

Trabajo social de casos/familia en Centros de Salud de Atención Primaria (INSALUD)

Gloria NÚÑEZ CASTILLO *

Resumen

Esta breve exposición intenta aproximarnos a la práctica social de caso/familia en un Centro de Salud (Atención Primaria-Insalud). En reflexiones previas se pone de manifiesto el espacio profesional dentro del sistema salud. El modelo de referencia utilizado que permite adentrarse en la complejidad de las relaciones familiares, es el enfoque sistémico. Finalmente tres ejemplos de intervenciones que se relacionan con el envejecimiento y procesos crónicos, sean en fase aguda o en progresivo deterioro.

Abstract

The aim of this brief review is to help us approach the family/case social practice in a Health Centre (Primary Care-Insalud). In prior deliberations, the professional space within the health system is made evident; it follows that the guideline used, which permits us to gain an insight into complex family relations, is the systemic approach. Finally three examples of performances are presented regarding aging and chronic processes, both in the acute and progressive deterioration phases.

Reflexiones previas

Hace algún tiempo, me preguntaron ¿Qué hacéis las trabajadoras sociales en el Insalud si no hay "recursos" que ofrecer a la población? La respuesta fue rápida y sincera, el recurso es la propia persona, su familia, su grupo.

En raras ocasiones he considerado el "recurso instrumental" como un fin en sí mismo. Es un medio de apoyo, de alivio, que palia algunas situaciones sociales problemáticas. Nuestra propia

profesión, con los instrumentos técnicos y el enfoque teórico conforman un recurso en sí, en el que nos apoyamos no sólo para mirar la realidad social que nos presentan, sino para orientar la acción. Por lo tanto, nuestra tarea en general, es ser potenciadores de las capacidades de las personas/familias; capacidades humanas que son infinitas y que no se limitan tan sólo a la resolución de problemas. Tienen que ver con la realidad multidimensional del ser humano: la capacidad de goce; de comunicación no sólo verbal, también corporal, emocional; de crítica y auto-

* Trabajadora social. Atención Primaria. Área 11 de Madrid. Insalud.

crítica (tan necesarias hoy, ante el individualismo alienante); capacidad de autonomía, vital en un sistema salud controlador de la vida cotidiana, donde confiar en las propias fuerzas es complicado; capacidad de solidaridad definida como la conciencia de unidad (Weinstein, 1978).

Cuántas veces hemos escuchado a l@s profesionales de enfermería y de la medicina esta pregunta: “¿Qué puedo hacer yo, si la mayoría de los problemas que me llegan son sociales, disfrazados de enfermedad?”. Observamos que esos problemas no resueltos tienen su repercusión, en lo individual, en el cuerpo. Pero ¿es conveniente medicalizarlo?; cuántos de esos problemas necesitarían un diagnóstico social claro para que puedan ser tratados adecuadamente.

En la trayectoria del Trabajo Social en Centros de Salud hemos presenciado, planificado y ejecutado una variedad de experiencias de trabajo de casos/familia que han evolucionado a la colectivización de determinados problemas, como una forma de reorientarlos a sus cauces, que es el propio medio: su familia, el barrio, la comunidad; en donde las personas viven, sufren, gozan... experiencias que sirven para recuperar la confianza personal y colectiva, evitando el asistencialismo innecesario. Otras experiencias han respondido a proyectos interinstitucionales como respuesta globalizadora de la salud.

La incorporación de l@s trabajadoras sociales a los Centros de Salud de Atención Primaria ha abierto una

dimensión integradora en la práctica sociosanitaria con la introducción de un enfoque que complementa al biológico, esto es, sobre los procesos de salud —enfermedad, su estado de desarrollo, las interacciones familiares que se producen ante las crisis, los deterioros, la enfermedad; la forma en que los individuos/familia se explican, resuelven su malestar; cómo experimentan otro tipo de relaciones, un nuevo equilibrio familiar (Camdessus, 1995).

A pesar de la negación de nuestro servicio en los planes y programas oficiales y la “renuncia” a los planteamientos iniciales de la Atención Primaria por el Insalud se ha ido construyendo una relación directa y cercana con los miembros de los EAP, dando sentido, no sólo al concepto de salud que integra lo bio-psico-social, sino al intercambio, a la cooperación, al enriquecimiento mutuo.

