. "El Apoyo Social en la intervención Social y comunitaria", en GRACIA FUSTER, Enrique. "El Apoyo Social en la intervención Comunitaria". Editorial PAIDOS. BARCELONA. 1997. Pag.39.

II PARTE

ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TERMINOS FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN.

En el siguiente trabajo, buscaremos encarar la investigación científica, como proceso orientado hacia el ordenamiento interno de la experiencia significativa." La investigación es el esfuerzo persistente y disciplinado que tiende a descubrir el sentido y el orden existente en los fenómenos de la experiencia subjetiva " (1).

Nuestra labor investigadora, contempla el desenvolvimiento concreto, del acercamiento al objeto que deseamos conocer y a la confrontación de la teoría con la práctica correspondiente.

Abordaremos el tema mediante una investigación cualitativa. La elección de este tipo de investigación, se basa en que queremos conocer, la realidad desde una perspectiva particular, buscando captar el significado.

Olabuenaga, José Ignacio Ruiz (2), presenta una serie de consignas de procedimientos, que pueden resumirse en las siguientes máximas de investigación cualitativa:

- Introducción analítica: el trabajo cualitativo comienza con la observación detallada y próxima a los hechos. Se busca lo

especifico y local, dentro de lo cual, pueden o no descubrirse determinados patrones. Cuanto menos atado a un modelo teórico concreto esté, un investigador, tanto mejor será su condición para encontrar datos ideales. Las generalizaciones serán elaboradas, sólo tentativamente, a partir de los datos recogidos y en función de su capacidad especifica para interpretarlos.

- Proximidad: se da especial importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las actividades, que a ellos mismos les interesan.

- Comportamiento ordinario: El mundo cotidiano, de la vida ordinaria, es el marco en el que se plantean los problemas dignos de investigación, a los que se atribuye mayor importancia que a los problemas que alteran esta rutina social.

- La estructura como requerimiento ritual: La investigación tiene que descubrir la estructura, no imponerla, reconociendo los significados y los contextos en los que sus actos resultan situacionalmente relevantes. No existe ni un orden social natural o fundamental, que no deba ser explicado, como resultado arbitrario de la costumbre, las circunstancias concretas o la interacción social.

- Focos descriptivos: Los núcleos de interés, no son otros, que los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacios concretos. El descubrimiento y la exposición son objetos de investigación más importantes que la explicación y la predicción.

El autor manifiesta, que una manera de expresar la peculiaridad de los métodos cualitativos, es la de reconocer como tales a aquellos modos de investigar, en los que se den las cinco características siguientes o algunas de ellas:

- Su objetivo es la captación y reconstrucción de significado.
- Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico.
- Su modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado.
- Su procedimiento es más inductivo que deductivo.
- La orientación no es particularista y generalizadora sino Holística y concretizadora.

A las características ya enumeradas, nos parece conveniente, agregar las expuestas por Taylor y Bogdan (3):

- Los investigadores cualitativos, son sensibles a los efectos que ellos mismos causan, sobre las personas que son objeto de su

estudio. Es decir que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo.

- Los investigadores cualitativos, tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

- El investigador cualitativo, suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Nada se da por sobrentendido.

- Para el investigador cualitativo, toda las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

- Los métodos cualitativos son humanistas.

- Los investigadores cualitativos, dan énfasis a la validez en su investigación. Nos permite permanecer próximos al mundo empírico.

- Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignas de estudio.

Queremos una investigación centrada en el entendimiento e interpretación, con una perspectiva **holística - humanista y dialéctica. Holistica** porque la investigación cualitativa equivale a un intento de

comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido del tema que aborda, éste es entendido en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado. Lo que obliga a una visión Holistica y global del fenómeno a estudiar. Cada objeto de investigación debe ser entendido como un Texto en un Contexto, debiendo ser ambos abordados en su totalidad. **Humanista** porque los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas, necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos. Cuando reducimos las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellos sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad. Aprendemos sobre conceptos tales como belleza, dolor, fe, sufrimiento, frustración y amor, cuya esencia se pierden en otros enfoques investigativos. Desde lo **dialéctico** partimos de la realidad como un todo estructurado y en movimiento, en cuyo marco puede ser comprendido cualquier hecho. Por lo mismo reunir todos los hechos, tenerlos juntos, no significa tener la totalidad. Deben estar integrados como partes estructurales de un todo en movimiento, pues de lo contrario, ni será una totalidad, ni un concreto, sino hechos aislados e incomprensibles. Para ser comprensibles, deben formar parte de un todo estructurado, integrado y en movimiento. En todo momento intentaremos experimentar en nuestro interior lo que estamos estudiando, para que tanto nuestros sentimientos como nuestra razón puedan guiar nuestras acciones.

El estudio que realizaremos será de carácter **descriptivo - interpretativo**. De carácter descriptivo, con el propósito de realizar en forma cualitativa una generalización de los procesos de organización de la convivencia, entre los enfermos con Demencia de tipo Mal de Alzheimer y sus cuidadores; y de carácter interpretativo, en la construcción de significados compartidos para el enriquecimiento del Trabajo Social.

Los métodos cualitativos, parten del supuesto básico, de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados (4).

Las técnicas cualitativas buscan:

- Entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para

- describir y comprender los medios detallados, a través de los cuales, los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio y un mundo para los demás.

- Conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia, su significado, su mantenimiento y participación, a través, del lenguaje y de otras construcciones simbólicas.

- Recurriendo por ello a descripciones con detalle, reduciendo el análisis a ámbitos limitados de experiencia, a través, de la inmersión en los contextos en los que ocurre.

- La necesidad que siente el investigador de hacerse sensible, al hecho de que, el sentido "está ligado esencialmente a un contexto".

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Arribar, desde la perspectiva del Trabajo Social, a un análisis y diagnóstico de la situación, en que se encuentran los Cuidadores Familiares de pacientes con Diagnóstico presuntivo de Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer; concurrentes a G.A.M.A. (Grupo Apoyo Mal de Alzheimer) en la ciudad de Mar del Plata.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1 - Identificar y analizar las variables intervinientes, con relación a las necesidades y satisfactores, del Familiar Cuidador de los pacientes con Diagnóstico Presuntivo de Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer.

2 - Arribar a un análisis, del desempeño del Trabajador Social, en la problemática del Familiar Cuidador, de los pacientes con Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer.

3 - Arribar a conclusiones y propuestas de intervención desde el Trabajo Social.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

La ventaja de una muestra cualitativa, es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una " representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos, con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema" (5).

Para entender, porque las personas actúan, hay que comprender no solo el sentido compartido, sino el sentido único que ellas dan a sus actos.

En la entrevista, la batería de preguntas, no puede quedar fijadas de antemano en cuanto a contenido, ritmo, orden o formulación, puesto que ello supondría, que se conoce de antemano el significado, la jerarquía de valores del propio entrevistado. Por esto, no podemos calcular con precisión un error o con que nivel de confianza hacer una estimación

para su posterior análisis. Por tal motivo, no se realizara una prueba piloto. De ser necesario se efectuarán ajustes a la modalidad de entrevista, haciendo hincapié a posibles ajustes en el proceso de sonsacamiento, para lograr nuestro objetivo, centrándonos en el proceso de lanzadera, poniendo énfasis en la técnica de embudo, es decir preguntar de lo general a lo particular como lo detalla Olabuenaga, José I.R. (6).

El muestreo, utilizado en la investigación cualitativa, exige al investigador que se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante, para el concepto o teoría buscada. El muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones, que la garanticen mejor: la cantidad (saturación) y la calidad (riqueza) de la información (7).

El criterio de confianza, que elegimos para garantizar la representatividad de las entrevistas en profundidad; es el muestreo intencional - teórico, donde se seguirá un criterio estratégico de las muestras, que por su conocimiento de la situación o del problema de la enfermedad de Alzheimer, serán a nuestro entender las más idóneas y representativas de la población a estudiar.

En función de realizar una muestra intencional - teórico, el universo comprende a nueve personas, concurrentes a un grupo de apoyo, para familiares y/o cuidadores de los pacientes con Diagnóstico De Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer; denominado G.A.M.A. Dicho grupo, desarrolla

sus actividades, en el Servicio de Atención a la Tercera Edad (S.A.T.E.); perteneciente al Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata; quien cede a dos de sus profesionales (un Trabajador Social y un Psicólogo), para la coordinación y asesoramiento del grupo de apoyo. La Trabajadora Social formara parte de la muestra intencional.

4. RECOLECCION DE DATOS.

La técnica a utilizar será la entrevista en profundidad a familiares y o cuidadores, y a la Trabajadora Social de la institución.

La elección de está técnica, se debe a que, buscamos la mayor proximidad a la situación que investigamos y que nos permitirá recoger información, a través, de una conversación sistemática basada en una construcción dialógica y activa con el otro. Dando lugar a la utilización de la técnica mayéutica, para de está manera permitirnos la comprensión de las perspectivas de los entrevistados, respectos de sus experiencias o situación, a partir de su relación con el enfermo con diagnóstico de Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer. Haciendo hincapié primordial en describir algunas características de conjuntos homogéneos de fenómenos, que pongan de manifiesto las necesidades - satisfactores y la relación entre enfermo - familiar cuidador.

Por entrevista cualitativa en profundidad, entendemos, encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas, que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como la expresan sus propias palabras (8).

Según Olabuenaga, José Ruiz (9) "... la entrevista en profundidad es principalmente de carácter individual, holístico y no directivo". Cuando decimos individual, entendemos que, la conversación se desarrolla entre entrevistador - entrevistado únicamente, lo que no impide que está se repita con otro sujeto. Cuando nos referimos a la entrevista holística, entendemos, que en ella, no se deba de hablar de toda la vida social de un individuo, sino en torno a "un punto diana", con el que opera la entrevista enfocada y lo que nos permitirá recorrer panorámicamente, el mundo de significado del entrevistado, aunque este se refiera a un solo tema. Con respecto a no directivo, la entrevista en profundidad, siempre se desarrolla bajo control y dirección del entrevistador, aunque, esto no implica rigidez ni en cuanto al contenido, ni en cuanto al desarrollo de la conversación - entrevista.

La entrevista será no estructurada, ya que buscamos, con la misma comprender más que explicar, buscar maximizar el significado, adaptar el formato de estímulo – respuesta, sin esperar la respuesta objetivamente

verdadera, sino subjetivamente sincera, obteniendo a la vez respuestas emocionales y relaciónales; siendo estás abiertas por definición.

Buscaremos establecer una relación personal, con nuestros interlocutores, para tratar solamente de acceder, mediante empatía y sesgo, al mundo interior latente de estos, inaccesible de otro modo.

La entrevista en profundidad, no es una técnica terapéutica, sino que posee una estrategia propia, que podrán concretarse en tres elementos o dimensiones de las que habla Olabuenaga, J. Ruiz (10): Captación o Lanzadera, Indagación o Relanzamiento y la Fiabilidad o Control.

El proceso consta de elementos básicos, que deben ser tenidos en cuenta en toda entrevista:

- La conversación funciona a modo de Lanzadera (de fuera a dentro y de dentro a fuera), con la que se abordan sucesivamente los temas, unas veces en forma de "embudo" (de lo más general a lo más concreto), en forma de "bola de nieve" (cada tema se va engrosando con los datos anteriores), o en forma de " calendario biográfico" (la historia es narrada de forma evolutiva).

- La conversación está dirigida por el entrevistador, quien lleva en todo momento la iniciativa y que hace gala de una agresividad creciente a medida que avanza la conversación (preguntas más incisivas, comprometidas), y recurre constantemente a

relanzamientos sucesivos, para iniciar nuevos temas, evitando el hastío.

- La conversación es un testimonio controlado por el investigador, que controla citas, inconsistencias, idealizaciones, fugas e interpretaciones superficiales.

