

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 54

Lecciones de Gerontología

Coordinadores: Ignacio Montorio Cerrato, Gema Pérez Rojo

IV. Intervención con cuidadores

Autor: López Martínez, Javier¹ Crespo López, María²

Filiación: ¹Universidad San Pablo CEU ; ² Universidad Complutense de Madrid

Contacto: jlopezm@ceu.es, mcrespo@psi.ucm.es

Fecha de creación: 28-04-2006

Para citar este documento:

LÓPEZ MARTÍNEZ, Javier; CRESPO LÓPEZ, María (2006). "Intervención con cuidadores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 54. Lecciones de Gerontología, IV [Fecha de publicación: 09/06/2006].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



Lección IV. Intervención con cuidadores

ÍNDICE

	Pag.
Presentación del capítulo	3
Objetivos del capítulo	3
1 La situación de los cuidadores	4
2 Programas de apoyo e intervenciones para cuidadores	5
2.1. Apoyo formal	6
2.1.1 Objetivos y modo de actuación	6
2.1.2 Resultados	7
2.2. Programas educativos	8
2.2.1 Objetivos y modo de actuación	8
2.2.2 Resultados	9
2.3. Grupos de ayuda mutua	10
2.3.1 Objetivos y modo de actuación	10
2.3.2 Resultados	11
2.4. Intervenciones psicoterapéuticas y <i>counseling</i>	11
2.4.1 Objetivos y modo de actuación	11
2.4.2 Resultados	12
2.5. Una propuesta de intervención para nuestro contexto sociocultural	13
Conclusiones	16
Lecturas recomendadas	17
Referencias bibliográficas	19

Presentación del capítulo

El presente capítulo describe las diversas intervenciones que se han llevado a cabo con cuidadores informales de personas mayores dependientes: apoyo formal, programas educativos, grupos de ayuda mutua e intervenciones psicoterapéuticas y *counseling*. Las numerosas revisiones y meta-análisis de estas intervenciones no han identificado el “antídoto” que alivie el estrés al que se ve sometido cuidador y sus secuelas. Pero sí que parece que los tratamientos psicoterapéuticos individuales obtienen mejores resultados que otro tipo de intervenciones. Por ello se presenta una propuesta de intervención psicoterapéutica individual que pretende enseñar a los cuidadores a manejar el estrés al que van a tener que enfrentarse a lo largo del desempeño de su rol.

Objetivos del capítulo

Cuidar de un familiar mayor dependiente en el propio hogar supone una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos. Los objetivos del presente capítulo son describir los principales programas de apoyo e intervenciones que tratan de paliar estos efectos, describiéndolos brevemente, analizando sus objetivos y modo de actuación, así como los resultados conseguidos por cada uno de ellos. Asimismo, a la luz de estos resultados se describe una propuesta de intervención con cuidadores que tiene en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de los cuidadores, y cuyos contenidos se basan fundamentalmente en la revisión de la literatura y en los estudios previos de intervención con cuidadores.

1. La situación de los cuidadores

El mundo envejece y esto es sin duda una buena noticia. Cada vez es mayor la esperanza de vida de las personas, aumentando el número de personas mayores. No todas, pero sí un importante porcentaje de ellas, necesitan ayuda y supervisión de otros para desarrollar diversas actividades de la vida cotidiana. La población española no es ajena a este fenómeno (IMSERSO, 2005).

Cuando algún mayor enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básica, con las responsabilidades que ello acarrea, que es percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia.

La persona que asume ese rol de cuidador ha de hacer frente por ello a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al mayor a desplazarse con un andador), puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción más o menos brusca en la movilidad), haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido (Ory, Yee, Tennstedt, y Schulz, 2000).

