

CUIDAR AL CUIDADOR: LA AYUDA PSICOTERAPÉUTICA A CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES MEDIANTE DINÁMICA DE GRUPOS

GUILLERMO GIL ESCUDERO ¹
MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA ²
LORETO CID EGEA ³

RESUMEN: La dedicación, la compasión y el coraje, de los cuidadores principales de los mayores dependientes permiten que los mayores puedan permanecer en su entorno familiar. No obstante, en muchos casos, esta permanencia en el hogar se consigue gracias a un gran esfuerzo personal, un importante debilitamiento físico y un notorio desgaste psicológico del cuidador principal, ya que, en muchas ocasiones, la labor de los cuidadores principales constituye una tarea diaria y continua que requiere una dedicación exclusiva. Por ello, gran parte de los cuidadores de personas mayores dependientes sufren una significativa sobrecarga, física, psicológica y emocional. La dinámica de grupos para cuidadores de mayores intenta contribuir a reparar los daños psicológicos producidos por los agentes estresantes de su vida como cuidadores y trata de restablecer una mejor adaptación a su situación generando un entorno favorecedor del desahogo psicológico y emocional y creando un ambiente de seguridad y confianza que facilita el análisis y la toma de conciencia de la situación que viven los cuidadores y de sus respuestas frente a tal situación.

PALABRAS CLAVE: Mayores dependientes, Sobrecarga psicológica, Dinámica de grupos.

Taking care of the care-taker: Psychotherapeutic help for care-takers of elderly dependent patients through group dynamics

ABSTRACT: Main family carers dedication, commitment, compassion and courage, allow elders dependents to remain in its family environment. Nevertheless, in many cases, the continuance at home is reached at the expense of a significant physical weakening and a notorious psychological debilitation of the main carer. In many occasions, the main carer task is a daily and continuous job that requires full time dedication. As a consequence, many carers of elder family members suffer an

¹ Doctor en Psicología. Psicoterapeuta individual y de grupo.

² Profesora Titular UNED. Psicoterapeuta individual y de grupo.

³ Psicóloga. Psicoterapeuta individual y de grupo. Psicoterapeuta infanto-juvenil.

important physical and psychological overload. Group dynamics for carers of older people tries to repair the psychological damage caused by the stress producing factors of its life as carers and to re-establish a better adaptation to the caring situation. To achieve this, the group dynamics generates a facilitating environment for the psychological and emotional ventilation and relief. Also, the group creates a safe and trusting environment that facilitates analysis and awareness of carers situation and responses to the task and load of caring.

KEY WORDS: Dependent elders, Psychological stress, Group dynamics.

INTRODUCCIÓN. UNA CÁLIDA MIRADA

Corría el año 94. Era invierno. En el devenir del trabajo cotidiano —ese que todos hacemos con cierta monotonía aunque con interés— algo llamó mi atención: las personas mayores del distrito de Chamberí de Madrid que se dedicaban a cuidar a otras personas mayores. Descubrí que muchas llevaban años haciendo esa labor, que nunca habían pedido nada a nadie y, si lo habían hecho, el resultado obtenido eran pequeño; que para la mayoría esta tarea de cuidar a otros (padre, madre, tía, hermana...) constituía la principal ocupación de su vida, a la que dedicaban todas sus energías; que algunas de estas personas habían expresado su necesidad de ayuda.

Algo me hizo sentir que su petición era un auténtico grito, aunque no gritaran. Y nos pusimos manos a la obra. Descubrimos que cada una de aquellas situaciones encerraban años y años de entrega, de sacrificio, de amor, de desesperación, de gozo. Que no había dos casos iguales, pero que a todos les igualaba la necesidad de echarles una mano. Vimos la enorme carga psicológica que soportaban, en soledad, abrumadora y en silencio.

Pusimos en marcha un grupo de ayuda, donde ventilar temores, sentimientos corrosivos y angustias. Les dimos un espacio donde permitirse compartir, fantasear y hablar de lo que les preocupaba. Así nació el *Grupo Cuidar al Cuidador*.

Diez años después, en 2004, volví a tener en mi mano la oportunidad de ayudar a estos cuidadores principales y solitarios. Esta vez la pretensión era de mayor alcance. Debíamos ser capaces de ayudar a muchos más mayores en más puntos de la ciudad y con profesionales competentes, que fueran capaces de entender la misión que se les encomendaba. La tarea era sencilla y compleja a la vez: *aliviar la carga*. Una carga llena de pequeñas prohibiciones y obligaciones, de pequeñas frustraciones, de pequeñas y grandes renunciadas..., y sobre todo una carga de soledad, aislamiento y ambivalencia.

Elegimos a un grupo de personas, de grandes profesionales, liderados por *José Antonio García-Monge*. Acertamos. José Antonio entendió que lo

que le pedíamos tenía que ver con esa mirada cálida y profunda que los seres humanos somos capaces de transmitir movidos por la disposición de escucha. Que se trataba de comprender a estos cuidadores, a punto de agotarse, que su tarea era insustituible, valiosísima y oportuna. Comprendió que la ayuda que le podemos dar a alguien que cree que lo hace mal, que no sabe, es infundirle la certeza de que las grandes obras y el verdadero heroísmo son fruto de hombres y mujeres que caminaron a oscuras y que se equivocaron muchas veces. José Antonio supo ver que aliviar al sobrecargado requiere comprender que toda persona tiene capacidad de ayudarse a sí misma.

Durante este tiempo que he sabido de José Antonio y del equipo que dirige he tenido la tranquilidad y la certeza de que las personas mayores que se ocupan de otros mayores están en buenas manos. En las de unos profesionales preparados y entregados a la tarea. En las de unos psicólogos que después de muchos años de preparación teórica y práctica son capaces de acompañar al cuidador angustiado, de cuidarle, de inspirarle la confianza necesaria para seguir cuidando a su mayor dependiente.

Creo, sinceramente, que José Antonio tiene mucho que ver con la forma de trabajar de su gente. Ha sabido transmitir un magisterio, no solo unos conocimientos, que va más allá de la simple formación académica. Saber escuchar, empatizar, comprender, curar, cuidar..., son formas de mirar al otro con calidez y confianza. José Antonio lo hace, estoy seguro, como forma natural de ser. Por eso ha formado escuela.

Mi agradecimiento a José Antonio por haber tenido la oportunidad de conocerle, de conversar con él y de llevar adelante un proyecto tan ilusionante y necesario como este que estamos desplegando en la actualidad dedicado a *Cuidar al Cuidador*.