5. CARACTERISTICAS GENERALES A TENER EN CUENTA EN EL ANALISIS DE LOS DATOS.

El análisis de los datos se lleva a cabo básicamente, a través, de una descripción densa cuyos rasgos característicos son (11).

- Que es interpretativa,
- que lo que interpreta es el flujo del discurso social y,
- que esa interpretación consiste, en rescatar lo dicho en ese discurso en sus ocasiones perecederas y fijarlo en términos susceptibles de consulta.

La investigación cualitativa, por definición, no se somete a ningún esquema rígido de procedimientos y normas de comprensión de la realidad social. Por esto hemos tomado como eje de análisis la matriz desarrollada por Max Neef, M. en su teoría de desarrollo a Escala Humana y la relación,

que se presenta entre, los cuidadores familiares y los pacientes con Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer.

El análisis propuesto es aplicable para fines de diagnóstico y evaluación. A través de un proceso dialógico, donde pueden identificarse características, que son objeto de muestro estudio.

La naturaleza explicativa y descriptiva de los objetivos de la investigación, no hacen necesario, la formulación de hipótesis previa. La orientación de la investigación, se basa en los interrogantes presentados en la fundamentación.

Buscaremos en todo momento realizar una aproximación descriptiva, del perfil de la labor profesional del Trabajador Social, y de posibles alternativas de intervención, desde el Trabajo Social en dichos ejes temáticos.

Las necesidades y satisfactores de los cuidadores deben ser tenidas en cuenta, desde la perspectiva de que estos pertenecen al sector etario de las personas de edad avanzada, las cuáles presentan características particulares. Estas características se enmarcan desde lo biológico, psicológico, sociológico, donde también se presentan ajustes desde lo psicosocial. Por esto, nuestras categorías de análisis se centraran a saber:

NECESIDADES AXIOLOGICAS Y SATISFACTORES DE:

- SUBSISTENCIA.
- PROTECCIÓN.
- AFECTO.
- OCIO.

TRABAJO SOCIAL.

- FORMAS DE ABORDAJE.
- OBJETO DE INTERVENCIÓN.
- ROL Y FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL.
- NIVELES DE INTERVENCIÓN.

BIBLIOGRAFIA: SEGUNDA PARTE.

1) ROGERS,C.R. " El proceso de convertiese en persona. Mi técnica terapéutica". Editorial PAIDOS. Bs. As. 1979.

2) RUIZ OLABUENAGA, José I. " Metodología de la investigación cualitativa". Universidad de Deusto. Bilbao. 1996. Pag. 21 a 22.

3) TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. " Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. La búsqueda de significados". Editorial PAIDOS. Bs. AS. 1986. Pag. 21 a 23.

4) RUIZ OLABUENAGA, José I. " Metodología de la investigación cualitativa". Universidad de Deusto. Bilbao. 1996. Pag. 31.

5) IDEM. Pag.

6) IDEM. Pag 179 a 186.

7) IDEM. Pag. 65 a 66.

8) TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. " Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. La búsqueda de significados". Editorial PAIDOS. Bs. AS. 1986. Pag 101.

9) RUIZ OLABUENAGA, José I. " Metodología de la investigación cualitativa". Universidad de Deusto. Bilbao. 1996. Pag. 168.

10) IDEM. Pag 179 a 184.

11) IDEM. Pag. 77.

III PARTE

1. ANALISIS DE LOS DATOS.

1.1 GRAFICOS: A partir de los datos recogidos de las entrevistas y con la finalidad de describir específicamente a nuestro grupo de estudio, se exponen a continuación algunas de las características de los familiares cuidadores.

SEXO.

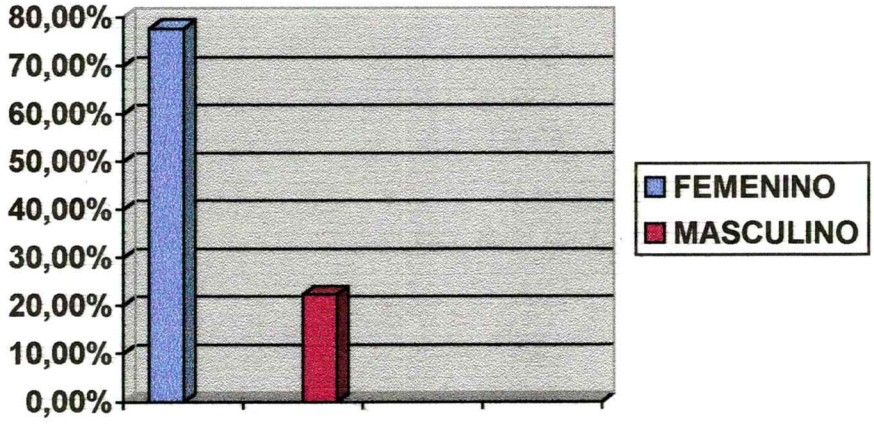


Gráfico 1: Sexo de los Familiares cuidadores, de los pacientes con Diagnostico Presuntivo De Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer, concurrentes a G.A.M.A, en la ciudad de Mar del Plata. Período Oct. --Nov. de 1999.

Fuente: entrevistas realizadas a familiares cuidadores.

PARENTESCO.

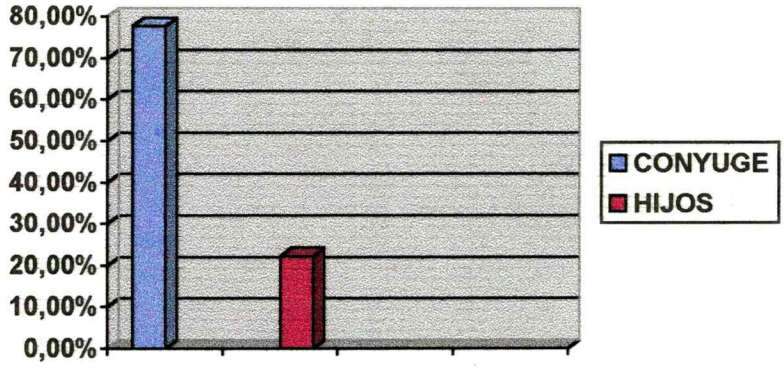


Gráfico 1: Parentesco de los Familiares cuidadores, de los pacientes con Diagnostico Presuntivo De Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer, concurrentes a G.A.M.A, en la ciudad de Mar del Plata. Período Oct. - Nov. de 1999.

Fuente: entrevistas realizadas a familiares cuidadores.

EDAD.

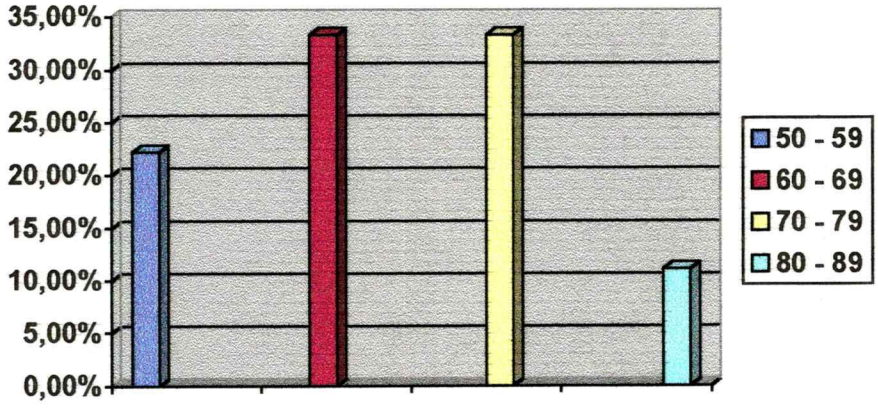


Gráfico 1: Edad de los Familiares cuidadores, de los pacientes con Diagnostico Presuntivo De Demencia Senil Tipo Mal de Alzheimer, concurrentes a G.A.M.A, en la ciudad de Mar del Plata. Período Oct. - Nov. de 1999.

Fuente: entrevistas realizadas a familiares cuidadores.

2. NECESIDADES AXIOLOGICAS Y SATISFACTORES DE:

2.1. SUBSISTENCIA.

De los datos extraídos de las entrevistas analizadas, se evidencia que en general la salud física y mental de los cuidadores, se encuentra expuesta a una carga emocional y física constante y progresiva, determinadas por la edad de estos y por la misma enfermedad del paciente. Esto provoca en el cuidador, un mayor y progresivo desgaste de su salud en general, como lo señala R. Moragas Moragas "...*con el paso de los años la estructura física de las personas experimenta decrementos de su capacidad funcional, disminución en la velocidad de reacción y en su capacidad de enfrentarse a estímulos externos...*". Así también lo manifiesta Luis F. Agüero Ortiz *"... el peso principal de los cuidados suelen recaer en personas que tienen la misma edad del paciente, es decir que son, a su vez, ancianos."*

La necesidad de subsistencia, que corresponde a la salud mental y física del cuidador, se encuadra dentro de la matriz negativa de los satisfactores inhibidores, debido a que, el desgaste producido por el cuidado del paciente, imposibilita al cuidador poseer una óptima calidad de vida. Como se evidencia en las entrevistas:

"...cuando el estaba muy mal, ahí si, no tenia ganas ni interés en nada, pero ahora que esta bien, si..." (E.2).

"...fue ahí cuando empece ha andar mal, con presión nerviosa, me apareció eso en el pecho..." (E.5).

"...esto me deteriora, tengo que cuidarme, y sino vamos a ser dos los enfermos..."(E.6).

Debido a este desgaste, ya expuesto, el impacto en su entorno vital y social se ve afectado, y esta estrechamente ligado a factores psicosociales, de motivación, estilo de vida, interés, ocupación, compañía. Esto se constata, en el hecho de que la vida del cuidador, gira alrededor del paciente, los horarios, salidas, hábitos alimenticios y otras actividades se ajustan a las del enfermo, dando como resultado una mutua interdependencia enfermo - cuidador.

La necesidad de subsistencia, que corresponde al impacto negativo en el entorno vital y social del cuidador, se encuentra dentro de la matriz negativa de los pseudo satisfactores, ya que, el cuidado constante del enfermo no permite al cuidador poder desprenderse de la situación, siendo su rol de cuidador, el eje de su vida, imposibilitando el desarrollo de actividades individuales; sufriendo una sobreexplotación del recurso humano, que es el cuidador. Como se observa en las siguientes entrevistas:

"...No me dejaba ni a sol ni a sombra, salir de donde, me decía, no, yo voy con vos... He dejado de hacer muchisimas cosas, casi todo te podría decir, casi todo, porque me he dedicado exclusivamente para él..." (E.3).

"...antes trabajaba afuera, y de pronto me gustaba estar un poco entretenida, pero trabajar ahora no, porque sí tengo que cuidarlo a él no me van a quedar ganas de salir..." (E.2).

"...estoy totalmente desorganizada, nos levantamos tarde por que él duerme poco de noche..." (E.5).

Al ser el cuidador, en la mayoría de los casos, de sexo femenino, el cuidado supone una actividad adicional al conjunto de actividades domésticas, que forman parte de una sociabilización inconsciente diluida en el tiempo como lo manifiesta R. P. Rodríguez *"... ya que estas cuidadoras han vivido siempre o durante muchos años con el enfermo, recayendo-sobre ellas la prioridad del cuidado del miembro enfermo de la familia; teniendo estos que adaptarse ante la nueva situación..."*

La necesidad de subsistencia, que corresponde al incremento en las actividades de los cuidadores, producido por una sobrecarga de las tareas cotidianas, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores inhibidores, ya que, esta sobrecarga dificulta seriamente la satisfacción de

otras necesidades. Estas pueden ser de subsistencia, como por ejemplo, la de poder trabajar, de ocio en la utilización del tiempo libre y otras. Tal como se manifiesta en las entrevistas:

"...hace mucho tiempo que no me siento a la mesa con él, porque yo tengo muchas tareas por hacer, que lavar, que limpiar, estoy más torpe para hacer las cosas que hace dos años atrás...". (E.5)

"...tomó como hábito irse, o sea, la llave siempre esta escondida y la puerta trabada; ya no ubica la llave del gas, prende la hornalla, yo hoy trabajo con ella, acá adentro en la casa..."(e.7).