Los distintos problemas que el cuidador tiene son no solo frecuentes sino también muy variados. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, problemas económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio... (IMSERSO, 2005; Montorio y Losada, 2005)

El estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales, amén de problemas físicos. De hecho, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira (Crespo, López y Zarit, 2005; Ory et al., 2000). Quizás por ello un 38,4% de los cuidadores de nuestro entorno consumen algún tipo de psicofármaco (generalmente ansiolíticos), y el 70% de los que lo hacen comenzaron la ingesta siendo cuidadores (Crespo y López, 2004).

Una gran preocupación, sobre todo en los cuidadores de más edad, es que su salud no se vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar. Pero una cosa son los deseos de los cuidadores de tener una buena salud y otra, a veces bien diferente, es la salud que realmente presentan. De hecho su salud física se encuentra en muchas ocasiones deteriorada, presentando numerosos problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño (Crespo, López, Gómez y Cuenca, 2003; Ory et al., 2000). Incluso presentan una respuesta inmunológica reducida y de hecho les tardan más en cicatrizar las heridas (Kiecolt-Glaser y Marucha, 1995).

2. Programas de apoyo e intervenciones para cuidadores

Dada la importante contribución que realizan los cuidadores de mayores dependientes, resulta esencial evitar que se quemen, que se agoten. Una estrategia para conseguirlo sería eliminar la situación (esto es, terminar con el cuidado), pero esto no siempre es posible, y en ocasiones tampoco es ni lo deseado por los cuidadores ni lo deseable para las personas mayores a las que cuidan. Por ello, el objetivo ha de ser, en la mayoría de los casos, permitir a los cuidadores desempeñar su rol en las mejores condiciones posibles, tanto para ellos mismos como para los mayores a los que prestan su ayuda (Montorio y Losada, 2005). Las intervenciones desarrolladas para ello han sido muy heterogéneas, tanto en sus objetivos como en sus contenidos y formatos (Schulz, 2000; Sörensen, Pinquart, y Duberstein, 2002). No obstante, y de un modo muy general estas se pueden agrupar en: servicios de

apoyo formal, programas educativos, grupos de ayuda mutua e intervenciones psicoterapéuticas; si bien la utilización conjunta o combinada de varias de estas opciones es también habitual (Gallagher, 1985).

2.1. Apoyo formal

Consiste en la prestación de servicios comunitarios para suplir temporal o parcialmente las funciones de los cuidadores informales. Incluye los denominados “servicios de respiro” (esto es, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales en residencias,...).

2.1.1. Objetivos y modo de actuación

Estos servicios pueden constituir una alternativa al apoyo informal (es decir, son utilizados por personas mayores que por una u otra razón no pueden ser atendidos por sus familiares), pero también pueden constituir una ayuda complementaria. En este sentido, además de facilitar la labor de los cuidadores, pueden proporcionar a los mayores unos servicios especializados que atienden a sus necesidades. Su objetivo último es que los cuidadores puedan disponer de forma programada de tiempo libre de respiro, para realizar actividades lúdicas, sociales o de otro tipo que no pueden hacer habitualmente (Sörensen et al., 2002). De este modo se intenta, en el largo plazo, contribuir a evitar o al menos retrasar la institucionalización permanente del mayor dependiente.

Los servicios de apoyo más habituales son:

- Centros de día: son recursos extrahospitalarios de estancias diurnas, habitualmente durante los días laborables, en los que generalmente se ofrece al mayor una atención especializada de enfermería y vigilancia médica, prevención de la salud, rehabilitación, estimulación cognitiva,...

- Estancias temporales en residencias: suponen la institucionalización temporal del mayor que ocasionalmente no puede ser atendido por el cuidador, bien por enfermedad o accidente de éste, bien por necesidad de descanso o bien porque el mayor necesita de unos cuidados que no pueden proporcionársele en casa.
- Servicio de ayuda a domicilio (SAD): consiste esencialmente en que un profesional o un voluntario (de enfermería, limpieza,...) va a casa del mayor para atenderle o para realizar alguna de las tareas del hogar. El formato y la temporalidad de la ayuda prestada son muy variados, aunque en la mayoría de las ocasiones el SAD consiste en la realización de tareas del hogar durante un número muy limitado de horas semanales.