Los años de práctica social en el sector salud, con sus desafíos, aciertos, fracasos, irremediablemente te enfrentas a la autocrítica, a la búsqueda de nuevos enfoques teóricos que permitan mirar, explicar la complejidad de las relaciones familiares sumergidas en una situación de cambio; búsqueda de un modelo que cuestionase el modelo tradicional causal lineal, habitual en nuestras intervenciones; un modelo que permitiese conversar con las personas/familias, acompañarlas en su proceso.

El modelo sistémico me ha dado esa mirada globalizadora, al considerar a los integrantes de la familia “como ele-

mentos de un círculo de interacción" en el que "cada integrante influye en los demás y es influido a su vez por estos" (Stierlin y otros, 1986: 22).

Intervención situaciones de crisis ante el envejecimiento, presencia o aparición de enfermedades invalidantes

En el sector salud, las palabras *crisis, cambio, ruptura de equilibrio*, adquieren una significación real. Familias "funcionales" ante una etapa de transición como el envejecimiento (que lleva implícito un cambio en los roles paterno-filiales), ante hechos inesperados (una caída, un accidente cerebro-vascular o una artrosis que ha llegado a ser invalidante) ven cuestionada toda la organización de su vida cotidiana porque son procesos que someten las relaciones de sus miembros, con frecuencia, a un contexto de ansiedad, desasosiego, a conflictos, ante los pre- visibles cambios que tienen que enfrentar.

No es nada fácil aceptar los deterioros del envejecimiento. Nos resistimos a pensar y prever situaciones. Es doloroso presenciar cómo una hija sufre con tanto desconsuelo, resistiéndose a creer que su madre a quién "tengo pasión" pueda comportarse de una manera extraña e incluso cruel, enemistando a sus propios hijos; como es el caso de Juana López, de setenta y cuatro años que sufrió un accidente cerebro vascular y ha comenzado el

irreversible proceso hacia la dependencia.

El estado en que acuden las familias que demandan ayuda social, muchas veces, es de agotamiento de la cuidadora principal (CP), de confusión. El problema familiar se ha tornado insostenible cuando la "solución" adoptada ha sido frustrante.

La demanda de ayuda social generalmente viene derivada de los profesionales médicos y de enfermería o, en ocasiones, se plantean desde la urgencia. Son familias que han perdido el control y requieren en un primer momento rebajar la tensión acumulada para después buscar alternativas, que no sólo pasa en algunos casos por implementar apoyos, sino por una forma de entender/comprender el problema, que ayude a flexibilizar las relaciones y permita el cambio.

Las experiencias que he seleccionado se relacionan con el envejecimiento y con procesos crónicos, sean en fase aguda como prolongados y/o en progresivo deterioro.

El impacto en las interacciones familiares ha sido muy diferente entre unas y otras. En la familia de Juana López fue desestabilizante. Su estructura de relaciones previa a la crisis se caracterizaba por una fuerte ligazón con la madre, quedando algunas de las hijas atrapadas en el vínculo, con intenso sentimiento del deber; otros con intentos de separación vividos desde la culpa. Una estructura familiar rígida, con límites muy difusos en la relación materno-filial.

Josefa y Pedro, de ochenta y dos y noventa años respectivamente, que mantenían un prolongado proceso crónico invalidante. La desvinculación de sus hij@s mantenía a la pareja en un estado de abandono también crónico.

En cambio Teresa de veintinueve años, cuidando de su tía abuela de ochenta y seis años, en estado de semidependencia con problemas agudos, corría el riesgo de bloquear la etapa del ciclo vital: constituir su propia unidad familiar.

A las tres experiencias les unía la resistencia de las personas mayores a delegar responsabilidades, a la pérdida de cierto poder y control de las relaciones familiares, y en consecuencia a aceptar ayuda, especialmente externa a la familia. Culturalmente ellos no conciben el cuidado por personas extrañas.

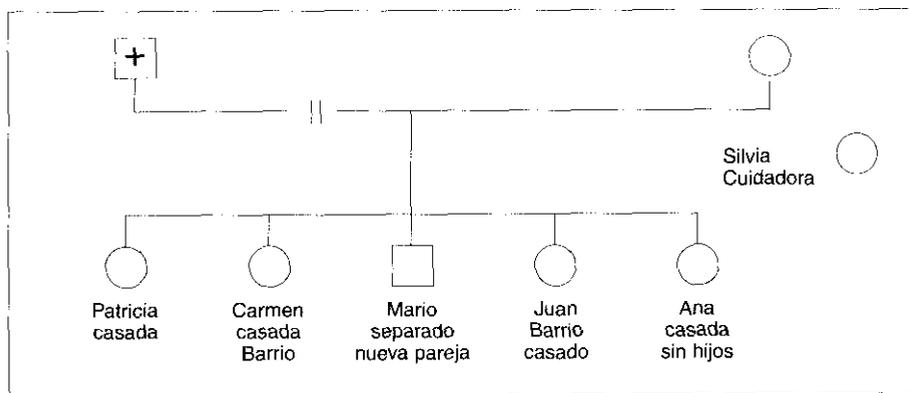
Juana y la tía abuela de Teresa habían delegado ya esa responsabilidad en un miembro de la familia. En cambio Pedro, con noventa años, que ejercía de cuidador principal de Josefa, con serias limitaciones para ello, consi-

deraba un signo de debilidad la ayuda externa.

