



Estudio de familia 1: Adición de miembros a la familia

Autor: María Paz Lavín Palma, Enfermera SSMO. Dra. Paola Rodríguez Segura, Médica Familiar, CESFAM San Joaquín.
NOTA: Los nombres de las personas han sido modificados para proteger la confidencialidad de la información.

I. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE FAMILIA

Pedro, 5 años 7 meses. Vive desde enero/2008 con su madre (Johanna) y la pareja de ella (Jose) con los cuales tiene una buena relación.

En Febrero nace Benjamin, hijo de Jose y Johanna, portador de Fenilcetonuria (PKU).

Johanna solicita evaluación de Pedro, en Febrero 2008, por "celos desde que llegó el hermano menor". En esta se entrega educación de ciclo vital individual y guía anticipatoria por médico del CESFAM San Joaquín.

Vuelve a consultar en Junio 2008 porque "Pedro se sigue portando mal y no se que hacer".

II. MOTIVO DEL ESTUDIO DE FAMILIA

Familia que atraviesa una crisis no normativa por adición de dos miembros (fuera del ciclo familiar habitual) que, a pesar de sus propios recursos, no ha logrado disminuir la ansiedad que esta crisis genera. Además, uno de estos miembros es portador de una enfermedad crónica lo que ha sido difícil de asumir para la madre.

Situación familiar que no responde al manejo habitual, requiriendo un abordaje integral y de equipo. La madre manifiesta abiertamente el deseo de una intervención del equipo de salud en la familia.

Necesidad del equipo de obtener un mayor conocimiento sistémico de la familia para relacionar los problemas del paciente con la interacción familiar.

III. METODOLOGÍA

Se realiza una primera entrevista durante consulta de morbilidad por médico, en Junio de 2008, identificando el caso para realizar el estudio.

En un segundo encuentro se evalúa con la Familia la situación de crisis. Madre refiere estar tensa y ansiosa por lo que se plantea realizar estudio de familia y se solicita su consentimiento.

Se cita a una 2ª entrevista para evaluar estructura familiar y observar interacción de subsistema conyugal y subsistemas parentofilia. Se programa visita domiciliaria en conjunto con la familia.

Se realiza PRACTICE para sistematizar los avances y organizar la visita domiciliaria integral (VDI).

Se realiza VDI con previo planteamiento de objetivos y aplicación de instrumentos de Salud Familiar para ayudar a la familia a comprender su situación familiar.

Se priorizan problemas y planes en conjunto con la familia.

IV. OBJETIVOS

1. Conocer información en relación con la estructura y dinámica familiar para un enfrentamiento integral de la crisis por la que atraviesa la familia.

2. Conocer e identificar el efecto de las interacciones familiares en el desarrollo de una crisis no normativa por adición.

3. Negociar un plan de intervención con la familia y seguimiento de este.

4. Evaluar las redes de apoyo familiar y comunitaria promoviendo su activación.

5. Presentar este estudio al equipo de sector como apoyo al desempeño diario.

V. ESTRUCTURA FAMILIAR

1. MIEMBROS DE LA FAMILIA

Pedro (Caso Índice)

Niño de 5 años 7 meses. Nace de embarazo de evolución normal, mediante parto vaginal sin complicaciones, sin embargo, durante éste se produce Trastorno del ánimo de la madre, por separación con su pareja.

Antecedentes del RN: Edad Gestacional 41.5 sem., Peso 4.120 grs., Talla 52 cms.

Hospitalización a los 5 meses por Bronconeumonía (VRS).

Antecedentes médicos: Constipación severa al introducir LA (3 meses) manejada con dieta.

Antecedentes del Crecimiento y Desarrollo: desarrollo psicomotor a los 2 años con déficit en lenguaje. Crecimiento: Normal. Lactancia materna Exclusiva hasta los 3 meses, por inicio de trabajo materno. La lactancia se prolongó hasta los 3 años. No existe registro de TEPSI de los 4 años ya que en ese periodo se encontraba en Curicó, controlándose por médico particular.

Desarrollo psicomotor: Motricidad gruesa y fina sin alteraciones. Maneja lenguaje adecuado para su edad. En el ámbito social, obedece reglas y participa en juegos competitivos. Al parecer falta de iniciativa para comentar lo que hace en el colegio. Dificultad para opinar de forma independiente lo que le sucede.