2.1.2. Resultados

La ayuda formal a la que tienen acceso los familiares de mayores dependientes en España es escasa e insuficiente. Además, gran parte de la red se encuadra dentro de la iniciativa privada. El servicio de respiro más utilizado, tanto en nuestro contexto sociocultural como en otros, es el SAD, siendo mucho menos frecuente el uso de centros de día (el cual se da especialmente en mayores que padecen alguna enfermedad, particularmente demencias) y de estancias temporales en residencias.

Cabe reseñar que, además de ser escasos, los servicios de apoyo formal son poco conocidos por los cuidadores. Pero con todo, incluso cuando los servicios son conocidos o están al alcance de los cuidadores, su utilización sigue siendo escasa (Cox, 1997). Es más, en nuestro entorno el apoyo formal de respiro (especialmente los centros de día y las estancias en residencias) es en la mayoría de las ocasiones una respuesta ante una situación crítica (como un último recurso o cuando no queda más remedio), en lugar de ser una medida preventiva, convirtiéndose así en una ayuda que resulta insuficiente y que llega en muchos casos demasiado tarde.

En general los servicios de apoyo formal, en sus diversas opciones, son muy apreciados por los cuidadores, que cuando los disfrutan están bastante satisfechos con ellos, percibiendo además que les ayuda a ganar control sobre sus vidas. Paradójicamente, salvo en contadas excepciones, estos servicios no suelen conseguir una reducción significativa del malestar emocional de los cuidadores (Cox, 1997). Este hecho puede relacionarse con dos factores. Por un lado, con la frecuente utilización de estos servicios en situaciones extremas. Por otro, cualquier cambio en la rutina de los mayores (por ejemplo, tener una persona extraña en casa, ser recogido en un autobús para asistir al centro de día...) puede suponer una situación potencialmente estresante que puede empeorar el estado del mayor, exacerbar algunos síntomas y generar nuevos problemas y tareas al cuidador (marcar la ropa, buscar el centro...), que vienen a sumarse a los que ya tienen. Tampoco parece alcanzarse el pretendido retraso o evitación de la institucionalización del mayor. De hecho, algunos cuidadores consideran los centros de día como un paso intermedio para la institucionalización. Pero esto puede nuevamente relacionarse con la tendencia a utilizar los servicios de apoyo en situaciones críticas o extremas.

Quedan aún por determinar las posibles diferencias entre los efectos logrados por los distintos servicios de ayuda formal

2.2. Programas educativos

Se trata de proporcionar información, de forma progresiva y estructurada, sobre la enfermedad del mayor dependiente, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas asociados a su cuidado. Aunque la diversidad de contenidos es enorme, en la mayoría se informan sobre las dificultades más comunes por las que atraviesan los familiares afectados (por ejemplo, evolución prevista de la enfermedad, problemas de movilización, incontinencia, caídas, problemas legales y económicos,...) así como sobre posibles soluciones, estrategias y recursos para hacerlos frente.

2.2.1. Objetivos y modo de actuación

Estos programas tienen como objetivo principal que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible. Se asume que dar el conocimiento adecuado sobre la enfermedad del familiar, la problemática asociada y su manejo, así como de los servicios y recursos disponibles, ayuda a los cuidadores a hacer frente a los retos que se les plantean. Se trata, pues, de maximizar la independencia, seguridad y bienestar del mayor, a la vez que se intenta reducir el malestar de los cuidadores (Montorio y Losada, 2005).