Era necesaria la utilización de servicios externos en los tres casos pero, por razones diferentes, en unas ayudaría a preservar las fuerzas y la vida personal de los miembros de la familia y en otras a paliar el nivel de desatención al que estaba sometida. Esta es la realidad compleja que se nos presenta en la Atención Primaria.

1. **Familia López. "La aparición de una enfermedad invalidante"**

Juana, viuda de setenta y cuatro años, hasta hace dos años mantenía una gran vitalidad y presencia activa en la vida de sus cinco hij@s: dos varones y tres mujeres. Ést@s la describían como una mujer fuerte, decidida, con mucho genio y con poder sobre ell@s. Mantuvo hasta el final su rito de unir a l@s hij@s todos los sábados del año. No permitía colaboración ante los preparativos de ese evento.



Dos de los/as cinco hijos/as residían en el mismo barrio, Carmen y Juan. Tod@s casad@s con descendencia, a excepción de Ana, en trámites de adopción.

Carmen, que manifestaba tener "adoración por su madre", asumió desde la infancia el cuidado de sus herman@s; fue la hija más disponible y sintiéndose la más "mal-tratada". Les unía fuerte vínculo que hacía los límites muy frágiles cuando Carmen deseaba tomar sus propias decisiones.

La situación económica/laboral era estable pero modesta. Juana subsistía con la pensión de viudedad que no alcanzaba el sueldo mínimo interprofesional.

Desencadenante de la crisis

Juana comenzó a padecer mareos y pérdidas de memoria temporoespacial. Hace un año le diagnosticaron un accidente cerebro vascular que se añade a la diabetes insulino dependiente tipo II y artrosis crónica.

Con dos accidentes, fractura del brazo y el vascular, sometió a la familia a una rápida reorganización: cuidados a turnos mensuales en los domicilios de l@s hij@s.

El médico de cabecera me solicita que entreviste a Juana lo antes posible, resaltando que el trastorno psicoafectivo y la conflictividad familiar estaba impidiendo todo tipo de cuidados que no fuesen en su propio domicilio y que eran necesarios.

La tensión aumentó cuando el hijo mayor, Mario, decidió la contratación particular de una persona interna, en el periodo que le correspondía cuidar a Juana.

La reacción de Juana fue de indignación, violencia y de rivalidad desmedida con riesgo de peligrar la integridad física de la cuidadora.

En la primera entrevista con Juana y la cuidadora, Silvia, todo su empeño fue demostrarme el intento de sus hijos/as de abandonarla, de "mandar en su vida", imponiéndole la presencia de Silvia. Descalifica permanentemente a la cuidadora adjudicándole la apropiación de objetos, dinero (Silvia totalmente azorada, consternada y sin entender nada de lo que estaba sucediendo).

Me aproximó a Juana, no sólo emocionalmente, sino también físicamente, tratando de conectar con sus sentimientos de rabia, dolor; le preguntó qué le sucedió para que precisara los cuidados (cual era el problema, cómo lo percibía y capacidades que manifiesta), y como le hubiera gustado ser cuidada. Definió su estado de salud como transitorio, le preocupaba más su artrosis que le impedía moverse con más agilidad. En relación al tipo de ayuda, su deseo es que fuese atendida en su domicilio, delegando en Carmen esa responsabilidad, considerando incluso el traslado de su hija a su domicilio si lo hubiera precisado. Delegación realizada desde la ligazón que aumentó la tensión porque no se había llevado a cabo.

Aproximación al problema

Crisis de una persona mayor ante la pérdida parcial de su autonomía por accidente cerebro vascular asociado a otras patologías crónicas y alteración del comportamiento, que ofrece resistencia a aceptar la reorganización de su vida cotidiana por sus hijos/as y la inversión de roles, con fuertes sentimientos de rivalidad afectiva y miedo a la pérdida del control de su vida y de los demás.