José Antonio, gran cuidador, también se merece que le cuidemos, que le cuidéis.

Florencio Martín Tejedor
Director General de Mayores.
Ayuntamiento de Madrid

I. LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Un número significativo de personas mayores vive en situación de dependencia ya que, bien a causa de enfermedades o bien al deterioro propio debido a la edad, necesitan que otras personas se hagan cargo de su cuidado. Estas personas dependientes están incapacitadas o muy limitadas para llevar a cabo por sí mismas todas las tareas necesarias para su propio cuidado y para su propia supervivencia.

El grado de dependencia que presentan estas personas mayores varía considerablemente de unos casos a otros. Esta dependencia puede estar limitada a la necesidad de ayuda en un área concreta de la actividad de la persona mayor (por ejemplo, la necesidad de ayuda para la movilidad personal, sin que el mayor presente ningún otro deterioro físico o cognitivo) o bien puede requerir una ayuda que abarque todas las áreas de actividad de la persona cuando la persona mayor dependiente ya no es capaz de atender por sí misma las necesidades básicas de autocuidado (por ejemplo, en los casos de personas mayores con Alzheimer, demencias seniles o enfermedades físicas inhabilitantes en sus estados más avanzados de deterioro).

Cuando el cuidado de las personas mayores es asumido por los familiares más cercanos o por otras personas que, aún no siendo familiares directos, mantienen un vínculo próximo con el mayor dependiente, es habitual que sea una persona concreta la que se hace cargo en mayor medida del mayor dependiente.

Se denomina «cuidador principal» a la persona que asume —o sobre la que recae— en mayor medida, cuando no de forma exclusiva, la atención y el cuidado del mayor dependiente, dado que también en muchas ocasiones tal cuidado es compartido con otros familiares o bien se reciben ayudas de diversas instituciones para el cuidado de la persona mayor dependiente.

Aunque entre los cuidadores principales de mayores dependientes se encuentran personas de muy diferentes edades —jóvenes, adultos y mayores— y el tipo de relación con la persona cuidada abarca todas las posibilidades de mayor o menor cercanía en el parentesco —esposos, hijos, hermanos, nueras, yernos, cuñados, sobrinos, etc.— los cuidadores principales de un mayor dependiente más habituales suelen ser mujeres, —normalmente hijas o esposas de la persona cuidada—, que ya han sobrepasado los cincuenta años. Es también habitual, aunque menos frecuente, que los cuidadores sean esposos que cuidan de sus esposas. Con menos frecuencia se produce, a pesar de la existencia de bastantes casos, la situación en la que hijos varones cuidan de forma exclusiva a sus progenitores.

La dedicación, la compasión y el coraje, de los cuidadores principales de mayores dependientes permiten que los mayores puedan permanecer en su entorno familiar al que están habituados y en el que, normalmente, reciben una atención afectiva y emocional de una calidad que suele ser más difícil lograr en contextos institucionales. No obstante, en la mayor parte de los casos, esta permanencia en el hogar se consigue gracias a un gran esfuerzo personal, un importante debilitamiento físico y un notorio desgaste psicológico del cuidador principal.

En muchas ocasiones, la labor de los cuidadores principales es una tarea diaria y continua que requiere una dedicación exclusiva que, a menudo, se

desarrolla a lo largo de periodos de tiempo muy largos llegando a ocupar varias décadas de la vida de los cuidadores.

En ocasiones, la atención y el cuidado de las personas mayores dependientes no producen una sobrecarga excesiva, ni física ni psicológica, debido a las características personales —tanto de la persona cuidada como del cuidador principal—, a la situación y estructura familiar, y a las circunstancias socioeconómicas de la familia en la que se encuentra inmersa la persona cuidada.

No obstante, gran parte de los cuidadores de personas mayores dependientes sufren una significativa sobrecarga, física, psicológica y emocional, especialmente cuando no cuentan con los apoyos —familiares, económicos o institucionales— que les permitan desarrollar la labor de cuidado en unas condiciones favorables. Esta situación de sobrecarga se produce en mayor medida en las familias y personas de los estratos socioeconómicos menos favorecidos. El 83% de los cuidadores no reciben ayudas (Sancho, 2005) y, aunque los cuidadores dedican aproximadamente entre ocho y doce horas diarias al cuidado de su mayor dependiente, cada cuidador que recibe ayuda de las administraciones sólo recibe una ayuda de catorce horas y media al año (Rodríguez Ponce, 2005).

En este trabajo se describe un enfoque de atención psicológica a los cuidadores principales de personas mayores dependientes que sufren de sobrecarga. Esta atención psicológica tiene por objetivo ayudar a los cuidadores principales a afrontar su tarea de cuidado en unas mejores condiciones psicológicas, lo que requiere —como una primera condición esencial del cuidado de otras personas— que los cuidadores se presten atención a sí mismos y atiendan a sus propias necesidades como personas.

Este enfoque terapéutico se fundamenta en la utilización de la dinámica de grupos como una herramienta útil y especialmente apropiada para la atención psicológica a los cuidadores de mayores dependientes debido a sus especiales características, circunstancias y a la problemática que, en general, presentan.

LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES

La combinación de diversos factores, características y circunstancias, por un lado, condiciona el grado de sobrecarga física y psicológica que afecta al cuidador principal en cada caso concreto y, por otro lado, produce una enorme diversidad de situaciones que hacen que cada caso particular se configure como una situación única que requiere un tratamiento personalizado tanto desde el punto de vista del trabajo social dirigido al mayor dependien-

te y a la persona que le cuida como de la ayuda psicológica adecuada a cada cuidador.

Estos factores de los que va a depender en gran medida el grado de sobrecarga del cuidador tienen que ver con las características y situación de la persona mayor dependiente, de la familia, y del propio cuidador; con la calidad de la relación afectiva entre la persona cuidada y el cuidador; con el apoyo externo que se recibe y con la duración temporal del cuidado del mayor dependiente.