Los formatos de aplicación son variados, aunque por lo general tienen un tiempo de aplicación limitado (entre 6 y 10 semanas habitualmente). En la mayoría de las ocasiones se realizan en grupos: varios cuidadores asisten a reuniones donde diversos profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores, sociales,...) les informan sobre la problemática de sus familiares. Estas reuniones pueden complementarse con lecturas, materiales audiovisuales, o incluso una persona de contacto con la que se pueden discutir esos materiales (Gallagher, 1985; Sörensen et al., 2002). De hecho, este tipo de publicaciones son cada vez más frecuentes en nuestro entorno. Se trata de textos y materiales didácticos, escritos generalmente por los propios cuidadores o por profesionales con amplia experiencia en cuidadores informales.

Este tipo de programas está muy extendido entre las asociaciones de familiares, si bien existen diversas instituciones sociosanitarias y fundaciones que también llevan a cabo acciones de estas características.

2.2.2. Resultados

A pesar de la amplia difusión de este tipo de programas, hoy por hoy no se ha comprobado su eficacia. No obstante, los datos parecen indicar que logran un incremento significativo en el conocimiento del cuidador sobre el desarrollo de la enfermedad del familiar y en su sentimiento de competencia.

Sin embargo, los efectos detectados en la reducción del malestar de los cuidadores son en todo caso modestos (Gallagher, 1985; Sörensen et al., 2002). Pero, es más, en algunos casos este tipo de programas puede generar tensiones, en lugar de reducirlas, pues suelen incluir informaciones sobre problemas que no atañen aún a la persona a la que se cuida, anticipando así problemas que en ocasiones no se van a producir nunca, y ofreciendo una visión negativa de la evolución de la enfermedad a la vez que se patologiza en exceso la condición de cuidador (informando únicamente de los problemas que parece que necesariamente va a experimentar como aislamiento, depresión, ansiedad, ira,...). De hecho, se ha constatado que el mejor conocimiento sobre la enfermedad del mayor dependiente no correlaciona con un menor malestar emocional del cuidador.

2.3. Grupos de ayuda mutua

Se trata de grupos de “iguales” para ayudarse unos a otros. Estos grupos permiten establecer contacto entre distintos cuidadores, como medio para conseguir apoyo, consejo, protección y acompañamiento durante el proceso de cambio al que se ven sometidos. Son un espacio, un lugar de encuentro, donde los cuidadores se sienten comprendidos, escuchados y apoyados. Estos grupos les proporcionan la oportunidad de conectar con otras personas con problemas e intereses comunes, tratando de crear empatía entre los distintos participantes, al mismo tiempo que permiten compartir y aprender estrategias e información que a otros cuidadores les han sido útiles en el desarrollo de su rol.

2.3.1. Objetivos y modo de actuación

El objetivo de los grupos de ayuda mutua es facilitar a los cuidadores el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares a los suyos, proporcionar una oportunidad para intercambiar ideas y estrategias para hacer frente a esos problemas, y brindar apoyo emocional. Indirectamente los grupos de ayuda mutua proporcionan también un tiempo de respiro durante la asistencia a las reuniones (Gallagher, 1985; Sörensen et al., 2002).

Este tipo de grupos ayuda a reducir el aislamiento en el que suele encontrarse el cuidador. De hecho, es frecuente que los cuidadores con los que comparte el grupo pasen a formar parte de la red de personas significativas de cada cuidador.

En cuanto a su formato, se tratan de reuniones periódicas, raramente estandarizadas o manualizadas, dirigidas por un profesional o por un cuidador con experiencia (Gallagher, 1985). En algunos casos son grupos permanentes, generalmente abiertos a la incorporación de nuevos miembros; en otros, son temporales, tendiéndose entonces a evitar la incorporación de nuevos miembros una vez se ha constituido el grupo. En la actualidad, la incorporación de las nuevas tecnologías está haciendo que comiencen a crearse grupos de ayuda mutua a través de *Internet* (White y Dorman, 2000).