Se determina una serie de pasos previos a la entrevista familiar que permitan:

Conocer la naturaleza y desarrollo del problema de salud, secuelas, tratamientos, interconsulta con médico de cabecera, historia clínica y con la Unidad de Salud Mental y programación de la primera entrevista familiar.

Entrevista familiar

En la primera de ellas se presenta Juana, Mario, Carmen, la cónyuge de Juan y la cuidadora, Silvia. La tensión es alta, no pueden dar crédito al discurso mal intencionado y de desconfianza de su madre, intentando explicarlo: "siempre nos ha tenido en un puño y quiere seguir teniéndonos". Juana llora al manifestar que no quieren cuidarla "con lo que he sido para mis hijos". Comenta el cambio de actitud de su hija Carmen hacia ella y le resulta muy doloroso que ella no se hubiera ofrecido.

Al rastrear en su historia conectamos con su dolor y sentimientos de cul-

pa por no haber podido cuidar a su propia madre en su domicilio, "mi marido no lo quiso" (del cual se separó por problemas de "infidelidad" años antes de fallecer por suicidio).

El mismo día de la primera entrevista se hace necesaria una visita domiciliar urgente: Juana había intentado agredir físicamente a Silvia (cuidadora). Su hijo mayor había intervenido en su defensa provocando la ira de su madre; rápidamente se decide suspender la contratación.

Juana se había replegado en su domicilio no permitiendo la entrada de ningún hijo/a. Ante la presencia de la trabajadora social se muestra cordial aunque triste: "No puedo entender como mi hijo le cree a Silvia antes que a su madre". Se muestra muy vulnerable y contradictoria. Se reduce la tensión no entrando en su discurso defensivo, de desconfianza y rivalidad, si no, admitiendo la dificultad de convivir con una persona extraña, legitimándole su miedo a la dependencia. A pesar de su rechazo a que acudan sus hij@s, ést@s se presentan muy preocupad@s. A lo largo de la entrevista aparece Juan que me lo presenta con mucho cariño. Más tranquila, conversamos cómo le puedo ayudar para que no esté sola; admite esa dificultad y acepta que juntas pensemos cómo quiere ser cuidada y a negociarlo con sus hij@s, evitando así que Carmen asumiera toda la responsabilidad. El objetivo es que recupere el protagonismo.

En las siguientes entrevistas se prioriza resolver lo inmediato: el cuidado de Juana y compartir sentimientos e

información sobre su estado de salud con la participación del médico de familia. Una vez resuelto el apoyo externo se decide alternar las entrevistas por subsistemas familiares y sistema familiar:

1. Con el subsistema fraternal

Se aborda la dificultad para aceptar la semi-dependencia psico-física de la madre. Poder mirarla como una persona mayor en que va disminuyendo su resistencia, admitiéndoles el fuerte carácter (Camdessus, 1995). También que se permitan la descarga de emociones: dolor, rabia, desconcierto, y favorecer la comprensión del lugar que ocupa cada hij@ en la relación ante el riesgo de desunión.

Valoré que no iba a ser fácil aceptar el estado de Juana, especialmente para Carmen y Ana, que dificultaría enormemente la relación entre ellas y su madre, con el riesgo de ruptura.

Para Carmen las relaciones actuales con su madre significaba "más de lo mismo" y desde ahí se mostraba hostil y rebelde, acentuando la desconfianza en Juana. A Ana le invadía sentimientos de soledad, consideraba que era el comienzo del fin de la unión familiar. Ya no podría contar con su madre en su proyecto: adopción de hija. Patricia, la hija mayor se mantenía al margen, aunque colaboradora. Se incorporó al núcleo familiar cuando tenía catorce años, fue criada por la abuela materna. Mario, hijo mayor, admirado por su madre, había logrado una mejor diferenciación dentro del sis-

tema familiar, aunque consideraba que había hecho sufrir a su madre por "intentar hacer su vida". En medio de la crisis se negoció que él asumiera la responsabilidad ante las decisiones. Y por último, Juan, que delegaba en la pareja parte de su responsabilidad en el cuidado de su madre y también la asistencia a las entrevistas, corría el riesgo de quedarse al margen alegando motivos laborales, situación que se intentó evitar.

2. Juana y la nueva cuidadora

Las entrevistas se centran en la etapa de adaptación de ambas, los beneficios que Juana percibe y los obstáculos que aparecen. Nos introducimos en la pena por su "desvalimiento". Transita en la ambivalencia entre la necesidad de ser cuidada permanentemente, aceptando que sus hij@s no pueden vivir con ella, y la vergüenza porque sea una persona extraña quien la cuide, "¿qué van a decir en mi pueblo?".