Antecedentes escolares: asiste a Kinder, en colegio particular (8:30 a 12:30).

Buen rendimiento según evaluaciones del colegio. Buena relación con sus compañeros.

Padre biológico ausente emocionalmente desde que el niño tiene 1 año de edad. Aporta de manera irregular una mensualidad acordada con la madre.

Johanna manifiesta preocupación por la "rebeldía" de Pedro y la posibilidad que adquiriera las conductas problemáticas de su primo Felipe de 10 años. Ella describe a Felipe como "un niño rebelde, que se manda solo, pasa muchas horas en la calle y tiene malas juntas." Le atribuye responsabilidad a su hermana debido al abandono emocional de este hijo en la crianza.

Jose, conviviente de Johanna, refiere que Pedro nunca tuvo normas en Curicó y que ahora se está incorporando a las reglas y hábitos de la casa. Considera que los episodios de rebeldía han ido en disminución. Además, manifiesta que Johanna tiene sentimientos de culpa al establecer límites a Pedro debido a la ausencia de ella en momentos importantes de su crianza.

En la consulta y en la casa se percibe como un niño con actividad motriz propia de la edad. Es un niño cariñoso y alegre. Tiene dificultad para contestar las preguntas que se le hacen (mira a la mamá). Madre



favorece la conversación. Madre pone límites de manera adecuada pero se percibe angustiada al hacerlo.

Johanna

Mujer de 33 años, madre de Pedro. Convive con Jose hace 1 año.
Antecedentes médicos: Trastorno del ánimo durante segundo embarazo por separación de pareja. Múltiples consultas por Ansiedad. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus y cáncer en ambos padres.
Antecedentes Ginecoobstetricos: ha tenido 3 gestaciones, cada una de padres diferentes. Un aborto espontáneo a las 10 semanas de embarazo. Con planificación familiar, en espera de esterilización quirúrgica.
Enseñanza media completa.

Jose

Varón de 47 años. Convive con Johanna hace 1 año, asumiendo rol de padre de Pedro.
Separado hace varios años, padre de Jeremias (28 años, profesional e independiente) y Pamela (21 años, vive con su madre). Mantiene una relación cercana luego de haber estado distanciado de ellos varios años. Jeremias y Pamela mantienen una buena relación con Johanna y los niños.
Trabaja como Técnico mecánico industrial. Tiene estudios superiores incompletos en la misma área.
Antecedentes médicos: sin documentos de certificación, refiere haber sufrido dos IAM (Octubre 2007 y Marzo 2008) sin hospitalización ni posterior control. Hipertensión Arterial sin tratamiento.

Benjamin

Lactante de 5 meses. Embarazo normal. Parto vaginal sin complicaciones.
Portador de Fenilcetonuria, en control en INTA. Ha presentado 2 episodios de SBO, actualmente en tratamiento. Por esta causa falto al control de niño sano del 4º mes en CESFAM.

Lucas¹

Primer hijo de Johanna, 10 años, vive con abuela paterna en Curicó. Cursando 5º año básico.
Portador de Fenilcetonuria.

2. HISTORIA FAMILIAR

Johanna es la menor de cinco hermanos de una familia nuclear biparental. Su relación con ambos padres siempre fue muy cercana y afectuosa.

En el año 1996 conoce a Lucas, carabinero, padre de su primer hijo. Conviven en casa de los padres de Johanna durante 7 años, teniendo intenciones de casarse, pero no se concretó. Luego de su separación, conoce a René, padre de su segundo hijo Pedro (relación informal, sin convivencia) del cual se separa al 4º mes de embarazo.

La madre de Johanna (Genova) crió a Lucas y Pedro, debido a que ella trabajaba para apoyar económicamente en casa de su madre.

Genova fallece el año 2006 por un cáncer no precisado (origen hepático aparentemente) produciéndose una fuerte crisis en la familia. Johanna refiere no aceptar aún la muerte de sus padres. Lucas, al fallecer su abuela, requirió de apoyo psicológico otorgado por el INTA. Posteriormente, Johanna decide aceptar la propuesta de la abuela paterna de Lucas de enviar a sus dos hijos a vivir a Curicó con ella mientras tiene un ingreso adecuado que le permita mantenerlos.