La influencia en la sobrecarga de las características de la persona mayor dependiente

La consciencia de la persona mayor dependiente de su propia dependencia es un elemento importante que condiciona su vivencia de dolor psicológico tanto por su deterioro personal como por la perturbación vital que causa a los familiares y, especialmente, al cuidador principal. El modo en que se elabore personalmente esta vivencia de dolor y se desarrolle la capacidad para asumirlo determina la capacidad para aceptar las limitaciones de la dependencia. A su vez, esta capacidad para aceptar las limitaciones de su dependencia condiciona en alto grado el estado de ánimo de la persona mayor dependiente y su autoestima. Este estado de ánimo del mayor indudablemente repercute sobre el estado de ánimo y la autoestima de la persona que le cuida. El hecho de que el estado de ánimo de la persona cuidada sea habitualmente de tristeza, abatimiento, desconsuelo, desesperación y desolación o sea habitualmente de serenidad, paz, tranquilidad y optimismo, y de que las conductas que se derivan de este estado de ánimo sean de enojo, enfado, irritación, rabia, enfurecimiento, violencia y brusquedad o sean conductas que reflejan sosiego, paciencia, conformidad y calma, repercute directamente sobre el estado de ánimo del cuidador.

En su conjunto, la actitud integral del mayor dependiente hacia la situación de dependencia que vive y su modo de reacción frente a ella, con actitudes y conductas positivas o negativas, contribuye de modo decisivo a la creación de un clima emocional global en la convivencia que en gran medida contagia al cuidador y que, en consecuencia, puede favorecer o disminuir la sobrecarga derivada de las tareas de cuidado. En aquellos casos en los que el cuidador tiende a identificarse con el familiar cuidado en un grado excesivo el grado de contagio del clima emocional puede ser muy exagerado llegando el cuidador a vivir por identificación los mismos estados de ánimo que vivencia el mayor cuidado.

Por otro lado, la capacidad de la persona cuidada para ser consciente de las consecuencias de sus actitudes y conductas sobre el cuidador, derivadas de la enfermedad o del deterioro, influye también en el modo en que el

mayor dependiente regula la demanda de ayuda que solicita, en el modo y talante con el que colabora en las tareas de cuidado —hasta el punto en el que le es posible—, y en las muestras de gratitud por la ayuda que expresa al cuidador —cuando su estado mental y físico le permite expresar tal agradecimiento—.

La demanda de ayuda por parte de la persona cuidada puede ser adecuada a sus necesidades reales o ser excesiva e inapropiada. En algunos casos los mayores dependientes desarrollan una extremada dependencia psicológica del cuidador que resulta claramente disfuncional. En ocasiones esta demanda exagerada, en vez de responder a unas necesidades reales, responde a una excesiva necesidad de contacto personal —que muchas veces tiene su origen en un temor inconsciente al abandono— o a la descarga de la agresividad derivada de los sentimientos negativos y de frustración que tienen su origen en la situación de dependencia.

La demanda adecuada de ayuda, la actitud de colaboración en las tareas de cuidado y las muestras de agradecimiento hacia el cuidador, son elementos que contribuyen decisivamente a disminuir la sensación de sobrecarga psicológica del cuidador.

Las características peculiares de la enfermedad o incapacidad de la persona cuidada constituyen asimismo un factor muy relevante en cuanto al grado de sobrecarga que puede sufrir el cuidador (Izal, 2002). En primer lugar, el grado de comunicación entre la persona cuidada y el cuidador que permite la enfermedad o el deterioro influye decisivamente sobre el estado psicológico del cuidador. En las enfermedades degenerativas en las que el deterioro es progresivo la comunicación bidireccional entre cuidado y cuidador se va haciendo cada vez más escasa hasta que solamente son posibles los intentos de comunicación unidireccionales, del cuidador al cuidado. Lo habitual es que se pierda en primer lugar la comunicación cognitiva, perdiéndose en las fases más tardías del proceso de deterioro también la comunicación emocional. En aquellos casos en que la comunicación, cognitiva y emocional, entre cuidado y cuidador ya no es posible los cuidadores se encuentran en una situación que les produce profundos sentimientos de soledad y de desconcierto al no ser posible recibir ninguna indicación de la persona cuidada ni sobre sus necesidades ni sobre la adecuación del cuidado que recibe, además de no ser viable ninguna muestra de gratitud o reconocimiento por parte de la persona cuidada.

Por otro lado, las características de la enfermedad o el deterioro determinan en gran medida el tipo y el grado en que se producen conductas que generan sobrecarga física o psicológica en el cuidador. Estas conductas inapropiadas o disruptivas, que en muchas ocasiones son incómodas para el cuidador, producen un aumento de la sobrecarga física y psicológica. La incontinencia es una conducta que genera un incremento notorio de las ac-

tividades de aseo y de movilidad que producen habitualmente sobrecarga física. El insomnio resulta una conducta muy perturbadora para el estado físico del cuidador ya que no le permite tener los periodos de sueño necesarios para un descanso adecuado. La deambulación del mayor dependiente obliga al cuidador a estar atento de modo continuo a los movimientos y conductas potencialmente peligrosas del cuidado. Asimismo, las conductas repetitivas inadecuadas, la agitación, las alucinaciones y las ideas delirantes, producen un efecto devastador sobre la fortaleza psicológica del cuidador al poner de manifiesto la pérdida de las capacidades cognitivas de la persona cuidada y su progresiva desconexión con la realidad, que incluye la desconexión con la persona del cuidador. La agresividad que aparece de modo sistemático en algunas enfermedades y situaciones de deterioro es probablemente una de las conductas que más sobrecarga psicológica genera en los cuidadores debido al malestar emocional que les provoca al conllevar implícitamente, y a veces explícitamente, un mensaje de desconsideración de su dedicación al cuidado y de falta de agradecimiento por el mismo.

En su conjunto, las conductas inapropiadas por parte de persona cuidada sitúan al cuidador en un estado de atención y alerta permanente, estado que provoca una situación de estrés físico y psicológico constante que tiene fuertes repercusiones sobre el estado de su salud al hacer disminuir sus defensas frente a la enfermedad e incrementar de modo acorde su vulnerabilidad ante todo tipo de trastornos físicos.

El tipo y grado de dependencia del familiar cuidado puede variar considerablemente en función del mayor o menor deterioro de su salud, tanto física como mental, por lo que la necesidad de atenciones y cuidados puede oscilar desde ayudas puntuales y generalmente sólo supervisadas por el familiar que lo cuida hasta la dependencia total para la realización de cualquiera de sus funciones vitales. Las tareas de los cuidadores se centran habitualmente en tres áreas: el aseo, la alimentación y la movilidad. Lógicamente, a mayor dependencia para las tareas de supervivencia se produce una mayor sobrecarga, siendo la sobrecarga física especialmente costosa en el área de la movilidad cuando el mayor dependiente ya no es capaz de desplazarse por sí mismo y el cuidador se ve obligado a mover al cuidado, a veces sin ninguna ayuda de otras personas.