2.3.2. Resultados

Este tipo de grupos goza de una amplia difusión en nuestro contexto, siendo muy utilizados por asociaciones de enfermos y familiares. En general, los participantes suelen mostrarse altamente satisfechos con su participación en ellos, y los consideran de gran utilidad. Sin embargo, pueden aparecer ciertas dificultades. Así, algunos cuidadores no encuentran una verdadera atmósfera de ayuda mutua, sienten que no encajan, y terminan por abandonar. Otro problema estriba en que los cuidadores que asisten a los grupos pueden tener intereses muy diferentes.

En cuanto a su efecto sobre el malestar emocional del cuidador, no parece que consigan una reducción significativa de éste, ni tampoco consiguen posponer la institucionalización del mayor al que se cuida (Sörensen et al., 2002). De hecho, el compartir emociones negativas puede tener efectos negativos sobre uno mismo o sobre los otros cuidadores.

2.4. Intervenciones psicoterapéuticas y *counseling*

Son intervenciones que implican una relación terapéutica entre el cuidador y un profesional de la salud mental. El terapeuta habitualmente ayuda al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas, se les ayuda a desarrollar habilidades y estrategias para afrontar los múltiples problemas con que se encuentran, a organizar el tiempo, a llevar a cabo, en la medida de lo posible, actividades gratificantes,...

2.4.1. Objetivos y modo de actuación

El objetivo fundamental de estas intervenciones es conseguir la mejor adaptación posible del cuidador a su situación, dotándole para ello de estrategias para manejar adecuadamente la problemática a la que enfrentan. Se pretende conseguir con ello una mejoría de los síntomas, un mejor estado emocional y un menor sufrimiento personal, a través de la modificación de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas.

Aunque sus formatos son múltiples y variados, predominan programas multicomponentes de orientación cognitivo-conductual, que incluyen entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas e incremento de actividades gratificantes, a los que pueden añadirse otros elementos (por ejemplo, entrenamiento en autoinstrucciones, en asertividad,...). Para su aplicación se utilizan diversas técnicas (discusión en grupo, *role-playing*, lecturas, materiales audiovisuales,...). Su formato puede ser individual o grupal, si bien es más frecuente esta última, y con un formato breve (entre 8 y 10 semanas habitualmente), en un intento de adaptarse a la escasa disponibilidad de tiempo de los cuidadores. Esto ha hecho que también se hayan desarrollado algunas aplicaciones a distancia, recurriendo para ello fundamentalmente al contacto telefónico.

2.4.2. Resultados

Las intervenciones psicoterapéuticas son las que consiguen mejores efectos en la reducción de la sintomatología y la mejora del estado emocional de los cuidadores.

Los datos indican que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es escaso, resultan largas, o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Asimismo, los datos parecen indicar que las intervenciones individuales tienen un mayor impacto que las grupales, siendo las intervenciones telefónicas las que obtienen peores resultados. Por otra parte, parece bien asumido que la intervención debe ser llevada a cabo por personal bien formado, que pueda ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de sus problemas emocionales. Por lo que respecta a la aplicación de la intervención en el domicilio (que se plantea como alternativa para personas a las que los desplazamientos suponen una importante dificultad), los resultados no suelen ser positivos y sorprendentemente las tasas de abandono del tratamiento son en ocasiones mayores que cuando la intervención se realiza en un centro de referencia, lo que podría relacionarse con las habituales interrupciones, o quizás con el hecho de que de esta manera no se le proporciona al cuidador un tiempo de respiro, ni en su caso, la posibilidad de encontrarse con otros cuidadores que le sirvan de apoyo.

En cualquier caso, los efectos conseguidos en la mejora del malestar emocional son moderados (Sörensen et al., 2002). No obstante, dado que cuidar es un estresor crónico cuya presencia se mantiene durante y después de la intervención, no es de extrañar que sea difícil modificar el malestar. Quizás los tratamientos con cuidadores consiguen un buen resultado manteniendo los niveles de malestar previos. Puede que ya sea un logro conseguir que su malestar emocional no aumente. Y tal vez por ello los cuidadores se suelen mostrar satisfechos y agradecidos con las intervenciones recibidas.