El año 2007 inicia una relación con Jose, a quien conoce desde su adolescencia. A los pocos meses de iniciada la relación planifican la llegada de su hijo Benjamin. Conviven hace pocos meses.

Debido a la estabilidad familiar, Johanna decide traer a Pedro de regreso a Santiago en Enero 2008 y planean traer de vuelta a Lucas en el año 2009.

Martina, hermana de Johanna, vive cerca de ellos con sus 4 hijos. Pedro comparte con sus primos ocasionalmente, debido a que uno de ellos, Felipe, presenta un grave problema conductual.

3. TIPO DE FAMILIA Y CICLO VITAL

Tipo de Familia: Familia Nuclear Biparental reconstituida con hijos.

Tiempo en el ciclo vital

Ciclo Vital Familiar: Etapa de expansión / Familia con hijo preescolar.
Ciclo Vital individual:
Johanna : Juventud
Jose : Adulthood
Pedro : Edad del Juego
Benjamin: Lactancia
Lucas: Edad escolar

4. GENOGRAMA ESTRUCTURAL

(Ver diagrama final del artículo)

· ROLES

5. ASIGNACIÓN DE ROLES

Jose: Cumple rol normativo en relación con todos los miembros de la familia (incluyendo a Johanna). Asume la crianza de los 3 hijos de Johanna con los cuales refiere tener una relación cercana y de respeto. Ejerce su autoridad en la toma de decisiones en el hogar. Actualmente tiene un rol proveedor de forma intermitente. Rol de esposo.

Johanna: Su rol principal es como dueña de casa además de la crianza de sus hijos. Manifiesta establecer normas a sus hijos, sin embargo, este rol normativo carece de autoridad. Refiere sentir culpa por haber dejado a Pedro durante 1 año lo que le dificulta el establecer límites y normas. También tiene rol de proveedora (actualmente con licencia maternal por enfermedad grave de hijo menor de 1 año). Rol de esposa.

Pedro: Estudiante de educación preescolar. Hermano e hijo.

Benjamin: Hijo menor, portador de enfermedad crónica. Hermano.

Lucas: Hijo mayor, estudiante de educación básica.

V. DINÁMICA FAMILIAR

Se observa la dinámica familiar durante las entrevistas en CESFAM y en la Visita Domiciliaria. En cada una de estas oportunidades han participado Jose, Johanna, Pedro y Benjamin.

Para hacer el análisis de la dinámica familiar se hacen preguntas abiertas y se aplican los siguientes instrumentos de Salud Familiar.

1. INSTRUMENTOS DE SALUD FAMILIAR APLICADOS PARA EVALUAR DINÁMICA

A. GENOGRAMA RELACIONAL

(Ver diagrama final del artículo)

B. CÍRCULO FAMILIAR

(Ver diagrama final del artículo)

¹ A pesar de que Lucas no vive con la familia descrita se decide incluirlo como miembro de esta, debido a que está viviendo sólo temporalmente con la abuela paterna (se espera que regrese a vivir a Santiago en el año 2009).



C. FIRO

Durante las entrevistas se evalúa la inclusión (límites, roles, flexibilidad, rituales), control (jerarquía, poder, estructura, negociación) e intimidad (afectos). La descripción de estos aspectos se desarrolla en el ítem V2.

D. APGAR FAMILIAR MODIFICADO

JOHANNA	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			X
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			X
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?		X	
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			X
¿Sientes que tu familia te quiere?			X
PUNTAJE	(9) ALTA FUNCIONALIDAD		

JOSE	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			X
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			X
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			X
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			X
¿Sientes que tu familia te quiere?		X	
PUNTAJE	(9) ALTA FUNCIONALIDAD		

2. ANALISIS DE LA DINÁMICA FAMILIAR

Luego de realizar las entrevistas y aplicar los instrumentos se ha llegado a las siguientes conclusiones en relación con la dinámica familiar.