3. Con todo el sistema familiar

Se retoman aspectos de las entrevistas de los otros subsistemas para favorecer el acercamiento a los sentimientos y poder acompañarles en el proceso de elaboración de la pérdida de la madre "todopoderosa", y dar paso a una mujer frágil, vulnerable, con pérdida de su autonomía que se debate, con cierta rabia, ante la angustia de dejar de ser y saber quien es (Camde-

ssus, 1995). La tarea no es fácil, pero los intentos continúan. Se trata de conectar a Juana con el cuidado que proporcionó a su madre, legitimándolo como una excelente oportunidad que tuvo, y la ocasión que ella está dando a tod@s sus hij@s para que se ocupen de ella.

2. Familia de pareja de ancianos: Josefa y Pedro

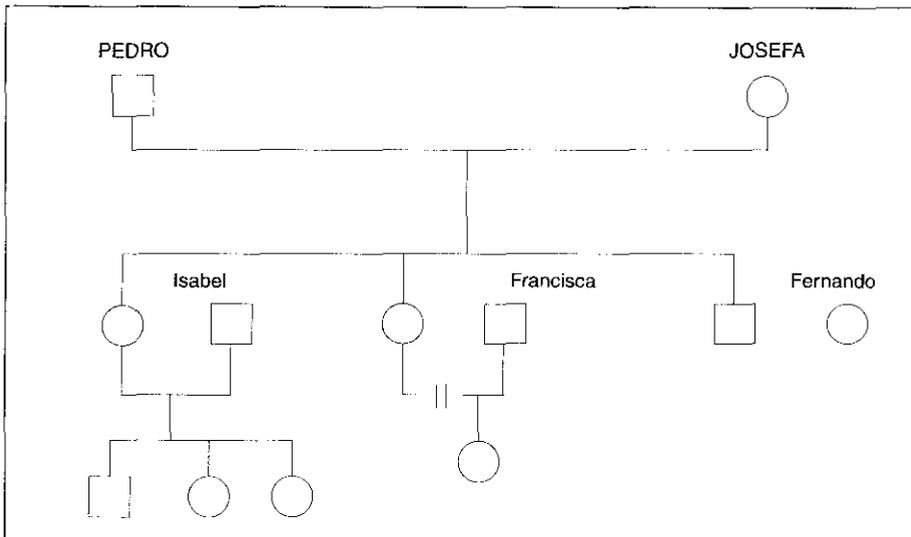
El segundo muestra porqué se movilizaron redes de apoyo social/informal/formal: en el caso de Josefa y Pedro, 82 y 90 años, con tres hij@s, una pareja en estado de desatención y de riesgo para la salud de Josefa. Ambos se encontraban viviendo solos. Fueron derivados por el colectivo de Enfermería, quienes acudían a diario por los problemas de salud crónicos-invalidantes que padecían: diabetes, insulino-dependiente tipo II; miocardiopatía dilatada;

incontinencia urinaria; artrosis generalizada e inicio de demencia senil.

Se estructuró la intervención en el domicilio con una periodicidad: en un primer momento cada quince días, y posteriormente, cada mes con una hora de duración. Más adelante se iniciaron los contactos telefónicos con sus dos hijas y entrevistas irregulares con el hijo. Dos de sus tres hij@s residían en Barcelona: Isabel, 63 años, viuda, con tres hij@s, con cierta solvencia económica; Francisca, 56 años, separada, con una hija, se dedica a trabajos temporales en la limpieza; y Fernando, 40 años, con residencia en Madrid, separado, de quien se desconocía la existencia de pareja, trabaja como guardia jurado.

¿Cuál era el problema básico de la desatención?

En las primeras visitas se van detectando un abanico de situaciones



problemáticas que van completando el mapa:

- Aislamiento con el exterior. Josefa se encontraba inmovilizada, sus relaciones se reducían a su cónyuge, quien ejercía como cuidador principal (CP), personal de Enfermería, y su hijo que acudía irregularmente. La situación se agravaba por residir en un segundo piso sin ascensor.

- Deficiencia en la higiene personal en ambos ancianos y de la vivienda.

- Sin apoyo social de la red informal y formal.

- La calidad de los cuidados estaba gravemente amenazada: dieta insuficiente y no adecuada a las necesidades de Josefa.