2.5. Una propuesta de intervención para nuestro contexto sociocultural

En nuestro país, son muy escasas las intervenciones proporcionadas a los cuidadores de mayores dependientes y menos aun los estudios controlados de estas intervenciones. Las que se utilizan con más frecuencia son los grupos de ayuda mutua y los programas educativos. Asimismo, la mayoría de las intervenciones en nuestro contexto tienen un formato de aplicación grupal. De hecho el movimiento asociacionista (Fundación Alzheimer-España, CEAFA, etc.) ha conseguido no solo sensibilizar a la opinión pública sobre la problemática de sus familiares, sino también ofrecer a los familiares interesados información sobre la enfermedad y grupos de referencia donde expresar su problemática. En mucha menor medida ofrecen intervenciones psicoterapéuticas individuales, pese a ser una alternativa eficaz en la reducción del estrés de los cuidadores y en la mejora de su estado de ánimo.

La psicoterapia puede proporcionar varios recursos para manejar lo más adecuadamente posible el estrés asociado a las situaciones de cuidado e impedir así, en la medida de lo posible, sus efectos nocivos. También ofrece recursos para amortiguar el empeoramiento del estado de ánimo de los cuidadores.

Se puede por tanto ayudar a los cuidadores afrontar mejor su situación para que esto les ayude a sentirse mejor. Conviene entonces:

- 1) Ayudarles a entender que sus pensamientos sobre lo que significa ser cuidador (y sobre su familiar), afectan fuertemente a cómo se sienten;
- 2) Ayudarles a entender que lo que ellos hacen afecta fuertemente a cómo se sienten; y
- 3) Ayudarles a aprender una variedad de habilidades y métodos específicos para cambiar pensamientos y comportamientos poco adaptativos.

De acuerdo con los resultados de los trabajos previos sobre los factores asociados al malestar de los cuidadores (Crespo et al., 2005), parece altamente aconsejable facilitar a los cuidadores el aprendizaje de técnicas concretas que les

ayuden a manejar los problemas emocionales que conlleva el papel de cuidador (López, 2005; Losada, 2005):

a) Entrenamiento en control respiración. Tiene como objetivo enseñar a controlar los niveles de activación fisiológica en situaciones de estrés. Enseñar a practicar la respiración abdominal con un ritmo adecuado de inspiración-espriación proporciona una respuesta antagónica al estrés ya que provoca un estado de hipoactivación (disminución de ritmo cardíaco, de la expulsión de CO₂...) y una sensación subjetiva de relajación y bienestar. Tiene la ventaja de que es fácil de enseñar y sencilla de practicar en cualquier situación. Supone una excelente alternativa a llevar a cabo desde el inicio de los tratamientos.

b) Incremento de actividades gratificantes. Tiene como objetivo incrementar el tiempo que el cuidador tiene para sí mismo, y aumentar su vida social ya que está comprobado que una manera de mejorar el estado de ánimo es realizar actividades agradables. Se trata de identificar actividades agradables (cada cuidador tiene las suyas propias) y hacer un listado detallado de aquellas que se pueden incrementar, señalando cuando se llevarán a cabo. Las actividades agradables no son solo actividades extraordinarias, como ir de vacaciones a un lugar lejano o ir al teatro de la ópera de París. En realidad, probablemente, uno puede realizar pequeñas actividades agradables cada día y no darse cuenta, como leer el periódico, hacer punto, hablar con un amigo(a) por teléfono o tomar una taza de café por la mañana tranquilamente sentado en lugar de de pie y rápidamente.

c) Entrenamiento en comunicación asertiva. Tiene como objetivo mejorar la competencia del cuidador en la interacción con los demás, siendo especialmente importante saber pedir ayuda cuando se necesita, y aprender a aceptar los apoyos que los demás les pueden ofrecer. Se trata de percibir y responder de forma adecuada a los demás, evitando ser pasivo o agresivo, respetando el espacio personal de la otra persona, sin renunciar por ello a mostrar nuestro propio punto de vista.