AFECTOS

Familia cálida y acogedora, preocupada por la unión familiar. Facilidad en la expresión de cariño en los subsistemas parentofamiliar. Respeto mutuo de ambos padres hacia sus hijos. Jose y Benjamin tienen una relación muy estrecha. Johanna expresa equitativamente su cariño a Pedro y Benjamin. Aceptación parcial por parte de la madre de las emociones generadas en torno a la enfermedad crónica de su hijo (Fenilcetonuria). Pedro se manifiesta muy cariñoso con sus hermanos. En relación a la afectividad en el subsistema conyugal, Johanna refiere que la relación se ve afectada por la actitud autoritaria de Jose en relación a la crianza de Benjamin y a la posibilidad de que ella tenga actividades paralelas a su rol de madre y dueña de casa. La pareja no crea espacios para su intimidad. Al aplicar el APGAR familiar a Jose destaca la respuesta de que "a veces" siente que su familia lo quiere. Debido a que se aplica este instrumento en la presencia de Johanna, se omite en ese momento profundizar en relación a ese tema (se cita para control individual).

Johanna fue muy apegada a sus padres, principalmente a su madre. Nos cuenta que aún no acepta la muerte de ellos. Johanna tiene una relación conflictiva con su sobrino Felipe.

Lucas y Pedro son muy queridos por María (abuela paterna de Lucas).

Jose mantiene una relación estrecha y muy afectuosa con su padre. Con sus hijos mayores (Jeremias y Pamela) tiene una relación afectuosa y cercana.

COMUNICACIÓN

Se aprecia una comunicación permanente entre los subsistemas, clara, espontánea, pero con dificultades al negociar. En relación a la crianza de los hijos la pareja refiere una comunicación fluida pero no carente de discusiones. Johanna refiere que esto se debe a que Jose es muy autoritario y ella no acepta esta forma de relacionarse.

PODER

En ocasiones es compartido por la pareja, pero según lo referido por Johanna, algunas de estas decisiones son tomadas arbitrariamente por Jose. La opinión de los niños es consultada en escasas oportunidades. No existe posibilidad de negociación, percibiéndose una estructura familiar rígida y con claridad en la jerarquía (Jose).

LÍMITES

Internos: Jose establece límites claros y, según lo referido por Johanna, rígidos con los miembros de la familia. Johanna tiene dificultades para establecer límites a sus hijos, sin embargo, ha logrado mayor claridad al hacerlo. Externos: Claros y permeables.

RUTINAS FAMILIARES

Destaca en este aspecto el hecho de que Johanna duerme en la habitación de Pedro y Benjamin. Ella refiere que esto se produce porque Pedro tiene miedo a dormir solo y Jose desea que ella duerma junto a Benjamin por temor a que el niño "pase frío" durante la noche. Jose duerme solo en el dormitorio matrimonial.

A diario desayunan, almuerzan y cenan juntos en la mesa.

Familia comparte con Lucas durante fines de semana largo y vacaciones. Reciben visitas regulares de los hijos mayores de Jose (Jeremias y Pamela).

Mantienen visitas permanentes con la familia extensa que vive cerca de ellos (Jose, Veronica y sus hijos, Martina y sus hijos).

VI. REDES FAMILIARES Y COMUNITARIA

La Familia vive en la comuna de San Joaquín. La villa donde viven es percibida por ellos como insegura. A pesar de esto, tienen buenas relaciones con algunos vecinos.

Familia mantiene una relación estrecha con la red de salud, muy en especial con el INTA, lugar que la ha apoyado y acogido desde el diagnóstico de PKU en Lucas. Además la familia acude con mucha confianza al CESFAM San Joaquín.

Johanna trabajaba como cajera en PreUnic, actualmente con Licencia maternal. Jose se encuentra actualmente cesante, realizando trabajos esporádicos en su área.

La Familia recibe ayuda para la alimentación específica y costosa de Lucas y Benjamin. Recientemente han obtenido un subsidio habitacional pero lo refieren como insuficiente para costear la casa propia. Habitan vivienda arrendada en 90.000 pesos, sólida, servicios sanitarios completos. Casa amplia que posee cocina, living comedor, 3 habitaciones y 1 baño. Tienen un perro.