Los cuidadores manifiestan gran preocupación desde lo económico, debido a que el monto de las jubilaciones que perciben, es escaso para llevar adelante los gastos cotidianos (luz, gas, impuestos), los del tratamiento de la enfermedad del paciente (que suponen gastos adicionales y progresivos, según como evoluciona la enfermedad) y las del propio cuidador, que por su edad, también se encuentran bajo tratamiento médico. Dichos tratamientos, muchas veces, no son solventados en su totalidad por la cobertura social.

La necesidad de subsistencia, que corresponde a los ingresos escasos, incremento de los gastos y a la parcial cobertura del sistema de

salud, se encuentran dentro de la matriz negativa de los satisfactores inhibidores y singulares, al ser estos exógenos e impuestos por el estado, no le permite al cuidador poseer una sólida posición económica y una cobertura social adecuada a sus necesidades de protección, ocio y otras, que le garanticen tranquilidad para poder acceder adecuadamente al tratamiento del enfermo y poder solventar los gastos de mantenimiento del hogar. Como se manifiesta en las entrevistas:

"... desde lo económico me cuesta, pero siempre he sido muy cuidadosa, busco la manera de arreglarme, con "X" cantidad, tratar de no derrochar..." (E.8).

"... porque una casa con $ 200 no pagas ni el gas, ni la luz y estoy con muchos impuestos que no pagó..." (E.5).

"... suponé, si tengo que traerla acá, hay que pagar, más el transporte privado, por ahora no puedo..." (E.4).

2.2. PROTECCIÓN.

Se observa que, los cuidadores familiares de edad avanzada, se encuentran desorientados y agobiados frente a nuevas funciones administrativas del hogar, dando origen a desequilibrios y a la falta de adaptabilidad, ante nuevas situaciones. De esta manera manifiestan su necesidad de protección y/o acompañamiento, para llevar adelante funciones de organización, prevención, planificación y/o gestión de los intereses económicos propios y del enfermo. Como lo manifiesta R. Moragas Moragas *"... para resolver un problema debe seleccionarse una alternativa entre varias, a través del análisis, la lógica y el razonamiento. Con la edad, la actitud para la resolución de problemas muestra los mismos decrementos que otras facultades cognitivas, aunque no suponga obstáculos, para una vida social útil"*

La necesidad de protección, que corresponde al desequilibrio e inadaptabilidad ante nuevas situaciones, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores destructores, debido a que, los cuidadores se enfrentan a la imposibilidad de organizarse óptimamente, desde las funciones administrativas, imposibilitando el uso correcto de los recursos económicos. De los datos extraídos de las entrevistas se evidencia:

"... la pasaba bien, no me ocupaba de impuestos, de nada... después me encontré muy trabada, por que al no ocuparme de ningún gasto... yo no tenía responsabilidades y vinieron las

responsabilidades muy de golpe y eso creo que me hizo muy mal..."(E5).

"...primeramente era todo de a dos, si había que hacer una salida, un viaje, caminar, comprar zapatos era algo tan simple y ahora me es tan difícil hacerlo, las vueltas que tengo que dar..." (E.8).

El enfermo al contar con un sistema de salud, el cual, no cubre la totalidad del tratamiento, origina sucesivos gastos que se van incrementando, teniendo que priorizar la utilización de servicios, para poder acceder a medicamentos, tratamiento, cuidados externos y/o institucionalización del enfermo.

La necesidad de protección, que corresponde a un sistema de salud deficiente, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores destructores, al imposibilitar al cuidador, poder planificar y utilizar los servicios con total libertad, teniendo que depender de factores exógenos, como lo son las prestaciones sociales, las cuáles, no cubren satisfactoriamente las demanda tanto del cuidador, como la del enfermo. Como se explícita en las siguientes entrevista:

"...no me queda otra solución que la internación en el estado en que esta ella, es un sacrificio económico porque aparte concurre al centro de día... desde lo económico habrá problema, no en lo

inmediato, porque se me van a ir los ahorros, aparte hoy no conseguiría trabajo con mi edad..." (E.6).

"...para llevar adelante los gastos de la enfermedad hay que ahorrar mucho, quitando muchas cosas, porque no te da, los sueldos son muy bajos, estamos jubilados, yo tengo el mínimo..." (E.3).

Al ser la mayoría de las veces, el cónyuge y/o hijos el cuidador principal, recae sobre él, la toma de decisiones en todos los ámbitos del acontecer familiar, originando cambios en la expectativa de roles como lo señala Claudio García Pintos al hablar sobre sistemas familiares definiéndolo como *"... un sistema dinámico en interacción dialógica que pretende – o debe pretender – ayudar a los individuos a desarrollar una presencia afectiva y efectivamente responsable y libre en el mundo".*

La necesidad de protección, que corresponde a los cambios en las expectativas de roles familiares, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores destructores, estos cambios de los roles son impuestos, debido a la enfermedad del miembro de la familia, este cambio hace que el cuidador deba asumir nuevas responsabilidades, que hasta ese momento eran asumidas por el enfermo u otra persona. Tal como se afirma en las entrevistas:

"...lo cuido como agradecimiento por lo bueno que fue y es, por lo feliz que me hizo, él vivía cuidándome de que estuviera bien..."(E.1).

"...se cambio todo, como si me hubieran cambiado el marido, todo integro, todo, no es más aquel hombre, no es más nada. Ya no se puede ni ir a almorzar, yo a veces igual los domingos lo llevo a almorzar por ahí..."(E.3).

Observamos, que la mayoría de los cuidadores forman parte de familias nucleares, con un número reducido de miembros, lo que dificulta el poder compartir el cuidado del paciente, como ya hemos señalado, los cuidadores son personas de edad avanzada y los que poseen hijos, estos son adultos con familias propias, que pueden vivir o no cerca de ellos. Felipe Bermejo y otros señala que *"... actualmente se entiende que los cambios en la estructura familiar caracterizada por la disminución del tamaño de la familia (que conlleva a una generación vertical de la familia, consolidándose la familia nuclear), pone en peligro la continuidad del cuidado del enfermo".*

La necesidad de protección del cuidador, al poseer un entorno familiar reducido, para compartir la responsabilidad del cuidado del enfermo, corresponde a la matriz negativa de los satisfactores destructores, la necesidad de delegar responsabilidades se ve restringida, produciendo el aislamiento del cuidador en la atención del enfermo. Como se evidencia en las siguientes entrevistas:

"...encuentro la comprensión en mi hija que vive en Mar del Plata, en la otra no puedo porque vive en España... en mi familia hay gente muy longeva, yo soy la más joven de todas y tengo 72 años..." (E. 8)

"...la hija si quiere saber algo es por mí, sino, ¿sabes lo que pasa también? Esta en condiciones de poco dinero. Ella está en Paso Del Rey, Buenos Aires..." (E.3).

"...no recibo ayuda de nadie para el cuidado de mí mamá, solo mí hermano y yo..." (E.9).

2.3. AFECTO.

El cuidador se enfrenta, durante este período, a crisis del ciclo vital de la familia y a crisis accidentales como lo manifiesta C. García Pintos *"... crisis que plantean desequilibrios temporarios y reasentamientos posteriores produciéndose en la dinámica el crecimiento significativo del sistema y sus individuos...".*

La necesidad de afecto que responde a las crisis del ciclo vital y accidentales de la familia, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores inhibidores, generando en el cuidador una desestructuración familiar y personal, que imposibilita la superación de la misma, dando lugar a situaciones de angustia y miedo. Como se observa en los siguientes párrafos:

"...sentí terror, porque la vi a mi tía pasar esa enfermedad, de tal manera, que para mí eso era tremendo..." (E. 3).

"...Tanto a mí como a mi hermano, porque piensa igual que yo, como que me destruí del todo. Me destruí. Porque en mi casa todos somos una familia muy unida y siempre lo fue, a sí que es como si nos hubiera caído un edificio encima..." (E.9).

Durante el proceso de la enfermedad del paciente, el cuidador, ve como se restringe su vida social, muchas veces, los momentos de encuentro con familiares y/o amigos se ven afectados o interrumpidos por la presencia física o no del paciente, generando en el cuidador aislamiento, por la dependencia que genera el paciente y por el estigma de la enfermedad en sí misma. J. Flórez Lozano expresa *"... El entorno social se aleja del paciente a veces lo hace por falta de cariño, desinterés, inquietud, miedo o rechazo o por la pena que produce el enfermo y no sabe como aguantarlo...".*

La necesidad de afecto, que corresponde a la restricción de la vida social y aislamiento, pertenece a la matriz negativa de los satisfactores destructores, en donde se visualiza, como se va disolviendo el entorno familiar, creándose brechas entre los integrantes de la familia, debido a la actitud del cuidador o por la situación estigmatizante de la enfermedad, las cuales producen miedo, rechazo, pena, originando que los momentos de encuentro sean frustrantes o inexistentes. De los datos extraídos se rescata:

"...no, la familia no viene. La familia esta en sus cosas, tiene hijas, trabajan y no vienen..."(E.1).

"...a veces vienen cuando no esta él, pero me parece que si vienen cuando él no esta, yo lo veo mal, como que les ando esquivando..." (E.5).

Al ser algunos de los síntomas de la enfermedad, los deterioros cognitivos (confusión, desorientación, olvidos y dificultades para concentrarse), síntomas somáticos (anorexia, cansancio, pérdida de la independencia, trastornos en el cuidado de sí mismo), alteraciones de las relaciones interpersonales (hostilidad, irritabilidad, pesadez, falta den cooperación), trastornos de la afectividad (Labilidad emocional, temores), apatía (depresión, alteración del sueño, falta de sociabilidad, falta de motivación e indiferencia), genera en el cuidador angustia, intolerancia y baja autoestima.

La necesidad de afecto, que corresponde a la sensación de angustia, intolerancia frente al cuidado del paciente y baja autoestima del cuidador, se encuentra dentro de la matriz negativa de los satisfactores destructores, visualizándose la situación paradojal, donde el cuidador necesita cuidados, al encontrarse expuesto (desde lo emocional) a un continuo desgaste. Provocando en él, la sensación de insatisfacción y violencia interna, la cual, repercute en su calidad de vida. Tal como se afirma en las entrevistas:

"...salimos a la calle y empieza a discutir y por ahí me discute una pavada... me produce nervios y discuto..."

(E.4).

"...tengo mis momentos de bronca, pero, le digo hace esto y no, no y se empaca y se levanta y se orina todo y lo quiero hacer entrar al baño y no hay forma de hacerlo entrar, se agarra y no lo podes arrancar. Eso me pone mal, me pone medio violenta...". (E.3).

"...siento que involuciona, porque me persigue tanto, que he querido irme de casa, pero hoy esta más tranquilo. Solía dejarme la autoestima por el suelo...". (E.8).