La influencia de los factores familiares en la sobrecarga

Los factores relacionados con la familia que son fuente de una mayor sobrecarga para el cuidador tienen que ver generalmente con tres aspectos: la estructura familiar; el grado de apoyo que se recibe de otros miembros de la familia y la situación económica familiar.

La estructura familiar bipersonal, en la que en el mismo hogar conviven exclusivamente la persona cuidada y el cuidador, es habitual cuando la persona cuidada es un cónyuge que cuida de su marido o de su esposa. También es habitual en el caso de hijas solteras que han dedicado su vida al cuidado de los padres. Cuando la estructura familiar es bipersonal suelen aparecer fuertes sentimientos de soledad actual en el cuidador así como la previsión y consciencia de un futuro en soledad. Los sentimientos de soledad suelen estar acompañados de una gran sensación de inseguridad en cuanto a la supervivencia del propio cuidador en el futuro sin la persona cuidada y en cuanto a su estabilidad psicológica, ya que gran parte de su autodefinición personal y seguridad personal están basadas en el mantenimiento de la relación personal con la persona cuidada.

Cuando el cuidado del mayor dependiente se lleva a cabo en una situación de acogida familiar, en la que habitualmente las hijas o hijos cuidan de sus padres o madres en el contexto de la familia nuclear del cuidador, las repercusiones de la dedicación del cuidador principal al mayor dependiente sobre los demás miembros de la familia constituyen un factor que a veces acrecienta la sobrecarga psicológica. Los cambios que se producen en la convivencia cotidiana de la familia del cuidador afectan en mayor o menor medida a todos los miembros de la familia —esposo o esposa, hijos e hijas— y pueden ocasionar a menudo desavenencias familiares entre las que son frecuentes los reproches al cuidador por el abandono o desatención del resto de los miembros de la familia, así como las discrepancias sobre la conveniencia, o no conveniencia, de atender al mayor dependiente en el contexto familiar o en un contexto institucional.

La experiencia de cuidado puede ser vivida con mayor o menor sobrecarga dependiendo del apoyo y de las ayudas que se reciban por parte de los demás miembros de la familia ya que existe una alta correlación entre recibir o no recibir ayuda y compartir el cuidado con un mayor o menor sentimiento de sobrecarga.

En frecuentes ocasiones, los cuidadores se ven afectados, tanto en cuanto al reparto de la carga de las tareas de cuidado como en cuanto a su vivencia emocional de la atención al mayor, por la falta de disposición familiar a proporcionar apoyo y ayuda al cuidador principal. La carencia de ayudas familiares tiene su origen a veces en que el cuidador no tiene familia o ésta se encuentra a larga distancia. Otras veces, la familia expresa abiertamente su rechazo a hacerse cargo del familiar, insistiendo en la necesidad o conveniencia de su ingreso en una residencia para mayores o en un centro de día. Habitualmente en estos casos, los hermanos o hermanas del cuidador principal —cuando se trata de cuidadores de sus progenitores—, o bien los hijos e hijas —cuando se trata de cuidadores de sus esposos—, no participan del cuidado quedando esta labor exclusivamente a cargo del cuidador principal.

En ocasiones, la comunicación entre los miembros de la familia es difícil o inadecuada llegando a darse bastantes casos en los que las relaciones familiares están altamente deterioradas por lo que el cuidador no mantiene relación con los demás miembros de la familia o esta relación es conflictiva.

La situación económica familiar puede ser también un componente que genere mayor sobrecarga al cuidador cuando las tareas de cuidado suponen una carga económica excesiva para las posibilidades económicas de la familia y limitan en un alto grado la capacidad para costear ayudas externas que contribuyan a disminuir la carga de tareas del cuidador.

La influencia de las características del cuidador sobre su sobrecarga

Entre los factores que generan mayor o menor sobrecarga relacionados con el cuidador los más destacados son el grado de autonomía personal del cuidador, sus recursos psicológicos personales y su grado de dependencia de la relación de cuidado.

Normalmente, una mayor autonomía personal, tanto psicológica como económica, está asociada a un mejor manejo de la situación de cuidado, de modo que aquellas personas que disponen de una adecuada autonomía personal presentan una mayor capacidad para desarrollar recursos que les permitan adaptarse a los cambios que la exigen las circunstancias, permitiendo así que la situación no desborde o invada totalmente y anule al cuidador.

La autonomía psicológica del cuidador le permite a éste situarse en una posición personal adecuada en relación con la situación de cuidado y con la enfermedad o deterioro de su familiar. La autonomía psicológica se refiere tanto a la independencia de pensamiento, que proporciona al cuidador la capacidad para tener claridad en cuanto a sus valores vitales y sus prioridades —así como para poder cuestionarse las normas y juicios externos, lo que implica cierta independencia con respecto al superyó social y a las creencias y estereotipos sociales de conducta—, como a la independencia afectiva, que le permite expresar y valorar en su justa medida las emociones derivadas del deterioro de su familiar y de la situación de cuidado, así como mantener un vínculo emocional adecuado y cálido con la persona cuidada.

También resulta importante el grado de autonomía económica del cuidador, lo que muchas veces se encuentra relacionado con su situación laboral, dado que el trabajo fuera del hogar proporciona recursos económicos, a la vez que relaciones sociales adicionales a las familiares. El trabajo fuera del hogar que, en la mayoría de las ocasiones, genera una sobrecarga mayor al tener que compatibilizar el cuidado del mayor dependiente con la vida laboral, por otro lado, proporciona al cuidador una seguridad económica de futuro y la posibilidad de ejercer otros roles sociales adicionales a su rol como cuidador, lo que le protege de la enorme absorción personal que supo-

ne ejercer en su vida exclusivamente el rol de cuidador. Cuando los recursos económicos del cuidador dependen de la persona cuidada suele incrementarse la angustia del cuidador en cuanto a su futura supervivencia una vez que concluya la situación de cuidado.

Por otro lado, los recursos psicológicos personales útiles para hacer frente a la situación de cuidado son de gran relevancia a la hora de sentir una mayor o menor sobrecarga por la tarea de cuidado. Los cuidadores que mantienen una elevada fortaleza psicológica y un grado apropiado de asertividad personal, que han desarrollado buenas estrategias de afrontamiento de las situaciones problemáticas derivadas del deterioro de la persona cuidada, y que utilizan modos adecuados de manejo de los conflictos, suelen sobrellevar la situación de cuidado con un nivel de menor sobrecarga psicológica.