ECOMAPA

(Ver diagrama final del artículo)



VII. VISITA DOMICILIARIA

Se realiza el día y a la hora acordada con la familia. Previa a ésta, se establecieron los siguientes objetivos:

1. Observar a Pedro y su familia en su medio habitual.
2. Elaborar genograma con la familia y ecomapa para obtener mayor claridad de la situación familiar y sus redes.
3. Conocer el hogar y su entorno para valorar creencias y miedos de la familia.
4. Realizar screening en relación a la dinámica familiar (APGAR y otras técnicas de entrevista).
5. Fortalecer la relación equipo de salud - familia.

La recepción fue muy acogedora y se percibe satisfacción al vernos en su casa. Nos reciben José, Johanna, Pedro y Benjamín. La entrevista se organiza de la siguiente manera:

- Se pregunta cómo han estado y los avances en relación a lo acordado en CESFAM.
- Se hace un resumen de lo observado en las entrevistas previas confirmándose con la familia.
- Se aplica instrumentos de Salud Familiar.
- Se plantea los problemas en conjunto con la familia y la manera de abordarlos.
- Se entrega material informativo sobre el niño de 4 a 5 años.
- Se cita a control a Johanna y José por separado.

VIII. ANÁLISIS DE RIESGO

1. FACTORES DE RIESGO

- Cesantía temporal.
- Enfermedad crónica de 3 miembros de familia.
 - o Fenilcetonuria (Benjamín y Lucas)
 - o Hipertensión Arterial y Probable Cardiopatía Coronaria sin control (José)
- Duelo prolongado ¿patológico? de Johanna ante la muerte de su madre.
- Inseguridad materna frente a la crianza.
- ¿Baja adaptabilidad de Johanna?
- Necesidades de recreación de Johanna no cubiertas.
- Presencia de familiar con rasgos agresivos (Felipe, primo de Pedro).
- Ausencia de padre biológico (Pedro)
- Entorno peligroso
- Ingresos insuficientes.

2. FACTORES PROTECTORES

- José asume rol de padre de Pedro.
- Pareja estable y con plan común.
- Comunicación familiar permanente.
- Expresión de afecto.
- Amplia red social.
- Insertos en red de salud (CESFAM - INTA) y uso eficiente de ella.
- Ambiente escolar.
- Nivel sociocultural adecuado.
- Nivel de escolaridad adecuado.
- Vivienda amplia y cómoda.

IX. PROBLEMAS ENCONTRADOS EN CONJUNTO

Se establecen los siguientes problemas identificados y jerarquizados en conjunto con la familia:

- 1) "Pedro como niño inquieto"

- a. Crisis normativa (Edad del Juego).
- b. Crisis no normativa por adición de su hermano menor con Fenilcetonuria.
- c. Separación de su hermano mayor y abuela de éste, que lo cuidó durante un año en Curicó.
- d. Temor de Johanna a que presente conductas agresivas al igual que su primo.

2) Trastorno de Ansiedad no específico en Johanna

- a. Percepción de Johanna de inquietud de Pedro.
- b. Culpa por "abandono".
- c. Creencias en relación a sobrino con problemas conductuales severos.
- d. Duelo prolongado no elaborado.
- e. Falta de espacios propios de recreación y desarrollo personal.

3) Benjamín con enfermedad crónica (PKU).

4) Enfermedad crónica sin control de José.

5) Cesantía temporal de José.

6) Higiene del sueño.

Si bien la familia no lo percibe como un problema se decide agregarlo ya que se requiere profundizar más en este aspecto.

X. PLAN DE MANEJO CONJUNTO

1) Pedro como "niño inquieto"

Evaluación médica donde se descartan trastornos médicos asociados a cambio conductual (ya realizado).

Educación a la familia en relación a las conductas de un niño en edad preescolar. Se revisa en conjunto material escrito, el cual se entrega a la familia. Se plantea en conjunto la posibilidad de profundizar en los cambios normales de esta etapa. Se planea con la familia identificar los episodios de "rebeldía" de Pedro y determinar tiempo de duración, frecuencia y afecto al establecer límites.

Se mantendrá observación de Pedro por parte de los padres debido a los importantes cambios que ha enfrentado en el presente año (separación de hermano mayor y de su abuela, llegada de hermano menor con enfermedad crónica, nueva figura paterna). Se estará atento a cualquier cambio en el área académica, emocional, etc.