d) Entrenamiento en Solución de problemas. Tiene como objetivo fomentar un análisis objetivo del problema que conduzca a la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas a cada situación. Se trata de evitar que los cuidadores se queden “paralizados” ante las situaciones para las que no se encuentra una respuesta eficaz. Se les propone seguir cuatro etapas ante los problemas: 1. definir el problema lo más objetivamente posible; 2. identificar o generar el mayor número posible de alternativas para solucionar la situación-problema; 3. toma de decisiones, es decir, evaluar todas las alternativas, compararlas, juzgar las disponibles y seleccionar la mejor; 4. puesta en práctica y verificación de la solución, es decir, se ha de programar y planificar cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo la solución, estableciendo además un período de tiempo durante el cual se pondrá en práctica. Pasado este tiempo se vuelve a evaluar hasta qué punto la medida ha sido eficaz.

e) Control de los pensamientos. Tienen como objetivo fomentar un análisis objetivo de los acontecimientos y sentimientos que se generan. Dar vueltas constantemente a las cosas, tener pensamientos extremos y negativos, pensar que uno tiene la culpa de todo lo sucedido, sacar conclusiones a partir de unos pocos datos... no ayuda a encontrarse bien, ni tampoco a encontrar una buena solución a los problemas. Conviene por tanto darse cuenta de la importancia de lo que pensamos ya que no siempre somos conscientes de ello, es necesario aprender a identificar nuestros pensamientos y cambiar aquellos pensamientos en los que se percibe la realidad de una manera inadecuada, poco realista, por otros pensamientos más ajustados a la realidad, más racionales, más adaptativos.

f) Entrenamiento en mejora de la autoestima. Se trata de mejorar el auto-concepto. Unos pensamientos importantes son los que tenemos sobre nosotros mismos. Nadie puede dejar de pensar en sí mismo y de evaluarse. Todos desarrollamos una autoestima, suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja, aunque no nos demos cuenta. Importa, por tanto, desarrollarla de la manera más positiva y realista posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales (para aprender a utilizarlos adecuadamente) así como nuestras deficiencias (para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades).

Todas estas estrategias terapéuticas conviene que se apliquen en un formato que no suponga un estresor añadido a los muchos que ya tienen los cuidadores. Por ello conviene que las intervenciones sean breves, traten de personalizar cada uno de estos recursos, sean flexibles en los horarios, eviten en la medida de lo posible los grandes desplazamientos, etc. Y no se debe olvidar que junto con los distintos recursos psicoterapéuticos enumerados resulta vital escuchar cuidadosamente los problemas de los cuidadores, mostrarse cercano y cordial. Los cuidadores no siempre tienen a quien confiar sus preocupaciones y el encuentro psicoterapéutico puede ser una buena ocasión para hacerlo.

Conclusiones

Los cuidadores se encuentran generalmente sobrecargados por los acontecimientos cotidianos y en muchas ocasiones muestran signos de padecer una importante problemática emocional (especialmente ansiedad y depresión). Han sido varios los tipos de intervención que han tratado de manejar estas dificultades, con diferente éxito. Los programas psicoterapéuticos, pese a su moderado impacto, parecen ser hoy por hoy la mejor alternativa en orden a disminuir la ansiedad de los cuidadores y mejorar su estado de ánimo. Intervenciones metodológicamente rigurosas, adaptadas a las necesidades de los cuidadores, breves y con un formato preferentemente individual, en las que los terapeutas además de escuchar con atención, paciencia y comprensión, proporcionan estrategias eficaces y efectivas para el manejo de las situaciones problemáticas contribuyen a mejorar la abundante problemática emocional de los cuidadores que lo puedan necesitar.