En algunos casos, las circunstancias vitales en las que se ha desarrollado la trayectoria vital de los cuidadores han condicionado que su vida se dedique al cuidado de otras personas durante periodos de tiempo muy largos y, a veces, de varias personas a lo largo de ese tiempo. Muchas veces, estos cuidadores han renunciado a su propia vida —de una manera más o menos consciente—, lo que en muchos casos ha supuesto la renuncia a la creación de una familia propia, al desarrollo de una vida laboral fuera del hogar y al desarrollo de relaciones sociales y de ámbitos de actividad personal. Estos cuidadores tienen una gran tendencia a desarrollar una dependencia de la relación de cuidado en cuanto que el cuidado de otras personas se ha convertido en su sentido vital exclusivo y su autodefinición personal depende en gran medida de su rol como cuidadores, muchas veces como resultado de la asunción de estereotipos sociales referidos al papel de las hijas solteras en relación con el cuidado de sus progenitores. De ese modo, su rol de cuidador y la valoración personal y social de su renuncia personal y de su sobrecarga, se llegan a convertir en su única fuente de autoestima y de reconocimiento personal y social, por lo que se establece una relación simbiótica entre el cuidador y la dedicación al cuidado de otros. Los cuidadores de estas características, que se podrían denominar como «cuidadores profesionales», tienen una tendencia muy marcada a ofrecer una gran resistencia a solicitar o a aceptar cualquier tipo de ayuda, ya que temen, más o menos conscientemente, que la recepción de ayuda exterior ponga en cuestión tanto su sentido vital y su valoración de sí mismos como la valoración y reconocimiento social que reciben. Las hijas solteras dedicadas al cuidado de padres o madres durante un periodo de tiempo muy largo y las esposas no trabajadoras fuera del hogar que cuidan de sus esposos, son los cuidadores que tienen un mayor riesgo de desarrollar una dependencia inadecuada de la relación de cuidado.

*El efecto de la calidad de la relación afectiva
entre la persona cuidada y el cuidador*

La calidad de la relación afectiva actual y la que mantenían cuidador y cuidado antes de la situación de dependencia tiene una gran influencia sobre la sensación de sobrecarga del cuidador. Si la relación afectiva entre ambos es satisfactoria, lo que implica un cierto grado de comunicación entre ambos mediante la que se expresan apropiadamente afectos positivos y agradecimiento por parte de la persona cuidada, la sensación de sobrecarga suele ser significativamente menor que en aquellos casos en que la relación afectiva es insatisfactoria porque está, o ha estado marcada, por la indiferencia emocional, por las situaciones de dependencia, por los sentimientos de culpa, por el chantaje emocional, por la sumisión o por el enfrentamiento y la agresividad. La aparición y predominio en el cuidador de sentimientos ambivalentes hacia la persona a su cargo dependen en gran medida de la calidad de su relación afectiva.

*El efecto de la duración temporal del cuidado
del mayor dependiente sobre la sobrecarga*

Otro factor de gran relevancia en la generación de la sobrecarga del cuidador es el tiempo transcurrido desde que el cuidador se ha hecho cargo del cuidado del mayor dependiente. Las enfermedades degenerativas suelen provocar situaciones de cuidado del mayor dependiente de lenta aparición y larga duración en las que el aumento de la dependencia del familiar cuidado va en aumento a medida que se prolonga la situación en el tiempo y se agrava la condición física o mental del mayor dependiente. En muchos casos en los que la dependencia tiene su origen enfermedades no degenerativas la dependencia sobreviene de forma súbita y es totalmente inesperada por las familias. No obstante, la duración de las tareas de cuidado puede ser muy larga tanto en unos casos como en otros. La acumulación de años de cuidado, durante los cuales el cuidador tiende a desatender el propio cuidado, y la perspectiva de un extenso tiempo de cuidado en el futuro son factores que promueven unas más altas tasas de sobrecarga.

Cuando el cuidado del mayor dependiente se prolonga a lo largo del tiempo durante un número considerable de años aumenta, por un lado, la sobrecarga física del cuidador como consecuencia del mayor deterioro y dependencia del mayor, así como por la acumulación del cansancio y desgaste en el cuidador; y por otro lado, se incrementa su sobrecarga psicológica al tener la situación de cuidado una mayor incidencia en el transcurso de la historia vital del cuidador.

La influencia de la ayuda externa sobre la sobrecarga

La experiencia de cuidado puede vivirse con mayor o menor sobrecarga dependiendo del grado de apoyo externo y de las ayudas externas que se reciban por parte de otras personas que no son familiares —habitualmente amigos, vecinos o voluntarios— y por parte de diversas entidades sociales, tales como los ayuntamientos o los gobiernos regionales o locales, además de las asociaciones de familiares con enfermedades que provocan dependencia. Los servicios de ayuda a domicilio, que pueden incluir tanto atención personal como ayuda doméstica, la teleasistencia, las subvenciones para las adaptaciones geriátricas del hogar, la provisión de camas articuladas y otras ayudas técnicas, la posibilidad de acudir a los centros de día y los programas de respiro familiar, son elementos que contribuyen a facilitar las labores de cuidado con la consiguiente repercusión en la disminución de la sobrecarga del cuidador.

En bastantes casos la carencia de ayudas sociales tiene su origen en el desconocimiento por parte del cuidador y de su familia de los recursos sociales disponibles. En otros casos, el cuidador o el cuidado no cumplen los requisitos necesarios para recibir ayudas sociales dado que su nivel económico es mayor que el que es necesario establecer para lograr una distribución equitativa de las ayudas, a la vez que no es lo suficientemente elevado como para hacer frente a los gastos que requiere la contratación de recursos privados. También es frecuente la dificultad por parte de la persona cuidadora, o por parte de su entorno familiar, para aceptar las ayudas sociales que tiene a su alcance. Es habitual encontrar cuidadores que no se plantean hacer uso de los recursos sociales debido a que tienen fuertemente internalizada la creencia de que si comparten con otras personas el cuidado de su mayor dependiente, y en mayor grado si delegan el cuidado en su totalidad, están desatendiendo o abandonando a su familiar y, en consecuencia, no están cumpliendo adecuadamente con su responsabilidad moral como hijas o hijos, como esposos o como familiares del mayor, por lo que en estas situaciones aparecen frecuentemente notorios sentimientos de culpa en los cuidadores al plantearse la posibilidad de solicitar ayudas sociales.