2) Trastorno de Ansiedad Johanna

Evaluación médica para especificar diagnóstico de Trastorno de Ansiedad, hora solicitada para el mes siguiente. Evaluación de duelo. Manejo cognitivo conductual de ideas irracionales.

Apoyar en el reconocimiento de sus habilidades de crianza y promover en ella la búsqueda de sus propios recursos personales para enfrentar estas crisis.

Promover en ella la búsqueda de sus intereses y como negociar con José para llevarlos a la práctica.

3) Benjamín con Fenilcetonuria

Estimular el mantener controles en el INTA.

Mantener controles de niño sano al día, que se ha dificultado por cuadros de Sd. bronquial obstructivo.

Indagar sobre la necesidad de trabajar la aceptación de la patología crónica en la Familia.

4) Enfermedad crónica sin control de José.

José solicita orientación para inicio de control de salud en CESFAM. Se orienta para que actualice su situación previsional de salud e ingreso a CESFAM.

5) Cesantía temporal de José.



Se estimula para que José reactive sus redes laborales.

6) Higiene del Sueño

Indagar en el origen de los hábitos del dormir madre - hijos y trabajar sobre esto.

XI. SEGUIMIENTO

La realización de este estudio permitió conocer a la familia en un nivel mayor de profundidad, lo que será un gran aporte para el abordaje integral del equipo de salud.

Sin embargo, aún existen temas por abordar, motivo por el que los integrantes de la familia seguirán asistiendo al CESFAM para la resolución de estos según lo detallado en los planes de intervención.

Es importante mencionar que se requiere delimitar los alcances de estudio de familia en función del problema presentado por la familia, para definir objetivos concretos y significativos para la familia y así estimular la autonomía de la familia para abordar lo que consideren problema.

Se mantendrá seguimiento de Pedro debido a los cambios que ha debido enfrentar en el presente año. Además, se mantendrá seguimiento de cada uno de los miembros de la familia, según las

demandas específicas de cada uno.

XII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio de familia demuestra que el involucrarse con una familia permite una mejor comprensión de la situación por la cual atraviesan. Se debe tener especial cuidado en no caer en el paternalismo habitual, que impide la búsqueda de los propios recursos familiares para enfrentar y solucionar las crisis.

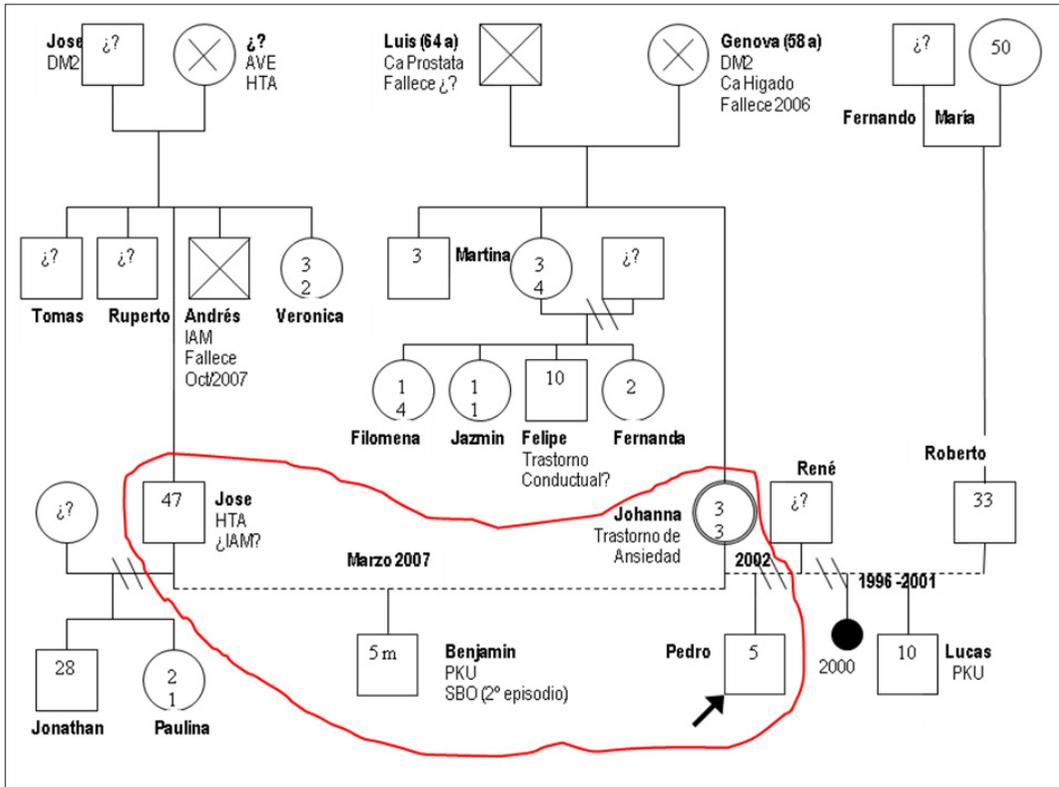
La modalidad de trabajo interdisciplinario es clave en los estudios de familia, ya que, permite una mayor capacidad de análisis, conocimiento y comprensión de la familia.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