El rol del enfermo se va diluyendo en el transcurso de la enfermedad, es así que, el cuidador cónyuge se enfrenta a la pérdida gradual de su pareja, desde lo emocional, lo afectivo y hasta del acercamiento sexual de su compañero. Con respecto a unas de las creencias y estereotipos que existen, con respecto a la sexualidad de la tercera edad, la cual dice que no es placentero. Delia Sánchez Salgado expresa *"... a pesar del prejuicio social, las personas de edad avanzada pueden llevar una vida sexual activa y satisfactoria..."*. Pero en estos casos los cuidadores se enfrentan a situaciones, como lo expresa Luis Fernando Agüero Ortiz *"... Las relaciones sexuales de pareja pueden ser solicitadas de forma más frecuente o menos cariñosa. Pueden desear la relación genital sin prolegómenos, o, por el contrario, rechazar totalmente la actividad sexual. Estas situaciones provocan dificultades, no siempre fáciles de resolver, pero habrá de aludirse a la sensatez e intuición del cónyuge".*

La necesidad de afecto, que corresponde a las alteraciones emocionales, afectivas y sexuales corresponde a la matriz negativa de los seudo – satisfactores, porque la necesidad de contención emocional, afectiva y/o sexual, se enfrenta a los síntomas de la enfermedad, la cual, se manifiesta con alteraciones de las relaciones interpersonales y trastornos de la afectividad, como la explica Casilda Eloriaga del Hierro *"... Si el cónyuge sano mantiene sus relaciones sexuales con el enfermo de Alzheimer sin violencia, no cometen ninguna violación, "ni se esta aprovechando de un demente". De hecho, la respuesta normal en una persona sana es sentir la necesidad de continuar la vida de pareja que estaba acostumbrada. Ahora bien, lo que va a variar posiblemente en esa relación, son los hábitos sexuales que habían contraído los cónyuges, ya que el enfermo no los recuerda y además se siente diferente y puede confundir los papeles...".* Como se observa en las siguientes entrevistas:

"...cuantas veces tengo ganas de darle un beso y se lo doy en la mejilla, a veces no tengo rechazo, no soy cargosa, pero cuando puedo y tengo la necesidad de sentirlo, lo hago. Lo hago cuando yo me doy cuenta que puedo hacerlo. Cuidado, que para esto, hay que aprende,r cuando es el momento, entonces ese es el cambio...". (E.8)

"...cuando él me demanda y bueno, yo lo amo, a mí no me cuesta, pero cuando tuvo esa erección de 24 hs. No me demando". (E.3)

Se evidencia en las entrevistas, que en los cuidadores urge la necesidad de mantener los vínculos familiares y con amigos. En todo momento, busca compartir y sociabilizar su experiencia, su dolor y su angustia, busca en su entorno poder contener y canalizar todos aquellos sentimientos que produce la pérdida gradual de su familiar. Este sentimiento, no siempre es compartido con el resto de su entorno familiar y/o social, ya que, al no convivir y/o no tener información o interés sobre la evolución de la enfermedad, niegan la misma, recayendo sobre el cuidador principal, todo el estrés emocional y físico de la pérdida gradual del paciente y del duelo en vida, que el cuidador realiza de su ser querido.

La necesidad de afecto, que corresponde a la situación de estrés y del duelo en vida que realiza el cuidador, se encuadra dentro de la matriz negativa de los satisfactores destructores, debido a que, los conflictos entre las expectativas o valores propios de los cuidadores o de otros miembros de la familia, provocan una ansiedad casi insoportable en los cuidadores; transformando la vida diaria de estos, volviéndolos más vulnerables frente a la enfermedad y al duelo interno que ellos realizan de su ser querido. De los datos extraídos de las entrevistas se constata:

"...los vecinos se han ofrecido de corazón, en ese sentido tengo mucha suerte. Los otros días necesite al de la portería y vino y o la señora de acá enfrente. Porque creía que era el último momento de su vida..."(E.3).

"...estoy aprendiendo a tener una nueva vida, porque si bien quiero todo para él y también me cuido yo, yo noto que tengo la presencia, pero tengo la ausencia y estoy viviendo un duelo... para todos está, pero el compañero no está..."(E.8).

"...yo no recibí la ayuda de nadie. Los vecinos se han alejado, como también los amigos. Como no tiene diálogo y si lo tiene es incoherente, entonces no entienden cuando les cuento lo que padece ella..."(E.6).

2.4. OCIO.

Al cuidador le queda poco tiempo para distraerse o abtraerse de la cotideanidad, muchos de ellos, se dedican las 24 hs. del día a estar a disposición del enfermo. Asimismo, manifiestan su deseo de poder realizar actividades, para el desarrollo personal, ellos tratan por consejo profesional, de desprenderse del enfermo, delegando el cuidado del paciente a otra persona; no siempre esto pueden llevarlo a cabo. Como lo explica Archibaldo D. Sepúlveda *"... es muy frecuente que el cuidador principal quede aislado en sus labores, esto significa que deben dejar de lado actividades sociales, recreativas o de desarrollo personal...".*

La necesidad de ocio, que corresponde a la escasez de tiempo libre, para distraerse o abtraerse, y la imposibilidad de poseer tiempo para su desarrollo personal, pertenecen a al matriz negativa de los satisfactores inhibidores, donde el tiempo que requiere el cuidado del enfermo, imposibilita o dificulta la satisfacción de la necesidad de poder concentrar, la atención en sí mismo, llevando a que ignoren lo que ocurre dentro de ellos. Como se manifiesta en las siguientes entrevistas:

"...me gustaría caminar, hacer yoga, yo hice yoga dos años, eso sí me gustaba y caminar y visitar mi gente, mis amigos. Deje de caminar porque el se enojaba cuando venía y bueno empezó a sí" (E.3).

"...los cambios fueron para mí para peor, porque me sacaron el entusiasmo de querer hacer muchas cosas, cada vez me cohibe más hacer cosas, porque sí estoy haciendo algo, ella me pregunta que estás haciendo... no te deja terminar ninguna tarea, ese es uno de los problemas, que no te dejan libre...". (E.6)

Al realizar salidas, con el enfermo, los cuidadores se enfrentan ante la intolerancia de estos, a permanecer en lugares que no le son familiares, teniendo que retirarse antes de lo previsto; debido a que el enfermo llega a tener actitudes inadecuadas y pone a sus familiares en situaciones de gran tensión. Como lo señala Luis F. A. Ortiz *"... se producen reacciones catastróficas del enfermo frente a situaciones variadas, dando origen a agitación psicomotriz, descontrol verbal, intenso miedo y aumento de la incoherencia...".*

La necesidad de ocio, que corresponde a la restricción de salidas sociales, pertenece a la matriz negativa de los satisfactores destructores, al intentar satisfacer la necesidad de esparcimiento, esta se ve afectada por la conducta del enfermo, provocando intranquilidad, nerviosismo y sobre todo intolerancia y tensión en el cuidador, dando como resultado el aislamiento social de este. Tal como se afirma en las siguientes entrevista:

"...cumplió 15 años la hija menor de mi hermano e hizo una linda fiesta, pero él ya está un par de horas y quiere irse, vamos a algún lado y él ya quiere volver..." (E.5).

"...ya no hacemos más reuniones, siempre que sea posible, porque son muy duras, o a él lo asusta, veíamos que en esas reuniones él estaba mal..." (E.8).

Cuando los cuidadores logran desprenderse en algún momento del enfermo, viven esta situación, muchas veces, con culpa, sin poder lograr distraerse o abtraerse, siempre están pendientes del enfermo; sienten culpa por dejarlo y cuestionan el hecho de sí son bien atendidos en su ausencia o sí pueden surgir situaciones de peligro para el enfermo. Viven el hecho de divertirse, relajarse, abtraerse, como si les fuero prohibido y no merecieran poder asistir a espectáculos, fiestas y/o reuniones. Su tranquilidad se ve constantemente perturbada, están pendientes tan solo del enfermo y se olvidan de sus propias necesidades de distracción.

La necesidad de ocio que corresponden a la incapacidad de relajarse, distraerse y/o divertirse, corresponde a la matriz negativa de los satisfactores inhibidores, originando en el cuidador sentimientos de culpa, miedo e intranquilidad por la seguridad del enfermo, sin poder romper con

la mutua interdependencia. Tal como se observa en las siguientes entrevistas:

"...no puedo salir, yo antes era muy callejero, mi vida siempre a sido la calle, estuve tan encerrado de criatura que después me hice muy aventurero..." (E.4).

"...me gustaría hacerlo, pero sola no quiero ir a ningún lado, aparte no tengo con quién dejarlo..." (E.3).

"...nosotros estamos acostumbrados a salir juntos (cuidadora y cónyuge) somos muy unidos, muy compañeros y ahora no se puede porque siempre uno de los dos se tiene que quedar a acompañar a mi mamá (Enferma)..."(E.7).

Los cuidadores y sobre todo aquellos que son cónyuges realizan una valorización de la salud y manifiestan, abiertamente, la añoranza de las salidas y actividades realizadas con el paciente cuando estos, no presentaban aún, los síntomas de la enfermedad.

La necesidad de ocio, que se relaciona con la pérdida de espacios y actividades compartidas con el enfermo, corresponde a la matriz negativa de los satisfactores destructores, que produce en el cuidador angustia y soledad, por la falta progresiva de espacios de intimidad y compañerismo,

producidos por los síntomas de la enfermedad. Como se evidencia en las entrevistas:

"...realizábamos viajes, nos gustaba a los dos, creo que es una de las cosas que extraño, siempre fuimos muy caminadores,... no perdíamos el tiempo siempre era de a dos, hoy extraño todo esto... mí vida siempre fue muy linda aún con las partes duras de pérdida..."(E.8).

"...siempre salíamos juntos, aún cuando las chicas eran chicas, siempre salíamos, siempre se tomo el día martes...".

3. TRABAJO SOCIAL.

3.1. FORMAS DE ABORDAJE.

De los datos obtenidos, de la entrevista al Trabajador Social, observamos que la forma de abordaje, en este tipo de problemática, se da desde lo individual, familiar y/o grupal, corroborando, que todos los conocimientos y destrezas que el Trabajador Social ha adquirido en su preparación profesional, lo capacita para trabajar en estos tres niveles. De la entrevista se desprende:

"...es una intervención focalizada hacia la familia, se trata de trabajar la organización de está y como el cuidador está contenido adentro de la familia... y de acuerdo al diagnóstico de la situación familiar se hará una intervención de toda la familia o no...". (T.S.)

"...entonces sí también en el grupo de apoyo se ve que nuevamente la organización que se había planificado en las entrevistas con las familias vuelve a decaer, volvemos a entrevistas individuales para trabajar a la familia...". (T.S.)

3.2. OBJETO DE INTERVENCIÓN.

En este tipo de problemática, el objeto de intervención, es la familia. Donde se focaliza la intervención en el cuidador familiar; debido a que este,

se encuentra en contacto directo y cotidiano con el enfermo, recayendo sobre él, la mayor responsabilidad del cuidado del mismo. Originando, que sea el cuidador, el que demande apoyo directo de nuestra intervención profesional. Tal como se afirma en el siguiente párrafo:

"...es un problema familiar donde se trabaja con la familia. Así estaría dada la intervención. Donde la figura principal sería el cuidador principal. "Cuidar al Cuidador"...". (T.S.)

"... En todo este tiempo me ayudo mucho (la T.S.). La información que nos dio es real y esta todo bien, lo fui comprobando con el tiempo...". (E. 7)

"... Ella siempre esta ahí, en el momento en que se la necesita, me siento apoyada, comprendida...". (E.8)

3.3. ROL Y FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Se visualiza claramente, que el Trabajador Social desarrolla en forma clara y precisa su rol de orientar, educar, informar, coordinar y apoyar; siendo reconocido como agente competente y activo, en intervenciones directas, donde el valor óptimo que dirige la práctica del Trabajador Social, es la creencia de que cada individuo debe tener la

oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida personalmente satisfactoria y socialmente deseable. Tal como se observa en la entrevista:

"...tengo un rol de orientación y un rol de brindar información, ósea, el de educar a la familia, el de brindar información es fundamental para que la familia pueda entender donde está parada y el de orientación es para contribuir a que puedan reflexionar sobre la importancia de una buena organización familiar para cuidar fundamentalmente al cuidador...". (T.S.)