LAS VIVENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES

El hecho de ser cuidador de una persona mayor en situación de dependencia pone a los cuidadores en una situación muy especial en la que han asumido hacerse cargo de un familiar mayor que se va deteriorando paulatinamente, y en la que experimentan determinadas vivencias psicológicas humanas, que aunque comunes a la mayoría de las personas en algún momento de sus vidas, en el caso de los cuidadores de mayores adquieren una

mayor relevancia y son vividas con una mayor intensidad. Además, el deterioro paulatino del mayor tiene habitualmente como consecuencia que el tiempo de cuidado y las necesidades a cubrir van a incrementarse a lo largo del transcurso del tiempo de forma irremediable. El mayor se va haciendo cada vez más dependiente siendo cada vez más numerosas las repercusiones que este deterioro tiene sobre la persona cuidadora.

El hacerse responsable de la supervivencia y bienestar de otras personas, la aceptación de nuevos roles vitales, el afrontamiento del dolor, la confrontación con la enfermedad, la convivencia con la expectativa de la muerte y el conflicto entre diferentes valores personales, entre otras muchas vivencias, son comunes entre los cuidadores de mayores dependientes. No obstante, estas vivencias, aunque comunes entre los cuidadores, se experimentan de muy diferentes modos en función de la relación de parentesco entre el cuidador y la persona cuidada. El hecho de que los cuidadores sean hijos o hijas que cuidan a su padre o madre, o sean cónyuges que cuidan de sus esposos o esposas, o sean familiares que cuidan a suegros, hermanos, etc., condiciona el tipo de vivencias psicológicas del cuidador y sus consecuencias, aunque su grado de sobrecarga física y psicológica puede ser equivalente independientemente de la relación de parentesco concreta entre cuidador y cuidado.

La asunción del rol de cuidador

Una característica común a los cuidadores consiste en que, en algún momento de su trayectoria vital, han asumido —bien voluntariamente o bien de modo forzado por las circunstancias— la responsabilidad de la supervivencia y bienestar de la persona a la que cuidan. La enorme responsabilidad humana que asumen los cuidadores al hacerse cargo, en gran medida, de muchos aspectos esenciales de la vida de otra persona conlleva como consecuencia la asunción de una gran tensión psicológica. Esta tensión inherente al cuidado se deriva de la necesidad de control de muchos aspectos de la vida del mayor dependiente, tanto relativos a su cuidado físico —fundamentalmente relacionados con su salud, con su alimentación y con sus necesidades físicas vitales— como relativos a su bienestar psicológico —lo que implica la provisión, entre otras muchas cosas, de seguridad, afecto, atención y compañía—. En ocasiones, el exceso del sentido de la responsabilidad de los cuidadores incrementa enormemente su tensión psicológica al intentar controlar los acontecimientos y los hechos de realidad más de lo que es humanamente y razonablemente posible.

Por otro lado, la situación de cuidado de un mayor dependiente requiere inevitablemente una reorganización de los roles desempeñados por el cuidador en su relación con la persona cuidada. Por ejemplo, cuando los esposos varones asumen el cuidado de su esposa dependiente se produce, en la ma-

por parte de los casos, un cambio de roles en la estructura familiar, ya que el esposo —que estaba acostumbrado a trabajar fuera de casa y a que las tareas domésticas y de atención a la familia fueran una responsabilidad de su esposa— tiene que hacerse cargo de todas éstas tareas familiares y del hogar, a las que se suma el cuidado de su esposa dependiente. En la gran mayoría de los casos, la adaptación a la nueva situación y la asunción del nuevo rol de cuidador suponen y exigen un gran esfuerzo psicológico en el cuidador.

Normalmente, en las situaciones en las que la dependencia se incrementa de modo gradual —bien por tratarse de enfermedades degenerativas o por el deterioro asociado a la edad— no se produce la asunción del rol de cuidador de modo repentino, sino más bien esta asunción del nuevo rol de cuidador se produce gradualmente de modo que los roles que se habían desempeñado con anterioridad en la relación entre el cuidador y la persona a la que cuida se van transformando a medida que el deterioro es mayor.

En muchos casos la situación de cuidado de un familiar mayor produce una inversión de los roles que se ejercían con anterioridad en la familia. Es decir, si antes de la situación de dependencia el padre o la madre cuidaban de sus hijas e hijos, en la nueva la situación de cuidado son los hijos los que cuidan de sus padres. Si antes los padres eran los responsables de sus hijos y, por consiguiente de tomar decisiones relativas a sus vidas, en la situación de cuidado es la hija o el hijo cuidador el que se encuentra con la exigencia de tomar decisiones importantes sobre la vida de su progenitor y con el imperativo de asumir la consiguiente responsabilidad. El cambio en los roles familiares suele provocar mucha confusión en los cuidadores sobre el lugar que deben ocupar en la nueva relación y sobre las funciones que tienen que desempeñar en la nueva situación.

Asimismo, la situación de cuidado de un mayor dependiente lleva asociada, en la práctica totalidad de los casos, la necesidad de realizar un gran número de nuevas tareas derivadas del cuidado del mayor que se añaden a las tareas ya realizaba el cuidador antes de asumir su rol de cuidador. Este exceso de tareas, además de la sobrecarga física y psicológica que implica, supone en la gran mayoría de los casos una reducción muy importante del tiempo personal del cuidador, es decir, de aquel tiempo que el cuidador dedica a su propio cuidado y a sus propias actividades, entre las que se incluyen sus actividades de ocio y de relación social.

Por otro lado, el nuevo rol de cuidador de una persona mayor dependiente puede ser muy absorbente debido al gran número de tareas que recaen sobre el cuidador y a la gran cantidad de tiempo que requieren, llegándose a generar situaciones en las que la persona cuidadora hace equivalentes su identidad como persona y su rol como cuidador, perdiendo de ese modo gran parte de su identidad como persona independiente de la situación de cuidado y de su rol de cuidador. Esta absorción del cuidador por la situación

de cuidado suele contribuir de modo notable al aislamiento del cuidador y a la pérdida de su identidad personal.