Lecturas recomendadas

IMSERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

Estudio de ámbito nacional en el que se describen las características de los cuidadores informales y de los empleados de hogar que atienden a personas mayores de 65 años. Según los datos aportados por este estudio en el 5,1% (725.870 hogares) de los hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas. Estimándose que el número total de cuidadores informales que atienden a estos mayores es de casi un millón de personas, siendo mayoritariamente mujeres, de mediana edad, casadas y amas de casa.

Montorio, I. y Losada, A. (2005). Provisión de cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 491-515). Madrid: Pearson-Prentice Hall.

Uno de los equipos de investigación más productivos de nuestro país en el conocimiento de los cuidadores informales presenta sus ideas sobre la situación de estos cuidadores y cómo atenderles en orden a fomentar la independencia de los mayores a los que cuidan. Dentro de los modelos de estrés del cuidador se hace hincapié en la influencia de los pensamientos de los cuidadores ya que contribuyen a la aparición o no de consecuencias negativas para ellos mismos.

Schulz, R. (Ed.) (2000). *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers*. Nueva York: Springer.

El autor junto con un selecto grupo de colaboradores describe cuál es el estado actual de la investigación sobre el impacto físico y psicológico que tiene el cuidado de un enfermo con demencia dentro del hogar, así como de las intervenciones dirigidas a tratar de amortiguar estos efectos. Se revisan las

intervenciones teniendo en cuenta no solo los aspectos más prácticos de su diseño y puesta en marcha, sino también la atención que deben tener los programas a las diferencias culturales de los distintos grupos de cuidadores, los aspectos de evaluación de las intervenciones, la relación de estos con las políticas asistenciales y se sugieren una serie de directrices futuras en este campo de investigación.

Sörensen, S., Pinquart, M., y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.

Meta-análisis de 78 intervenciones con cuidadores de personas mayores (con dolencias físicas o con demencia). Se analizan las modificaciones producidas en seis variables (carga, depresión, bienestar, satisfacción, conocimientos, y sintomatología del anciano) por distintos tipos de intervenciones. Las intervenciones en su conjunto producen una mejoría de modesta en los cuidadores, siendo las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas las que obtienen unos mejores resultados. Las intervenciones grupales, las más breves y las realizadas con cuidadores de ancianos con demencia, o con esposos de los enfermos son menos efectivas que las individuales, más largas o realizadas con otro tipo de cuidadores. Se recomiendan entre 7 y 9 sesiones.

Referencias bibliográficas

Cox, C. (1997). Findings from a statewide program of respite care: A comparison of service users, stoppers, and nonusers. *Gerontologist*, 37, 511-517.

Crespo, M. y López, J. (2004). Los costes de cuidar: Análisis del estado emocional de cuidadores informales de mayores dependientes. *JANO*, 1511, 78-79.

Crespo, M., López, J., Gómez, M. M., y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado? *JANO*, 65, 516-517.

Crespo, M., López, J., y Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591-592.

Gallagher, D. E. (1985). Intervention strategies to assist caregivers of frail elders: Current research status and future directions. En M. P. Lawton y G. Maddox (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 5, pp. 249-282). Nueva York: Springer.

IMSERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

Kiecolt-Glaser, J. K. y Marucha, P. T. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, 1194-1196.

López, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Losada, A. (2005). *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Montorio, I. y Losada, A. (2005). Provisión de cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 491-515). Madrid: Pearson-Prentice Hall.

Ory, M. G., Yee, J. L., Tennstedt, S. L., y Schulz, R. (2000). The extend and impact of dementia care: unique challenges experienced by family caregivers. En R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 1-32). Nueva York: Springer.

Schulz, R. (Ed.) (2000). *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers*. Nueva York: Springer.

Sörensen, S., Pinquart, M., y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.

White, M.H. y Dorman, S.M. (2000). Online support for caregivers. Analysis of an Internet Alzheimer mailgroup. *Computers in Nursing*, 18, 168-76