Josefa llevaba alrededor de cuatro años sin salir de su domicilio, su marido boicoteaba todo intento de recibir visitas, apoyos; le resultaba una amenaza a su rol y valía como único cuidador. Constantemente hacía demostraciones físicas de cuidarse y cuidar a Josefa. No reclamaba la ayuda de sus hij@s, sí el deseo de ver@s más a menudo. Éstos no le visitaban desde hacía dos años, los contactos eran esporádicos y por teléfono. Josefa, tímidamente, manifestaba su necesidad de relacionarse, sentía temor de las amenazas que realizaba su cónyuge de marcharse a Barcelona "si venía alguien a casa", con referencia al apoyo externo. Acerca del distanciamiento de sus hijas lo justificaba diciendo "Isabel no me quiere porque soy 'roja'", y "Francisca no tiene dinero". Vivió perí-

odos de reclusión alrededor de siete años durante la Guerra Civil por motivos ideológicos. Su hija Isabel fue cuidada durante su primera infancia por su abuela materna y el padre. Su historia está marcada por la desvinculación afectiva, la precariedad y la movilidad geográfica.

Isabel explicaba el distanciamiento con su madre, en un principio por sus obligaciones familiares, y en todo momento se mostraba dispuesta a ayudar a sus padres. Poco a poco su preocupación va dejando paso al resentimiento por el "abandono" que sufrió durante la infancia, y a cuestionarse si debía ocuparse especialmente de su madre. En cambio, Francisca, con mejor vínculo, se encontraba sumergida entre sus dificultades de separación y precariedad económica. Fernando, el más cercano y desconocido, aparecía y desaparecía con igual facilidad; sus padres no podían localizarle en situaciones de emergencia; mostraba una relación de apego por su madre, pero aún así no respondió al deseo de cooperar.

Al subsistema fraternal les unía lazos afectivos muy frágiles y divididos entre las alianzas con los padres.

Aproximación al problema

Nos encontramos ante una familia desligada, sin la conexión emocional y afectiva necesaria que les permita una mayor proximidad. El distanciamiento entre los miembros del sistema se puede explicar, en parte, por las pro-

fundas y viejas heridas que nunca cicatrizaron. Desde esta situación, agravada por la distancia geográfica de las hijas y de "despreocupación" del hijo, no era posible centrar la intervención en la toma de decisiones ante el cuidado de ambos ancianos, ni el reparto de responsabilidades entre los herman@s.

Centramos, por lo tanto, los objetivos de la intervención en garantizar los cuidados básicos a Josefa, introduciendo los beneficios del apoyo externo. A l@s hij@s se les pidió colaboración para que Pedro aceptase ese apoyo y de esta forma posibilitar el acercamiento a sus padres en esta última etapa de la vida.

Las actuaciones se orientaron:

- A la continuidad de los contactos telefónicos con ambas hijas y con el hijo a través de los padres.
- Comunicar, conjuntamente con el equipo de Atención Primaria, a la comisión de tutela del mayor el problema de desatención por las graves consecuencias para la salud de Josefa, decisión que se informó a todo el sistema familiar no alterando la continuidad de los contactos.
- Coordinarme con los servicios sociales para valoración conjunta de SAD y prepararla para el momento en el que el cuidador principal aceptase.
- Con las personas mayores mantener la continuidad de visitas con el objetivo propuesto.

Los resultados no fueron del todo alentadores pero el más importante se consiguió:

— El cuidador principal aceptó SAD, ayudó a ello un ingreso hospitalario de Josefa por hipoglucemia así como el cansancio de Pedro.