Además, en los casos en los que el grado de absorción del cuidador por la tarea de cuidado es muy grande —de modo tal que la mayor parte de su dedicación vital, si no toda ella, está centrada en el cuidado del mayor— es frecuentemente que la autoestima del cuidador esté excesivamente asociada a la tarea de cuidado, dado que estos cuidadores tienden a vincular en exceso el reconocimiento de su propia valía como personas con su capacidad para satisfacer las necesidades de la persona cuidada, tienden a desarrollar la falsa creencia de que la tarea de cuidar al familiar constituye su única fuente de reconocimiento y valoración tanto para ellos mismos como para los demás. En aquellas ocasiones en las que la relación afectiva entre el cuidador y la persona cuidada no ha sido positiva en el pasado, algunos cuidadores intentan lograr mediante la dedicación intensa al cuidado de su familiar el reconocimiento personal y el afecto del que han carecido durante las etapas de relación con la persona cuidada anteriores a la dependencia.

No necesariamente todas las vivencias del cuidador de una persona mayor dependiente son negativas. Algunos cuidadores al asumir el rol de cuidador vivencian sensaciones muy positivas que son resultado de ver aplicados en la realidad de su conducta sus principios morales fundamentales. En ocasiones, cuando los cuidadores perciben que el resultado de su tarea de cuidado es bueno, que su familiar está bien atendido, tanto en cuanto a sus necesidades de supervivencia como en cuanto a sus necesidades de atención emocional, vivencian una sensación de capacidad, dominio y competencia personal para la atención a otras personas que contribuye a incrementar su sensación de satisfacción consigo mismos y la fortaleza de su propio yo.

El continuo afrontamiento del dolor

Los cuidadores de mayores con dependencia o deterioro se encuentran en una situación de continuo afrontamiento del dolor. Por un lado, el dolor por el hecho del deterioro de la persona querida y, por otro, por el dolor que sienten al ser testigos del dolor de la persona dependiente, que no viven como un dolor ajeno sino como un dolor propio. Este dolor por el del deterioro del mayor hace que en muchos casos los cuidadores tengan grandes dificultades para aceptar el hecho real de la enfermedad y el deterioro. Por ello, frecuentemente tienden a negar la realidad de las evidencias y los hechos derivados de la enfermedad utilizando tal negación como un mecanismo de defensa frente al dolor. Este proceso de negación suele darse con mayor frecuencia e intensidad en las primeras fases de la situación de cuidado en las que se atiende a personas mayores dependientes que sufren alguna enfermedad degenerativa de largo curso.

De modo similar, los cuidadores se enfrentan permanentemente al dolor anticipado por la pérdida prevista de la persona cuidada y por la pérdida de su relación con ella. En muchos casos de enfermedades o deterioros relacionados con algún tipo de demencia o trastorno que supone la pérdida de la vida psíquica de la persona cuidada y la pérdida de la comunicación con ella, los cuidadores suelen tener dificultades en cuanto a la aceptación de la desaparición de la vida psíquica de la persona cuidada, que puede afectar en mayor o menor grado a la vida cognitiva y a la vida afectiva, llegándose a producir, en las últimas fases de deterioro, una desconexión total con pérdida de la consciencia. No obstante, en muchos casos en los que la comunicación cognitiva con la persona cuidada ya no es posible, sigue siendo posible para los cuidadores mantener la comunicación emocional.

En los casos en los que a causa de la situación de dependencia y sus consecuencias se ha producido un deterioro en las relaciones familiares —bien por enfrentamiento entre hermanos o hijos, por causa de las discrepancias en cuanto a las decisiones que hay que tomar en relación con el mayor dependiente o en cuanto a los mejores modos de atenderle, bien por las críticas que reciben los cuidadores por parte de otros familiares, o bien por su falta de colaboración en el cuidado, que pone de manifiesto a los cuidadores las limitaciones de los afectos familiares y las limitaciones en cuanto a la ayuda familiar que reciben— se añade el dolor por el quebranto de las relaciones familiares.

Frecuentemente, con la finalidad de no preocupar, causar dolor o apenar a la persona en situación de dependencia y a otros familiares, los cuidadores tienden a controlar sus emociones derivadas del dolor y procuran no expresarlas en el hogar o en el ámbito familiar. La acumulación de estas emociones no expresadas y la tensión que requiere el control emocional genera habitualmente en los cuidadores una gran cantidad de tensión psicológica que termina expresándose mediante síntomas de ansiedad y angustia, o a través de trastornos psicósomáticos.

Por otro lado, gran parte de los cuidadores tienen tendencia a llevar a cabo un proceso de desconexión de sus propias emociones como defensa ante esta exposición continua al dolor emocional. Esta desconexión con las propias emociones, junto con un control emocional excesivo y las defensas de negación, llegan a producir un estado tal de desconexión que se podría describir como una situación de anestesia emocional.

La confrontación permanente con la enfermedad

Asimismo, los cuidadores de mayores dependientes se enfrentan cotidianamente a la evidencia de la enfermedad y el deterioro. Esta presencia continuada de la enfermedad pone a los cuidadores en una situación permanente de confrontación con las limitaciones de la vida y con la fragilidad hu-

mana, haciéndoles muy presentes sus propias limitaciones y su propia fragilidad, así como las de la persona cuidada. La evidencia de estas limitaciones, que cuestionan la sensación de omnipotencia, de capacidad de acción y de competencia de los cuidadores, provoca normalmente en los cuidadores un alto grado de frustración, así como una acusada sensación de impotencia e indefensión ante las experiencias negativas y dolorosas de la vida.

La tristeza es probablemente el sentimiento predominante y más acusado entre los cuidadores de mayores dependientes. La combinación de la percepción del dolor de la persona dependiente y del propio dolor, junto con la inevitabilidad de la enfermedad y el deterioro, y la sensación de impotencia, parece incrementar los sentimientos de tristeza de los cuidadores así como otros sentimientos que también contribuyen de modo significativo a hacer a los cuidadores propensos a experimentar estados de profunda depresión psicológica cuyas raíces se encuentran más allá de la sobrecarga física que conlleva la situación de cuidado.