"...en el grupo de apoyo tenemos la coordinación alternada con la Psicóloga; desde el servicio social en el grupo se brinda lo que es la educación, la organización familiar y el uso de los recursos...". (T.S.)

"...la trabajadora Social fue lo que nos dio las palabras justas, seguras, se veía que había una profesional, con mucho conocimiento y mucho para dar. Sentíamos que ella nos iba a dar todo lo que nosotros necesitamos..." (E.8).

3.4. NIVELES DE INTERVENCIÓN.

Desde el Trabajo Social, la intervención con personas ancianas y su familia, esta orientada hacia la prevención, como se visualiza en las

entrevistas de la Trabajadora Social y de los cuidadores. Esta prevención, se orienta a un nivel secundario, que esta dirigido al manejo de la problemática que nos ocupa, y desde un nivel terciario, aminorando los efectos de una condición incapacitante, ayudando al cuidador, a recuperar un óptimo nivel de funcionamiento, dentro de sus limitaciones. Tal como se evidencia en las siguientes entrevistas:

"...generalmente en un grupo familiar, cuando aparece una enfermedad discapacitante, aparecen los problemas emergentes de ese grupo familiar..."(T.S.)

"...el objetivo es tratar de aliviar al cuidador, para sostener al máximo al paciente dentro de su núcleo familiar..."(T.S.)

"...uno ve a otros que están peor que uno, enfermedades peores que no se levantan, que se hacen encima, yo hasta ahí no llegue todavía, porque voy a llegar, antes no lo pensaba y ahora lo pienso, a mí las reuniones me ayudaron, nunca fui de pensar las cosas más allá, siempre viví el presente y viví siempre bien..." (E.5)

IV PARTE

INTERPRETACIÓN DE DATOS.

1.DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Esta investigación a pretendido analizar la problemática socio – familiar de los cuidadores de pacientes con Diagnóstico presuntivo de Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer, para de esa manera, poder llegar a un diagnóstico de la situación, desde la perspectiva del trabajo social.

Sabemos que, el enfermo con diagnóstico presuntivo de Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer, requiere atención continua, ayuda y vigilancia, dando lugar a la alteración del sistema familiar.

El diagnóstico genera un fuerte rechazo y angustia, por la falta de comprensión y/o aceptación del mismo. La familia se enfrenta ante algo irreversible. Es en este punto, donde surge la necesidad de un cuidador, el cual, muchas veces no se encuentra preparado para enfrentar esta nueva problemática. Este diagnóstico, involucra la modificación de aspectos personales del cuidador, dando lugar a rasgos ambivalentes, por este sufrimiento y por la falta, muchas veces, de apoyo del entorno familiar; originando respuestas impropias de este frente al cuidado del paciente y frente a su propia vida.

Uno de los aspectos principal de nuestro análisis, es la carga emocional y económica, que sobrellevan los cuidadores que son familiares directos (en su mayoría cónyuges), en su nuevo rol como cuidador principal.

Asimismo es de destacar, que la edad media de los cuidadores, oscila entre los 60 años aproximadamente, perteneciendo al sector etario de la tercera edad, con características propias de la vejez.

Se evidencia que la estructura familiar en este período, entra en crisis en su ciclo vital y/o accidental, dando como resultado una disfuncionalidad, incompetencia e incapacidad de realizar las tareas que le son propias, llegando a generar patologías y sufrimientos en sus miembros. Como consecuencia de estas crisis, se genera en el cuidador, dependencia, angustia, baja autoestima, estrés y tensión emocional. Los cuidadores sienten que sus propias necesidades han sido completamente olvidadas.

Se observa que el familiar cuidador necesita sentir que alguien se preocupa por él y desea ayudarlo, para de esta manera, poder contrarrestar sus sentimientos vitales de omnipotencia y/o impotencia, de soledad y abandono frente a la problemática. En él aparecen necesidades no satisfechas desde hace tiempo, esta muy sobrecargado interiormente y su umbral de tolerancia se ve disminuido con el avance de la enfermedad.

Frente a la problemática, el impacto producido en el cuidador, es en su mayoría negativo, ya que las demandas impuestas a la persona que cuida al enfermo, exceden su capacidad, aparecen alteraciones que se visualizan en el desgaste y deterioro de la salud física y mental, trasladando el impacto negativo a su entorno vital y social. Este impacto se sobre dimensiona al tener que enfrentar situaciones económicas adversas.

Visualizándose un incremento de los gastos (debido a la enfermedad), parcial cobertura del sistema de salud e ingresos escasos.

Conviene subrayar que las necesidades de los cuidadores no son solo de naturaleza psico – social o afectiva, sino también de tipo material. Es necesario comprender que, con la enfermedad los gastos se acrecientan y los recursos disminuyen. Muchas veces la familia de los cuidadores se encuentra fragmentada, por la emigración de sus miembros, lo cual dificulta la comunicación, dando lugar al agravamiento de estos problemas y de otros preexistentes.

Todos lo descripto en nuestra investigación, considerado en conjunto, sugieren el diagnóstico de falta de adaptación del cuidador a esta situación problemática y la necesidad de ayuda externa.

2. CONCLUSIÓN.

La investigación expuesta, debe ser interpretada teniendo en cuenta, que los fenómenos nunca se manifiestan en forma aislada. En los hechos concretos siempre encontraremos la convergencia de diferentes fenómenos, que llevan a que el Trabajador Social, deba adaptarse y combinar diferentes tipos de intervenciones. Bajo este punto de vista, la investigación, nos ofrece datos valiosos y consideraciones que podrán ser utilizadas como lineamientos de futuras intervenciones.

Como trabajadores sociales, creemos que las personas tienen recursos y potencialidades, a veces no utilizadas, que es necesario descubrir o redescubrir, estimular y poner en funcionamiento. Esto implica, no solo una metodología, sino también una ideología optimista necesaria para el éxito de la intervención.

Consideramos que hemos logrado, a través de la formación teórico – práctica, una visión integral de la realidad que nos permite concluir, desde una visión critica, que sí bien, en toda tarea social se dan limitaciones propias del trabajo con seres humanos, nosotras destacamos la necesidad de realizar una intervención que se base en la ayuda, afecto y empatía. Para de esta manera poder disminuir el estrés y aislamiento que padece el familiar cuidador. Creemos que, la disponibilidad de gente en quién confiar, que nos cuiden, nos valoren y nos amen, contribuye a tolerar mejor las frustraciones y resolver los problemas ocasionados por la existencia de un enfermo con las características de la Demencia Senil tipo Mal de Alzheimer.

La utilización de recursos externos, para el cuidado del cuidador, en el sector investigado, se encuentra cubierto por el grupo de apoyo y el centro de día, a sí mismo muchas veces es insuficiente debido al desborde emocional y económico que desencadenan las crisis cotidianas. Consecuentemente consideramos que la familia se constituye en un valioso instrumento terapéutico, para vehiculizar todo tipo de ayuda y cuidados. Indudablemente la red del sistema familiar es importante como base de una terapéutica especial, en la que se busca no solo el apoyo, sino también

preservar el equilibrio y dinamismo facetico y comunicacional del sistema familiar.

Como fin último, desde el Trabajo Social, debemos alentar la expresión positiva de los sentimientos, propiciar la autoestima, escuchar y crear un ambiente confortable, para el cuidador y su familia. Por ello, debemos ayudar a los miembros de la familia a identificar la respuesta emocional que produce la situación (de poseer un enfermo con diagnóstico presuntivo de demencia senil tipo Mal de Alzheimer), localizar factores de vulnerabilidad, y aceptar dicha respuesta como normal y legitima.

A través de nuestra intervención buscaremos disminuir los sentimientos de angustia, desesperación y soledad; proporcionando seguridad, para así lograr, la adaptabilidad del familiar cuidador frente a esta situación problemática, facilitándole también ayuda externa, para que todo esto, se transforme en aspectos normales en el mantenimiento del equilibrio familiar y en el logro de la felicidad en la vejez.

Una sensibilización de la propia sociedad constituye un objetivo irrenunciable, para que un anciano sano o enfermo reciba el cuidado, la atención y el afecto necesario. Una sociedad avanzada y desarrollada se caracteriza en última instancia por el cuidado que proporciona a sus mayores.

3. PROPUESTA.

La problemática del cuidador nos obliga a plantearnos desde el Trabajo Social, el mejoramiento de su calidad de vida y la del enfermo. Tomamos como alternativa de intervención, el apoyo domiciliario, debido a que, los sentimientos de carga percibidos y/o reales por el cuidador, repercute directamente en el cuidado del enfermo y en la calidad de vida de ambos.

El tipo de actuación que proponemos es complementario al ya existente en el sector investigado (G.A.M.A.). Se relaciona con la ayuda que se puede ofrecer a una persona en el proceso de encontrar una solución a su problema. Este modelo puede ser aplicable al servicio que ofrecen profesionales de ayuda (trabajador social, psicólogo, médico, enfermera, terapista ocupacional), en una base individual, familiar y/o comunitario. Este apoyo domiciliario abarcaría la ayuda socio – emocional e instrumental.

El apoyo domiciliario sería una alternativa válida en caso de crisis, dicha ayuda sería complementaria con la tarea que realiza el grupo de apoyo y el centro de día. Cuando nos referimos a apoyo domiciliario, nos referimos a un equipo profesional capacitado y coordinado por el Trabajador Social, en la ayuda al cuidador, en situación de crisis las 24hs.

Esta propuesta es, un intento para hacer de la práctica del Trabajador Social, un proceso racional y deliberado. En este proceso se destacaría el enfoque interdisciplinario como concepción principal de trabajo.

Posibilitando así una visión global de la problemática, que son siempre complejas en cualquier situación humana y social. Haciendo posible una planificación conjunta del trabajo en todos los niveles e integrando los aportes de las diferentes disciplinas.

La intervención desde Trabajo Social consistiría en:

Una relación de Apoyo: Persigue principalmente aumentar la motivación para el cambio, disminuyendo la angustia incapacitante para actuar, la desesperanza ante el futuro y la sensación de soledad y abandono que siente o puede sentir el cuidador.

El enfoque Racional: en el problema presente va dirigido, esencialmente, a aumentar la capacidad de la persona contrarrestando la confusión cognoscitiva, liberando sus energías psíquicas y físicas y aumentando su capacidad para relacionarse.

La provisión de recursos externos: persigue aumentar la oportunidad de la utilización de los mismos, procurando el apoyo de personas significativas y aumentando el uso de recursos e instrumentalidades sociales.

Con el apoyo domiciliario se buscaría conseguir entre otros aspectos:

- Evitar discusiones que proporcionen hostilidad y agresiones. Que no se amenace, castigue o humille a la persona enferma.

- Orientar la agresividad hacia actividades constructivas.

- Permitir que el cuidador enojado hable y desahogue sus sentimientos; escucharlo con interés y utilizar la información adquirida para manejar mejor la vida diaria.

- Ayudar a la familia para que entienda la conducta del enfermo como síntoma de su enfermedad.

- Considerar la posibilidad de que el cuidador realice algún tipo de actividad física para aliviar la tensión creciente.

La coordinación en la planificación de ayuda instrumental sería un objetivo relevante, para conseguir un equilibrio en el sistema familiar. Mediante esta ayuda instrumental, que se encargaría de atenciones especificas (cuidado físico, trabajo domestico, lavado de ropa, preparación de la comida, tareas diversas del hogar,...), consideramos que se lograría moderar el estrés familiar.

Este tipo de intervención correspondería a un satisfactor sinérgico, el cual contribuiría a la satisfacción de otras necesidades de los cuidadores, entre ellos las de ocio, afecto, protección.

La atención de estos cuidadores longevos y los recursos disponibles en la comunidad (grupo de apoyo, grupos religiosos, grupos socio – familiares,...), constituyen elementos de apoyo para el cuidador. Estos recursos deberían desarrollarse, intentando canalizar la energía del

cuidador hacia actividades significativas, que sean compatibles con su capacidad de atención, interés y habilidades; para de esta manera lograr una mejor calidad de vida.