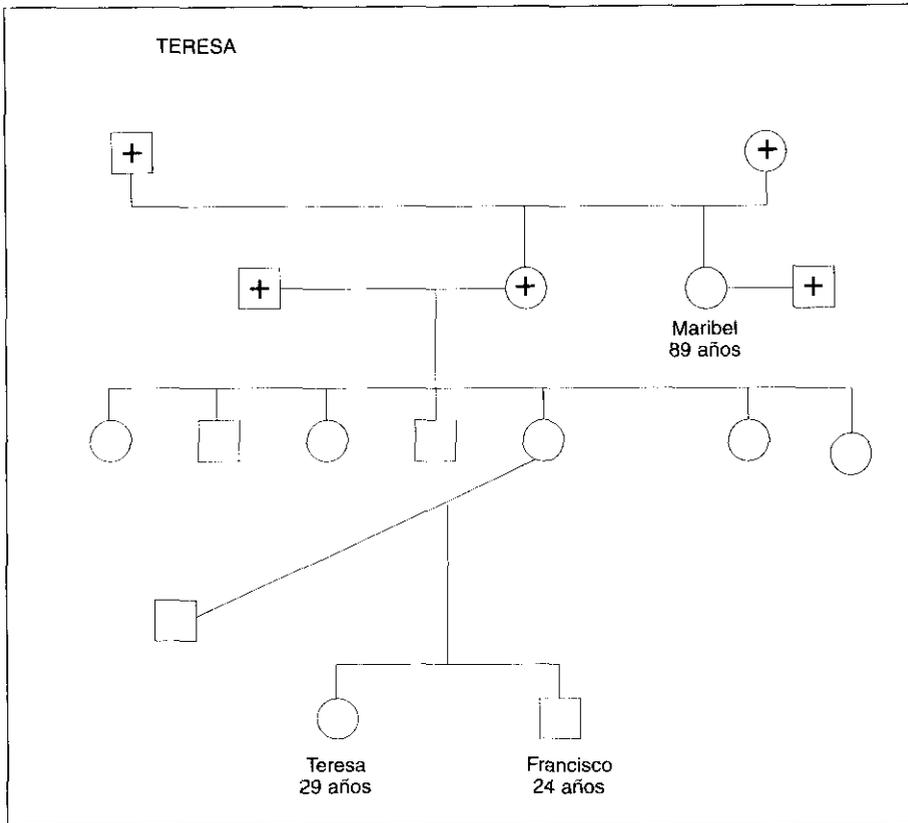
-- Las hijas aumentaron el contacto por teléfono y les visitaron por separado, pero sólo Francisca logró despedirse de su madre. (Josefa falleció a los meses siguientes de la instauración del servicio.)

— La comisión de Tutela del Mayor aún no ha dado respuesta.

Pedro hoy, se encuentra solo con su duelo, satisfecho de haber cuidado de Josefa. Mantiene un relativo nivel de autonomía que le permite satisfacer sus necesidades básicas. Se resiste a visitar a sus hijas por dificultad del idioma, y por la falta de amigos. El seguimiento continúa, mantiene aún un cierto grado de descuido. El SAD fue suspendido.

3. Familia de Teresa: ¿Cómo conciliar la dependencia a la que aproxima el envejecimiento y la autonomía de los miembros de la familia?

Teresa, de 29 años, dedicada a trabajar como administrativa, mantenía una relación afectiva hace algunos años, que con la responsabilidad de cuidar a su tía-abuela veía peligrar uno de sus proyectos personales: El constituir su propia unidad familiar. El vínculo que mantenía con su tía abuela, Maribel, de 89 años, el control que ésta ejercía hacia su vida personal y los espacios de ocio iban en aumento en la



medida que también aumentaba su dependencia de lealtad, tratando de demostrarle que fuera cual fuese su proyecto de vida, no la abandonaría.

Los años de convivencia habían estructurado una relación con un alto grado de cohesión que no facilitaba el proceso de diferenciación que diera lugar sin grandes costes emocionales y sin renunciar a la etapa del ciclo vital que Teresa quería iniciar.

Desde muy pequeña, Teresa sintió suya la responsabilidad de representar a toda su familia, de cuidarles,

especialmente a las ancianas. Creció hasta los 15 años en una familia que unía varias generaciones: Padres sordomudos, un hermano menor, la abuela y tía-abuela materna. A partir de esa edad, sus padres y su hermano trasladan la residencia a un pueblo de otra ciudad para cuidar a los abuelos paternos, situación que se mantiene después del fallecimiento de ambos. Teresa decidió continuar junto a las personas mayores entre otras razones por estudios. La abuela falleció a los cinco años después y la tía-abuela, Maribel, viuda, sin hijos/as

asumió el control y los quehaceres domésticos hasta hace año y medio, cuando sufre un cuadro agudo que alteró el funcionamiento familiar, prolongándose innecesariamente durante este periodo.

La madre de Teresa se trasladó del pueblo a cuidarla "provisionalmente" acentuando la dependencia de Maribel; sus capacidades de autonomía se manifestaban de forma diferente según quién la cuidase, introduciendo así la obligación en el otro de continuar ostentando el poder de cómo y quién debe cuidarla (Barbajelata, 1994).

En la medida en que se iba instaurando la dependencia de Maribel iba replegándose sobre sí misma, cuestionándose su lugar en la familia, manifestando sentimientos de carga y por otro lado, luchando por mantener su poder; situación que producía en Teresa culpa y dificultad para legitimar sus espacios de autonomía y proyectos personales.