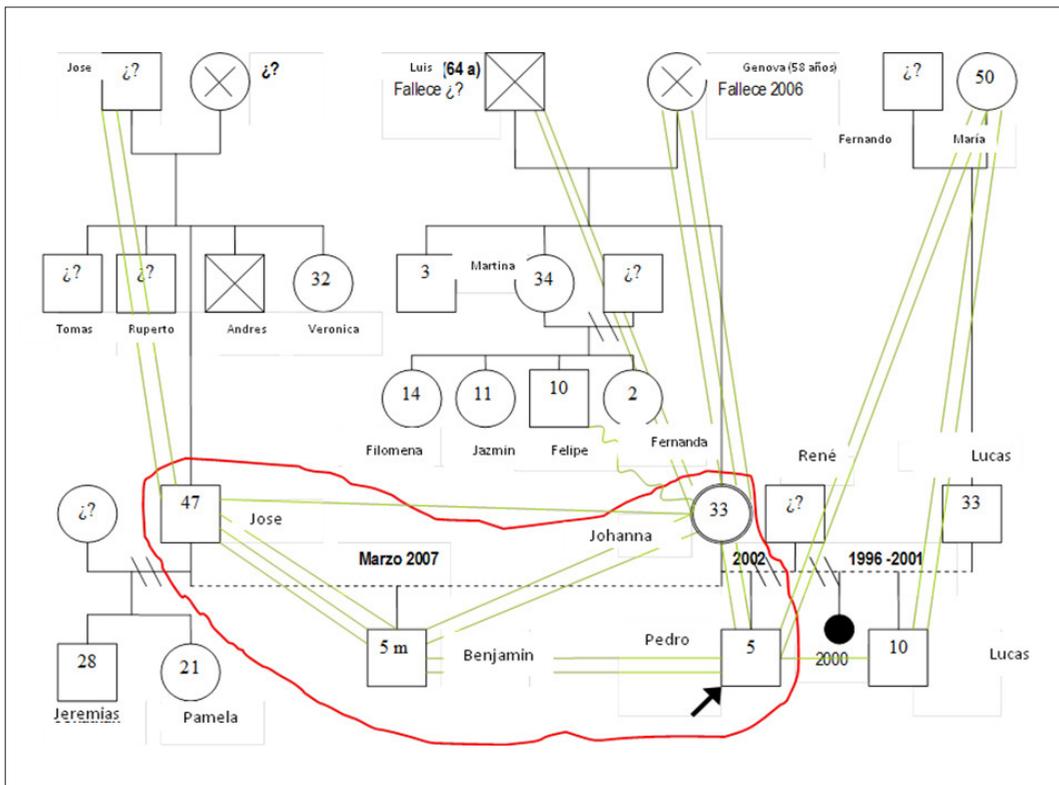
1. Vargas, Patricia. Estudio de Familia. Revista Chilena de Medicina Familiar. Vol IV. (No 3.). Páginas 125 - 129. Diciembre 2003.
2. Clases Diplomado de Salud Familiar, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar Universidad de Chile, 2008.