V PARTE

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- AGÜERA ORTIZ, Luis Fernando. " Demencia. Una aproximación práctica" Masson, S.A. España. 1998.

- BERMEJO, Felix y Colaboradores. "Aspectos Sociales y Familiares del Paciente con Demencia". Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. Díaz de Santos. Madrid. España. 1998.

- CARBAL PRIETO de ARGÜELLES, Julia M. "La Tercera Edad". Troquel. Buenos Aires. 1980.

- DE ROBERTIS, Cristina. "Metodología de la Intervención en Trabajo Social". El Ateneo. Buenos Aires. 1986.

- DIAZ DOMINGUEZ, Mariam y Colaboradores. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer". Bilbao, España. 1996.

- DI CARLO, Enrique y equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Editorial HVMANITAS. Argentina. 1995.

- DONOSO SEPÚLVEDA, Archibaldo. "Vejez y Envejecimiento". La Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias: Aspectos Clínicos y Familiares." Talleres Gráficos D.A.P.A.A. Santiago de Chile. 1996.

- FLORÉZ LOZANO, José Antonio. "Enfermedad de Alzheimer: Aspectos psicosociales". Editorial Edikamed. España. Enero de 1996.

- GALINSKY, David. "La Atención de los Ancianos O.P.S." Art. Extraído de la revista de A.G.E.B.A. (Asociación de Gerontología de Bs. As). Buenos Aires. Marzo - Abril de 1998.

- GARCIA PINTOS, Claudio C. "La familia del anciano también necesita sentido". Editorial San Pablo. Buenos Aires. 1993.

- GARCIA SALOR, Susana. "Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum – Saber – Formación". Editorial Hvmanitas. Buenos Aires. 1991.

- GRACIA FUSTER, Enrique. "El apoyo social en la intervención comunitaria". Paidós. España. 1997.

- HERNÁNDEZ SAMPIRI, Roberto - FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos - BAPTISTA LUCIO, Pilar. "Metodología de la Investigación". Mc Graw - Hill Interamericana de México, S.A. de C.V. México. 1991.

- HUGONOT, Robert y BECK, Herve. "I Curso Interuniversitario de iniciación en la Gerontología y II curso superior. Ciclo formador de formadores". A.G. y G.M.D.P. 1996.

- KISNERMAN, Natalio y Gómez. "El método de la investigación". Editorial HVMANITAS. Buenos Aires.1982.

- LOFARO, Edda Marina. "Abordaje del Trabajo Social en relación a la enfermedad de Alzheimer". Tesis de grado U.N.M.D.P. 1996.

- MAX - NEEF, Manfred A. "Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, explicaciones y algunas reflexiones". Nordam Comunidad y Redes. Amigos de la tierra. Montevideo, Uruguay. 1993.

- MORAGAS MORAGAS, Ricardo. "Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida". Editorial Herder. Barcelona. Año 1991.

- PARADI, Osvaldo San Giacomo. "Conferencia Abierta". M.d.P. Buenos Aires. Argentina. 15 de Setiembre de 1995.

- PAYNE, Malcolm. "Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción critica". Ediciones Paidos. España, Barcelona. Año 1995.

- PUBLICACIÓN DE LABORATORIOS NOVARTIS. "Monografía Para sus pacientes con Demencia Senil Tipo Alzheimer". Argentina. Junio de 1998.

- PUBLICACIÓN DE LABORATORIO PARKE DAVIS. "Investigación y Desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer". Argentina. 1994.

- ROGERS, C.R. "El Proceso de convertirse en persona. Mi técnica Terapéutica". Edición Paidos. Buenos Aires, Argentina. Año 1979.

- ROLLA, Edgardo H. "El ciclo de la vida de la Familia. Actualidad Psicológica". Año VI, Nº 54. Buenos Aires. 1980.

- ROWAX DE BOLATTI, Alicia. "Asistencia Gerontologíca: establecimiento de internación de larga estadía". Publicación de la Asociación Gerontologíca de la Plata. Revista Platense Nº 1. 1988.

- RUIZ OLABUENAGA, José Ignacio. "Metodología de la Investigación Cualitativa". Universidad de Deusto. Bilbao.1996.

- SANCHEZ SALGADO; Carmen Delia. "Trabajo Social y vejez: Teoría e Intervención". Editorial Hvmanistas. Buenos Aires. 1990.

- TAYLOR, S.T. y BOGDAN, R. "Introducción a los métodos Cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Editorial Paidos. Buenos Aires. 1982.

- THOITS, P.A, SCHUMAKER, S.A y BROWNELL, A. "Contribuciones del apoyo social al bienestar de los ancianos". Articulo del departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla. España. 1990.

- TURNES, Juan Carlos y otros. "Grupo de Autoayuda para familiares y / o cuidadores de Dementes Seniles". Informe Preliminar. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. 1990.

- VALLEJO RUILOBA, Julio. "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría". Editorial Barcelona. Mallorca. España. 1986.

• ZAMANILLO, Teresa. "El método en Trabajo Social". Publicación de uso exclusivo de la licenciatura en Servicio Social de la Universidad de Santa Fé. Argentina. 1996.

ANEXO

ENTREVISTA A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA SENIL TIPO MAL DE ALZHEIMER.

1. DATOS DEL FAMILIAR CUIDADOR.

1.1. relación de parentesco con el enfermo:

1.2. sexo:

1.3. edad:

2. DATOS DEL ENFERMO.

2.1. sexo:

2.2. edad:

2.3. número de hijos:

2.4. procedencia:

2.5. estadio de la enfermedad:

3. ASPECTOS GENERALES DEL FAMILIAR CUIDADOR.

3.1. ¿Cómo impacto en el entorno familiar el diagnóstico médico?

3.2. ¿Cómo se dio la organización familiar luego del diagnóstico?

3.3 ¿Quién se hace cargo del enfermo?. ¿Por que?.

3.4 ¿Recibe ayuda en el cuidado del paciente?. ¿De quién? ¿De que tipo? ¿En que momento?.

3.5 ¿Cuál fue la repercusión en la familia de la decisión de ser usted el cuidador?.

3.6. ¿Que sentimientos surgieron en Usted durante el proceso de la enfermedad?.

3.7 ¿Cómo se desarrollaba su vida antes de convertirse en cuidador?.

3.8. ¿Cómo es su vida ahora como cuidador?.

3.9. ¿Cuáles son los cambios o transformaciones que surgieron desde que es cuidador?.

3.10. ¿Cuáles han sido las necesidades más importantes para Usted como cuidador en el área:

- laboral:
- afectiva:
- tiempo libre:
- entorno familiar:

3.11. ¿Pudo satisfacer algunas de ellas?. ¿Como?.

3.12. ¿Utiliza algún servicio o recurso de la comunidad? ¿Cuáles?.

4. INTERVENCIONES PROFESIONALES.

4.1. ¿Interviene o intervino en su caso un Trabajador Social? ¿De que manera?.

4.2. ¿Que destacaría de su intervención? .

4.3. ¿Que expectativas posee de un Trabajador Social?.

ENTREVISTA A TRABAJADOR SOCIAL.

1. ¿Cuál es el rol que desempeña un Trabajador Social en este tipo de problemática?.

2. ¿Para el abordaje del familiar cuidador, que tipo de intervención utiliza? ¿Por que?.

3. ¿ Que característica destacaría en el desarrollo de la intervención del Trabajador Social en este tipo de problemática?

4. ¿Que marco teórico utiliza para su intervención?.

5. ¿ Que expectativas posee con respecto a futuras intervenciones desde el Trabajo Social en esta área?.

6. ¿ Cómo llega el familiar y/o cuidador al Servicio Social?.

7. ¿Que expectativas poseen los familiares cuando llegan al Servicio Social?.

8. ¿Que es lo que solicitan los familiares cuidadores al Trabajador Social en las diferentes etapas de la intervención?.

9. ¿Que es aquello que brinda el Trabajador en las diferentes etapas, según las expectativas de los familiares cuidadores?.

10. ¿Cuáles son las aspiraciones y/o logros como Trabajadora Social en este tipo de problemática?.

11. ¿Cómo visualiza el campo del Trabajador Social en esta temática?.

Respuestas.

1.Tengo un rol de orientación y de brindar información, o sea, el de educar a la familia. El de brindar información es fundamental, para que la familia pueda entender donde esta parada y el de orientación, es para poder contribuir a reflexionar sobre la importancia de una buena organización familiar, para cuidar fundamentalmente al cuidador. Hacer hincapié en la figura del cuidador y de la necesidad de este cuidador de ser atendido, o sea, que el trabajo tiene que estar focalizado hacia la familia.

2. La intervención es dirigida, focalizada en la familia y lo que acá se trata, es de trabajar la organización de la misma y como el cuidador esta contenido dentro de la familia. Entonces, mi observación va ha estar focalizada hacia eso y de acuerdo al diagnostico que haga de la situación familiar, se hará una intervención de toda la familia o no. Es un problema familiar, donde se trabaja con la familia. Así estaría dada la intervención, donde la figura principal seria el cuidador principal. "cuidar al cuidador".

3. Las características en el desarrollo de la intervención es primero, detectar quien asume el rol de cuidador principal, también preguntarse ¿cómo fue la historia de vida entre el cuidador y el paciente?, observar e ir focalizando

que roles tienen los otros integrantes de la familia. Voy ha ir tomando una perspectiva de lo que llamaríamos la red, y las funciones de la red, en el paciente y en el cuidador. Trabajo desde la perspectiva de red, con la funcionalidad que esa red no brinda, ¿cuáles son los miembros que están disponibles en esa red?, ¿qué tipo de disposición tienen?, ¿qué vinculo tienen con el cuidador?, ¿cuál es el lazo?.

4. El marco teórico con el que trabajo es el de RED, con lo que es interacción y con lo sistémico desde la familia, para trabajar la problemática. Generalmente en un grupo familiar cuando aparece una enfermedad discapacitante, aparecen los problemas emergentes de ese grupo familiar, desde una visión sistémica voy trabajando, son complementarios (red y sistémico). Lo de red es el paradigma con el que me manejo, es la perspectiva con la que voy a trabajar, el cuidado del cuidador y después como una herramienta utilizo lo que seria lo sistémico.

5. Deseo el logro de la organización familiar. El objetivo fundamental en esto es, hacer un diagnostico del cuidador y tratar de aliviarlo, ¿para qué? Para sostener al máximo al paciente dentro de su núcleo familiar. En esta situación mi perspectiva, mi vista, va ha estar siempre hacia el cuidador, hacia lograr una buena organización, para que las funciones que los miembros de esta red tengan, se sostengan desde la red natural, antes de pasar a una red secundaria. El diagnóstico lo hago desde la perspectiva de red, no desde la perspectiva sistémica. Lo hago desde la perspectiva de red, o sea como el cuidador

visualiza a los integrantes de su red, quienes son los que para ellas le pueden brindar determinadas funciones. Lo hago desde la percepción del paciente con las perspectivas de red totalmente.

6. El familiar o cuidador llega al servicio derivado por el médico. Acá en el servicio hay un programa que se llama Diagnostico Diferencial de Memoria, aquí cuando hay un diagnostico de demencia, el familiar es derivado sí o sí al Servicio Social. Otros llegan por demandas espontáneas y otros por conocimiento de que acá hay una Trabajadora Social que trabaja específicamente esta problemática.