¿Qué impulsó a Teresa a pedir ayuda? Los cambios introducidos: el traslado de la madre de Teresa para compartir el cuidado que se prolongaba en el tiempo, el aumento de la dependencia de la tía y sus propias dificultades para preservar sus espacios personales manifestándose con la aparición de síntomas como alto nivel de ansiedad, mareos, sensación de verse atrapada. "Me vi sin fuerzas, incapaz, empeoró la relación con mi novio y comencé a considerar lo que María (médica de cabecera) me había dicho que buscara ayuda".

La percepción del problema que tiene Teresa es enfrentarse a una doble dificultad:

— La tía abuela se resiste a cualquier cambio en las relaciones familiares y por lo tanto en la organización. Reclama a la madre de su sobrina-nieta para que la cuide permanentemente con el elevado coste de dejar a su cónyuge e hijo en el pueblo.

— Ella misma no se legitima sus propias necesidades: Casarse, salir. Le invade la responsabilidad y la culpa.

Aproximación al problema

En las crisis que afectan a las personas de edad avanzada, según Camdessus (1995), el abordaje es muy diferente a aquellas familias donde la petición es la liberación del síntoma (por ejemplo: Una fuga en el adolescente o delincuencia) en l@s ancian@s, "el envejecimiento y la enfermedad es irreversible, puede aliviarse pero no curarse". Entonces ¿cuál es el problema en el caso de Teresa? Éste fue definido por dificultades de conciliar una etapa del ciclo vital: Constituir una pareja con los cuidados que requería la dependencia a causa del envejecimiento, sin que se vivieran, por ambas partes, como antagónicas.

Desde esta perspectiva se realizó el encuadre de la intervención. Las entrevistas individuales se realizaron cada quince días con Teresa con el siguiente objetivo:

- Apoyar el proceso de autonomía (individuación relacional) y afian-

zando su proyecto de vida. Comenzó a planificar sus vacaciones, sus espacios de ocio al margen de la familia.

- Visitas a domicilio cada veinte días para conversar con la tía abuela y la madre de Teresa sobre la necesidad de acompañamiento cuando su sobrina regrese al pueblo con su marido y potenciar los niveles de autonomía de la tía abuela.

Síntesis

Resaltaría 3 aspectos que me parecen esenciales en estos casos:

1. En las intervenciones con familias se presentan dificultades para entrevistar a todos los miembros a la vez según el modelo clásico de terapia familiar sistémica. Se trabaja con entrevistas por separado pero sin excluir a ninguno de ell@s. La exclusión podría aumentar aún más la disfunción de la familia.

Se les clarifica que toda la información que se maneje en los subsistemas familiares revertirá sobre el sistema, evitando así secretos, coaliciones que bloqueen la crisis intrafamiliar y la negociación (Barbajelata, 1994).

2. Tener presente que los conflictos no resueltos en los procesos de separación intergeneracional, de autonomía, etc., se manifiestan con tal fuer-

za que recobran actualidad ante la aparición de una crisis (Bowen, 1991).

3. El constituir un nuevo sistema: familia, paciente identificado y servicios asistenciales de salud, en un contexto de colaboración donde los beneficiarios sean todos, ayuda a evitar el depositar la responsabilidad exclusivamente en los Servicios de Salud (complementariedad rígida).

Bibliografía

- BARBAJELATA, N. (1994). "Qué aporta la terapia estructural a las familias con enfermos crónicos". Presentado en las "II Jornadas de Orientación y Terapia Familiar en Familias Afectadas por Enfermedades o Deficiencias", organizadas por la Fundación Mapfre y la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.
- BARBAJELATA, N., RODRÍGUEZ, A. y BRUN, T. (1994). "Duelo y desconsuelo o el interjuego de la intrasubjetividad en el sistema". *Psicopatología*, n.º 14, 1.º, 35-39 (Madrid).
- BOWEN, M. (1991). *De la familia al individuo* (Hacia la diferenciación de sí mismo en la familia de origen, 64-86). Paidós. Barcelona.
- CANDESSUS y otros (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Paidós. Barcelona.
- PRITCHARD, P. (1986). *Manual de Atención Primaria de Salud, su naturaleza y organización*. Díaz de Santos. Madrid.
- STIERLIN, H. y otros (1986). *Terapia de familia: La primera entrevista*. Gedisa. Buenos Aires (Argentina).
- WEINSTEIN, L. (1978). *Salud y autogestión. La medicina a examen*. Ed. Dosbe. Madrid.

Gloria NÚÑEZ CASTILLO
Trabajadora social. Atención Primaria.
Insalud