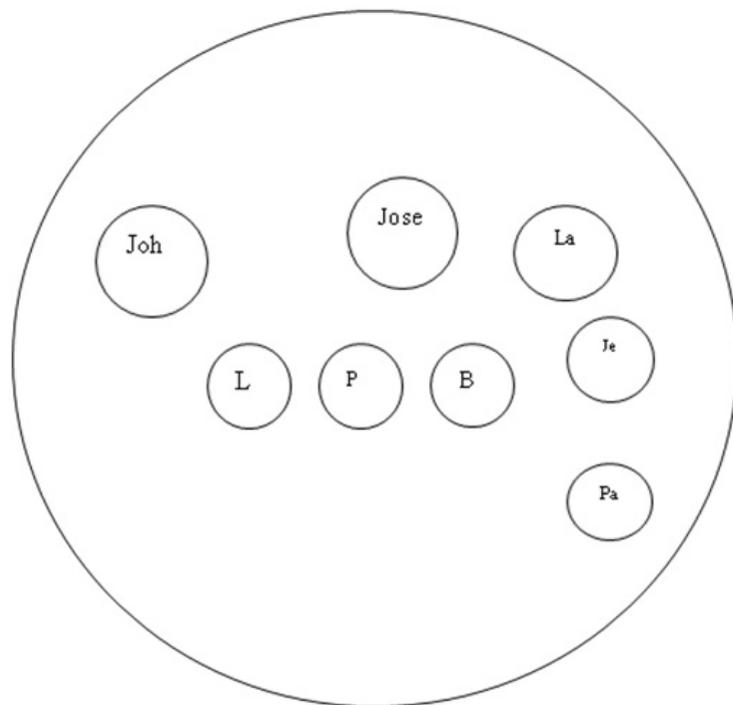
4. GENOGRAMA ESTRUCTURAL



A. GENOGRAMA RELACIONAL



B. CIRCULO FAMILIAR



JOSE

Descripción

J: Johanna
B: Benjamin
P: Pedro
L: Lucas

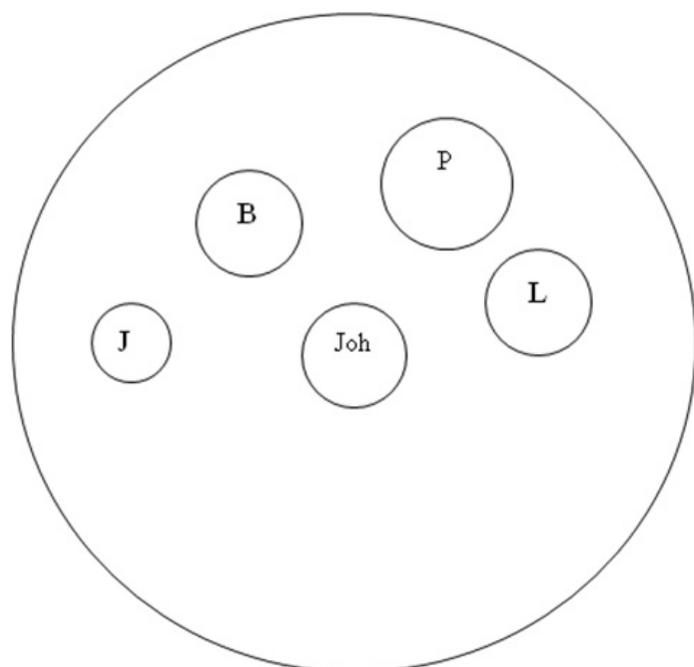
Al preguntarle si consideraba que faltaba dibujar a alguien agrega a:

La: papá de Jose
Je: Jeremías, hijo de Jose
Pa: Pamela, hija de Jose

Jose explica que dibuja a Benjamin, Pedro y Lucas del mismo tamaño ya que no hace diferencia entre ellos.

Considera a su padre como una personas muy significativa para él.

Queda pendiente profundizar el análisis de la relación entre Johanna y Jose para abordar este tema individualmente



JOHANNA

Descripción

J: Jose
B: Benjamin
P: Pedro
L: Lucas

Johanna expresa que el círculo de Jose es mas pequeño ya que su prioridad son sus 3 hijos. Esto se ve reflejado en el mayor tamaño de esos círculos.

Destaca el tamaño del círculo de Pedro, refiriendo que es su principal preocupación.



ECOMAPA