7. Generalmente el familiar llega desbordado por el impacto que significa recibir el diagnóstico, antes la mayoría paso por el médico que les dio el diagnóstico, es como que no lo escucharon, saben que están frente a una demencia, pero no saben que es una demencia, no la tienen clara, a pesar de que fue explicada. No tienen bien claro que significa para ellos ser cuidador y lo que es el estrés del cuidador, entonces generalmente cuando vienen, es por que vienen en busca de ayuda para el paciente y no en busca de ayuda para ellos. Las expectativas primero son hacia el paciente y de hay surge el desborde emocional que trae el familiar ante esta situación, "no tengo tiempo para mi", "no se quien es el enfermo", "estoy las 24 horas alrededor de él", "ya no veo a mis amigas", pero todavía, generalmente, el cuidador no lo ve como una problemática. Ve que la problemática es la enfermedad de su paciente y no la ve como que esta generando un problema a nivel familiar. Después, cuando lo

vamos analizando, se va tomando conciencia de la situación y de la necesidad de autocuidado.

Es una problemática familiar, una problemática de un diagnóstico que no solo es un problema del que padece la enfermedad, sino de toda una familia, ¿por qué? Porque impacta en la familia, que son los que van ha tener que asumir el rol del cuidado. El paciente pierde totalmente su autonomía, entonces acá si no hay una buena organización familiar, hay una pérdida del status laboral, de la situación económica, del tiempo, del espacio y del rol del cuidador. Estos serian los problemas que ocasiona esta enfermedad dentro del grupo familiar.

8. Acá trabajamos primero con una entrevista individual, donde se focaliza la problemática, si existe una problemática familiar se hace un diagnóstico, no todas las familias tienen una problemática, algunas han logrado una buena organización, con buenas redes de contención, con miembros donde los lazos afectivos son fuertes y un buen entendimiento desde la familia y hay otras con conflictos en estas relaciones. Depende del tipo de familia vamos ha ir haciendo los abordajes. Si es una familia con conflictos vamos ha ir trabajando esos conflictos en procura de lograr que el cuidador este contenido dentro de sus redes naturales y que el paciente también siga siendo sostenido en sus redes naturales. La demanda de la familia una vez alcanzada esa organización, va ha depender de los distintos escalones que el paciente va alcanzando en su deterioro, o sea, un nuevo deterioro del paciente es una nueva crisis en la

familia, un nuevo desequilibrio, hasta lograr una nueva organización. Ellos saben que en esta segunda etapa se encuentran con los grupos de apoyo, aquí es el lugar donde va ha poder ir y resolver los conflictos que van generando la involución del paciente. Entonces, si bien en el grupo de apoyo se ve que nuevamente la organización que se había programado en las entrevistas con la familia, vuelve a decaer, volvemos ha entrevistas individuales, para lograr este acomodamiento. También concurre el cuidador principal a los grupos de apoyo. Va ha depender del tipo de necesidades, la técnica que se va ir utilizando, sí la entrevista individual o el grupo de apoyo o ambas. A través del grupo de apoyo se trabaja también, con técnicas de reflexión. Dentro de lo que es la red se trata de utilizar a los miembros de la familia y a aquellos otros miembros de otros sectores. Las redes de los viejos son muy débiles, y a veces dentro del grupo de apoyo se logran armar redes, por ejemplo en este momento uno de los familiares interno a su mujer y le esta brindando apoyo otros familiares, entonces el mismo grupo, va generando redes de sostén.

Para mí la historia familiar es fundamental para poder trabajar el vínculo, hay vínculos que pueden llegar ha recomponerse y vínculos que están conflictuados, que no tenés de donde sostener un acercamiento. Hemos tenido historias de padres maltratados y golpeadores, que se enferman, y a veces poder trabajar el vínculo con el hijo, donde ha podido recomponer y recuperar un padre que al estar enfermo, ha permitido el cuidado y el acercamiento del hijo. Tambien ha habido historias que no se han podido superar. Realmente el hijo no puede acercarse, desde otro lugar que no sea la bronca. Aquí se trabaja la

bronca para poder brindarle a este padre, desde un cuidado institucional, que es lo único que va ha poder hacer. Por eso la historia previa es fundamental, padres autoritarios o madres desafectivas, ante la enfermedad todo esto aparece, entonces, ¿cómo empezar a trabajar esto?. Lo trabajo desde el aquí y el ahora, desde las necesidades que tiene el paciente aquí y ahora, desde lo que significa para ellos poder brindar una atención a alguien que esta necesitado de cuidados. Todo va ha depender de los conflictos, hay historias muy entrelazadas, muy entremezcladas, con crisis no superadas y que necesitan de un abordaje mas profundo, que tendría que ser una terapia psicológica. Si es necesario se deriva.

Cada miembro de la familia va ha tener una percepción diferente de la enfermedad y de lo que hay que brindarle a ese enfermo. En situaciones extremas he llegado a citar a familiares, por que no se han presentado espontáneamente. Muchas veces vienen con mucha resistencia a las primeras entrevistas, hasta que se logran aflojar, que cada uno pueda decir que ha pasado en esta historia. Que necesidades hay ahora de uno y que necesidades del otro, hasta llegar a un acuerdo y respetarlo. A partir de este acuerdo hacemos una supervisión del mismo, cuando vemos que marcha, se va dejando de supervisar. De todas maneras el grupo de apoyo es un lugar de encuentro y un espacio en donde el poder reflexionar, el poder ver otras cosas, hacen que las redes se vayan acomodando naturalmente, sin necesidad de una intervención profesional focalizada, a no ser, que hayan muchos conflictos. Asimismo el grupo de apoyo, es muy enriquecedor para poder resolver

situaciones conflictivas. En el mismo tenemos la coordinación desde Psicología y desde Servicio Social una vez por semana, en forma alternada. Desde Servicio Social se brinda lo que es la educación, la organización familiar y el uso de los recursos y desde Psicología, se trabaja los conflictos más internos, va mas haya del yo. El grupo es sumamente enriquecedor y es el espacio donde el cuidador se anima ha decir, cosas que a lo mejor en las entrevistas no surgieron, vamos viendo como se van acomodando y notando los cambios semana a semana. Tenemos cuidadores que hace tres años que vienen al grupo y se van observando los cambios, a través de la involución del paciente, como fueron estos adaptándose y elaborando un duelo en vida, de alguien que esta y no esta y que ya no desempeña un rol, generando angustia.

9. Ante cada situación, cada caso es diferente, si bien uno sabe a donde va ha apuntar la entrevista, cual es el objetivo de la misma, cuando viene el familiar yo me presento, le digo que mi función va hacer trabajar con ellos en lo que es la organización familiar, para acompañarlos en este proceso tan largo que es la enfermedad de su familiar. A partir de ahí empiezo a focalizar, si esta familia presenta una problemática. Como Trabajador Social, tengo claro cual va hacer mi intervención, pero también sé que cada familia es diferente a la otra.

10.El sostenimiento del paciente dentro del grupo familiar, hasta el estadio avanzado, me parece que seria el logro máximo de alcanzar. Porque una internación precoz, ayuda a un deterioro mayor del paciente. Otros logros serian el tratar de aliviar al cuidador a través de recursos alternativos, que

pueda elaborar el duelo, que puedan elaborar la culpa que genera el poder disfrutar de espacios para el placer del cuidador, o sea, lograr lo que seria la relación ideal de independencia – dependencia entre el cuidador y el paciente. Con lograr esto, considero que la intervención esta bien hecha y estaría el objetivo cumplido.

11.El Trabajador Social tiene un campo muy rico en esto. Primero porque es una patología muy importante en lo que serian los gastos a nivel comunitario. Segundo en lo que es la planificación de los recursos de atención para la familia y para aliviar al cuidador. Es el Trabajador Social el que lo tiene que hacer, es el que tiene la visión global para poder planificar e intervenir en la familia para poder ver todo el contexto. Es una función del Trabajador Social generar un espacio para la familia, demostrarlo, hacerlo ver, crearlo, planificarlo y coordinarlo. Otra función fundamental es la del Trabajador Social como mediador, entre los recursos para poder realizar las gestiones y asesorar en lo que seria la creación de organismos no gubernamentales para poder sostener desde los mismos esta problemática.

NOMBRE INSTITUCIÓN/ORGANISMO: ***G.AM.A. (Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes)***	
DOMICILIO: Rivadavia 5323.	C.P. 7600.
CIUDAD: Mar del Plata	MUNICIPIO: Gral.Pueyrredón
TEL/FAX: 0223.472.8743.	

ANTECEDENTES DEL ORGANISMO:

Breve historia institucional:

El *Grupo de Apoyo Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes* (***G.A.M.A.***) surge como iniciativa de un grupo de familiares que conviven con personas que padecen Mal de Alzheimer y/o enfermedad semejante y ante el impacto que la enfermedad produce en el grupo familiar es que se vislumbra la necesidad de constituir y conformar un grupo de apoyo.

El acta constitutiva del 30 de octubre de 1991 da origen a *G.A.M.A.*, en 1993 adquiere personería jurídica bajo el Nº 1768, y es reconocida como entidad de bien público con el n º0295.

Los objetivos de *G.A.M.A* son:

1. Contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas que padecen Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes.

2. Brindar asesoramiento al grupo familiar.

3. Promover mejoras asistenciales para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los enfermos.

4. Realizar tareas de difusión en la comunidad.

5. Cooperar con las áreas de investigación docencia y capacitación en estas patologías.

Funciona a través de una comisión directiva, integrada por familiares de personas que padecen esta enfermedad y una comisión asesora científica, conformada por profesionales de la salud.

G.A.M.A desarrolla sus actividades sobre tres ejes: a) la familia; b) el paciente; c) la comunidad. Los tres, se encuentran estrechamente vinculados.

a) **FAMILIA:** Los familiares son orientados por un Asistente Social de la entidad. A través de un convenio entre el Hospital Privado de Comunidad y G.A.M.A, los cuidadores y/o familiares participan de un curso de información sobre las características de esta patología. Esta actividad grupal se extiende durante un mes con una carga horaria de una hora semanal. El grupo es coordinado por un médico psiquiatra; un médico geriatra; y, un asistente social. A su término los familiares son derivados a un grupo de apoyo que es coordinado por una asistente social y una psicóloga en forma alternada. En cuanto a sus características de carga

horaria es similar a la anterior (una hora semanal). Los encuentros son abiertos. El Hospital Privado de Comunidad ofrece gratuitamente a la entidad un espacio físico para tal fin y las horas / hombre profesionales de los especialistas que intervienen en esta etapa.

b) **PACIENTES:** se le brinda estimulación mnésico – cognitiva en el "Centro de Día". Este funciona durante la semana seis horas diarias. El plantel profesional se integra con una terapista ocupacional; dos asistentes sociales; una profesora de educación física; y, una auxiliar geriatra. Fue creado en 1995. Es autogestionario y, actualmente y, con el objeto de ampliar la capacidad operativa de esta unidad, se realizan gestiones en la busqueda de apoyo / s económico /s ante organismos locales y poder responder adecuadamente a la demanda creciente de una población que así lo requiere.

c) **TAREAS COMUNITARIAS:** se basan especialmente en acciones comunicacionales que apuntan a lograr - desde la comunicación – mayor conocimiento social a cerca de esta patología. Estas acciones contemplan, en diversas etapas, la utilización – como recurso – de los medios de comunicación masivos y, en algunos casos, charlas de divulgación en espacios puntuales de esta ciudad.

G.A.M.A desarrolla las siguientes actividades:

- De difusión, a través de la participación en diferentes medios de comunicación local, organiza charlas en bibliotecas, centros culturales, organismos municipales etc.

- Brinda estimulación mnésico cognitiva a las personas que padecen esta patología en el Centro de día que se creó en 1995, donde concurre un promedio de 40 pacientes.

- Apoyo a familiares a través de grupos abiertos y gratuitos en encuentros semanales, coordinados por psicóloga y asistente social.

- Organiza y participa en congresos nacionales e internacionales.

- Mantiene intercambio permanente con entidades similares del interior del país. Esta adherida a A.D.I.(Alzheimer Disease Internacional U.S.A.).

- Interactúa con instituciones locales en reuniones y encuentros de organismos no gubernamentales y de otra índole.

- Brinda material bibliográfico de consulta a familiares y/o cuidadores.

Funcionamiento Del Centro De Día

Este proyecto cuenta con dos etapas: La primera etapa funciona desde el 1994 y se basa en la creación de un espacio destinado a personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y/o enfermedad semejante.

En esta primera etapa el objetivo fundamental es brindar estimulación mnésico cognitiva a las personas que padecen dicha patología y se encuentran en estadío leve o moderado, se observa que dicha estimulación beneficia su socialización y en forma empírica se puede establecer que beneficia la calidad de vida del enfermo y de su entorno. Para el logro de estos objetivos se cuenta con un plantel profesional conformado por: asistente social, terapista ocupacional, profesora de educación física y auxiliar geriatra.

G..A.M.A. cumple con este propósito a través de una administración propia, generando recursos económicos para el sostenimiento del proyecto en esta primera etapa, la imposibilidad de contar con un espacio propio dificulta el funcionamiento actual de la entidad y la posibilidad de desarrollar actividades que permitan obtener beneficios económicos para poder desarrollar la segunda etapa del proyecto.

Esta segunda etapa surge ante la necesidad de dar respuesta a los familiares y a los pacientes, la necesidad de contar con un espacio que funcione de lunes a viernes de 9 a 17 horas, brindando un encuadre apropiado a las características particulares de estos pacientes y la utilización de un recurso al alcance de las posibilidades socio económicas de los familiares de esta población objetivo.

Localización:

Ciudad de Mar del Plata, zona urbana.

Fundamentación:

La enfermedad de Alzheimer, representa uno de los problemas socio sanitarios más importantes del mundo occidental y esto responde al progresivo envejecimiento de la población.

Es la causa más frecuente de demencia entre las personas mayores de 65 años. Los estudios estadísticos muestran que una de cada veinte personas entre los 50 y 70 años padece esta enfermedad; entre los mayores de 80 años el número de afectados asciende al 20%.

En Mar del Plata más del 15% de la población pertenece a la franja etárea comprendida entre los 65 y más años, por lo tanto constituye una problemática a atender por las autoridades locales, por la comunidad, por los organismos sanitarios y por los familiares de quienes la padecen.

Es una enfermedad de evolución lenta, que se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria, la orientación y el juicio; su duración, en promedio, es de 8 a 12 años.

El factor de riesgo más importante asociado con la enfermedad es la edad.

Fue descripta por primera vez por Alois ALZHEIMER en 1907, en un informe en cual presentaba la descripción del cerebro de una paciente afectada de demencia a edad temprana.

SINTOMATOLOGIA:

- Pérdida gradual de la memoria
- Pérdida de habilidades para realizar tareas rutinarias
- Pérdida de juicio
- Desorientación
- Cambios en la personalidad
- Dificultades en el aprendizaje
- Pérdida del lenguaje

Su diagnóstico temprano es de difícil realización.

La enfermedad de Alzheimer se inicia generalmente con un trastorno amnésico cognitivo y, posteriormente, además de las complicaciones de las funciones psíquicas superiores, aparecen signos neurológicos motores. De acuerdo al nivel de deterioro de quien la padece, es el tipo de cuidado y atención que requiere, a medida que la enfermedad progresa se necesita de supervisión permanente, impactando este hecho en todo la dinámica del grupo familiar.

En la asistencia al enfermo con demencia senil, la familia se constituye en un valioso instrumento terapéutico y de continencia para vehicular todo tipo de ayuda y de cuidados sanitarios.

La edad de los cuidadores se sitúa, en mas del 60% de los casos en personas de 50 años y más, un 10% sobrepasa los 75 años de edad. Esto indica que generalmente las hijas son las que se hacen cargo de la ayuda al padre o madre enfermo, lo que supone un detrimento significativo en la atención a su familia, a sus tareas laborales y cambios significativos en los roles cotidianos.

Existen otra serie de factores psicosociales que interfieren en la capacidad de ayuda al familiar o cuidador y estos son: sentimientos de culpabilidad, sentimientos ambivalentes de amor y odio, dificultad para el uso de los recursos, dificultad para compartir el cuidado del paciente, dificultad comunicacional con los integrantes del grupo familiar, etc. Por lo tanto es fundamental el apoyo y orientación que los cuidadores puedan recibir

La existencia de recursos alternativos permite dar respuesta a la familia para sobrellevar esta situación tan estresante y la posibilidad de contar con un recurso capacitado en esta patología favorece la calidad de vida de los pacientes. En la ciudad de Mar del Plata existen sólo dos centros de Día dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredón, los mismos no admiten personas con Demencia senil, quedando excluida por lo tanto esta población a quien va dirigida el presente proyecto. Otro dato de interés es que las instituciones que se dedican al cuidado de ancianos no están, en su gran mayoría, entrenados para brindar estimulación apropiada, la misma es dada por un profesional en forma

generalizada sin tener en cuenta las diferentes patologías, es así como el enfermo se excluye al no poder ejecutar la tarea y esto colabora al deterioro más acelerado de su enfermedad.

BENEFICIARIOS:

Este proyecto está destinado para un total de cuarenta personas que padezcan esta enfermedad, o cualquier otro tipo de demencia senil y que se encuentre en un estadío leve o moderado de dicha patología.

Los beneficios de este centro alcanzan también a los integrantes de su grupo familiar e impacta positivamente en la situación económica ya que sé preveen costos mínimos.

La población a la que va dirigida se encuentra entre los 60 y más años, siendo su situación económica limitada, ya que un número importante de estos cuentan con un solo ingreso mínimo, (jubilación o pensión).

ACTIVIDADES:

Se clasifican en dos grupos. Las organizativas; y, las asistenciales dirigidas al paciente; y, a sus familiares.

ORGANIZATIVAS: se basan en diferentes tareas que organiza la comisión directiva con fines específicos de "marketing" filantrópicos que conduzcan a un adecuado "found raicing" destinados al sostenimiento del centro de día y otros programas específicos. Estos recursos económicos se obtienen específicamente de:

- Cuotas sociales.
- Organización de rifas y otros eventos sociales.
- Apoyo económicos municipal.
- Apoyo económico nacional a través del P.A.M.I.
- Horas / hombres profesionales a cargo del Hospital Privado de Comunidad.
- Cuota por concurrencia de los pacientes al Centro de Día.
- Aportes voluntarios tanto de personas físicas, como jurídicas.
- Actividades académicas varias.

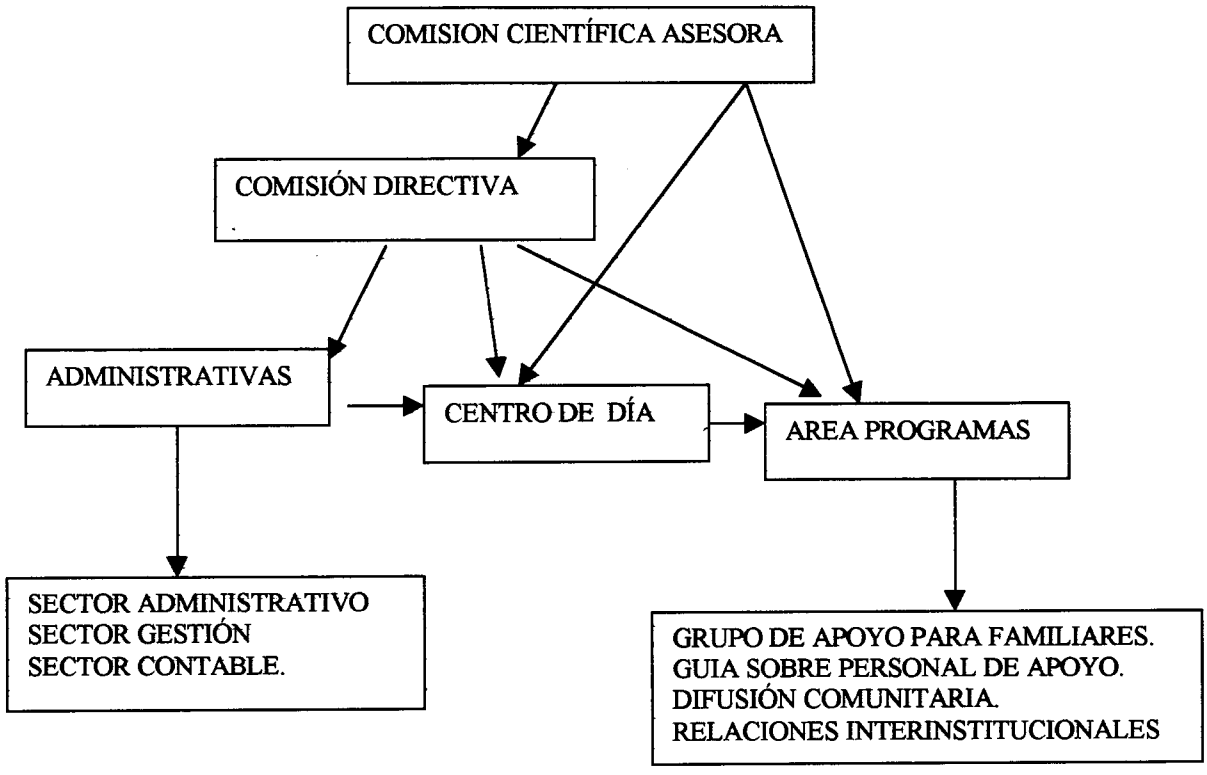
La institución cuenta con un programa de becas que son destinadas a aquellas personas carecientes, las que – previa realización de un informe socio – económico – pueden acceder a ellas.

ASISTENCIALES AL PACIENTE: son destinados exclusivamente para aquellos pacientes que concurren al centro de día. Se basan en técnicas específicas de estimulación de los diferentes tipos de memoria; y, en técnicas de reminiscencias. Las personas reciben en el centro de día un refrigerio.

Las actividades terapéuticas – actualmente – se brindan con la participación de profesionales de la salud.

ASISTENCIALES DE APOYO FAMILIAR: se realizan en forma individual – a cargo de la coordinadora del programa – con el fin de asesorar al familiar y/o cuidador; y, en forma grupal, una vez por semana con la utilización de técnicas " comunity care" – coordinada en forma alternada por una psicóloga y una asistente social.

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN



La coordinación técnica esta a cargo de la Directora del Centro de Día. La coordinación financiera es responsabilidad de la Tesorería de la Comisión Directiva con asesoramiento profesional específico de la contadora de la Asociación.

Las compras de materiales y elementos de todo tipo se gestionan en el área de administración (sector de gestión contable) bajo las formas de la contratación directa aunque efectuando prolijas compulsas acerca de los precios de mercado y de consultas con los proveedores.

Este sector es el encargado de asegurar la provisión de flujos de cajas necesarios para atender las necesidades institucionales para su funcionamiento.

El plantel profesional es el encargado del diseño de los diferentes programas. La aprobación de estas propuestas es responsabilidad de la comisión directiva y la comisión científica asesora.

No obstante es importante señalar que, más allá de las familias, la aplicación de programas como en el que G.A.M.A se encuentra empeñada, repercute de forma altamente favorable en tanto la utilización de recursos en otras instituciones.

Siendo que el Centro de Día es un recurso alternativo que demora o evita la institucionalización del anciano, como ya se ha señalado, es responsable Tambien de aliviar la utilización temprana de otras alternativas que importan mayores costos, tanto a la seguridad social estatal como a la medicina prepaga, permitiendo así una mayor optimización en la asignación de los recursos económicos y financieros existentes tanto a través de los organismos gubernamentales como aquellas ONGs encuadradas en las que se ha dado en llamar el tercer sector.