También son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de desesperación, derivados de la imposibilidad de evitar la enfermedad o el deterioro, de evadirse de la situación de dolor y de eludir la difícil situación personal en que se encuentran ellos y sus familias a causa de la dependencia. También tienen agudos sentimientos de desesperanza, ante la evidencia de la imposibilidad de mejoría de la persona cuidada y de su muy probable empeoramiento, así como debido a la consciencia de la improbabilidad de la desaparición de la situación de dependencia, y en algunos casos, a la consciencia de su muy probable larga duración. De modo similar, es común entre los cuidadores un fuerte sentimiento de decepción derivado del contraste entre la vida planificada y la vida actual limitada por la dependencia y el cuidado. La sensación de sentirse atrapado, de falta de libertad personal, tiñe del mismo modo los estados de ánimo de los cuidadores, así como una acrecentada sensación de inseguridad por el futuro. Igualmente, son muy comunes los estados de enfado, enojo, irritación, ira y hasta de cólera, que se derivan del enorme grado de frustración de los cuidadores al ver truncadas sus expectativas vitales. En contraposición a las expresiones de enfado también aparece en otros casos una acusada actitud de resignación que parece ser resultado de una asunción exagerada de la incapacidad de acción del cuidador frente a la enfermedad.

Cuando los cuidadores son hijas o hijos de mayores dependientes que sufren enfermedades degenerativas es frecuente encontrar sensaciones de angustia derivadas del miedo a padecer la misma enfermedad que su progenitor, especialmente en aquellos casos en los que cuidadores mantienen un alto grado de identificación psicológica con los padres. Asimismo, en el caso de cuidadores solteros, normalmente en las hijas cuidadoras, suele encontrarse un grandecido temor a la posible dependencia propia en el futuro que viven

con gran intensidad al sentirse estos cuidadores especialmente desvalidos al carecer de descendencia que pudiera hacerse cargo de ellos en el futuro.

En el caso en el que el mayor dependiente es el propio cónyuge de cuidador, el esposo o la esposa que cuidan se enfrentan a la enorme frustración de asumir que los soñados días felices en el futuro, tras la jubilación y la crianza de los hijos, no llegarán a ser nunca tales. La tristeza, la decepción y la soledad, constituyen vivencias muy enraizadas y dramáticas en estas situaciones.

Por otra parte, el hecho de asumir cuidados que, en ocasiones, parecen requerir conocimientos y destrezas médicos o sanitarios, que los cuidadores no poseen hace que estos tengan temor a provocar daños a la persona cuidada por la carencia de formación en las destrezas de cuidado especializadas. Aunque, en algunos casos este temor puede estar justificado, en la gran mayoría de los cuidadores este temor es injustificado siendo sus competencias adecuadas para el cuidado de la persona mayor dependiente. Parece, más bien, que la demanda de formación en habilidades instrumentales de cuidado es una demanda aparente bajo la que está subyacente una demanda de atención psicológica al sentir los cuidadores el estado de sobrecarga psicológica al que están sometidos.

La experiencia continua de duelo inacabado

Cuando la persona mayor cuidada sufre un deterioro progresivo que le va desconectando de la realidad, a la vez que la relación personal y de comunicación entre el cuidador y el cuidado es cada vez menor hasta que prácticamente desaparece, los cuidadores experimentan una dolorosa vivencia de duelo incompleto, que no les permite afrontar de modo definitivo la pérdida de su familiar ni les permite reorganizar de un nuevo modo su propia vida.

En el duelo normal, consecuencia del fallecimiento de un ser querido, las personas vivencian en primer lugar una pérdida física real al perderse la presencia cotidiana de la persona fallecida. El familiar ya no está presente y, ante la evidencia de la falta, el mundo de la persona en duelo su vuela a organizar de modo paulatino. En las primeras fases del duelo gran cantidad de la energía psíquica de los familiares a los que afecta la pérdida se centra en la persona desaparecida a través de su recuerdo. Más tarde, la energía y atención mental que en un primer momento se orienta hacia la rememoración de la persona perdida vuelve a reorientarse hacia la propia persona iniciándose un proceso de reorganización del propio psiquismo en el que la persona que falta ya no ocupa el papel que ocupaba con la misma notoriedad. En las últimas fases del duelo normal, una parte sustancial de la energía psíquica que se orientaba hacia la persona fallecida se reorienta

hacia nuevos objetos de atención, nuevas personas, nuevas relaciones y nuevas actividades.

Sin embargo, en la situación de cuidado de un mayor en el que el deterioro es cada vez más acusado y su conexión intelectual y emocional con el cuidador es cada vez menor, la elaboración del duelo es una tarea más difícil de llevar a cabo debido a que el familiar continúa presente, aunque esta presencia sea una presencia exclusivamente física e inerte. A pesar de que la pérdida de conexión y la sensación de pérdida son cada vez más notorias, los cuidadores no pueden realizar el duelo de un modo completo ya que la necesidad de reconocer conscientemente, aceptar emocionalmente y elaborar la pérdida, entra en conflicto con la realidad de la presencia del familiar y con el deseo de recuperar la relación que hasta entonces se tenía con el mismo. La confusión que genera el hecho de que el mayor aún está físicamente presente a la vez que ha perdido toda conexión con el mundo y con el cuidador dificulta la puesta en marcha de la reorganización del mundo del cuidador que queda atrapado en una situación que le paraliza psicológicamente, al no permitir ni facilitar la reorientación de la energía mental del cuidador, hacia sí mismo y hacia nuevas relaciones y actividades personales.

Los valores en conflicto

Las dificultades que plantea la situación de cuidado de un mayor dependiente provocan, en bastantes ocasiones, la aparición de situaciones en las que entran en conflicto los valores fundamentales de los cuidadores. GARCÍA-MONGE, J. A., en su libro *Treinta palabras para la madurez* (2004) expresa de modo muy claro esta vivencia: *La etapa adulta del hijo/a va a encontrarse con el dolor amoroso de cuidar a los padres y con las luchas que, como consecuencia, se desencadenan entre el amor y la obligación, entre el ofrecimiento y la carga, en una sociedad poco preparada para acoger dignamente a la ancianidad.*

En primer lugar, un conflicto básico de valores muy habitual es el que se produce al entrar en conflicto el valor fundamental del cuidado de las personas mayores, y en concreto de su familiar mayor, —que los cuidadores sienten como un bien, como una conducta moral apropiada y como una obligación— con el valor, también fundamental, del desarrollo de su propia vida personal, que requiere que dispongan de un cierto grado de independencia personal que les permita tener otros intereses, otras actividades, y otras relaciones personales, además de la tarea de cuidado, así como mantener relaciones sociales y desarrollar su capacidad personal en el ámbito laboral.

A menudo, entran en conflicto los valores legítimos del cuidado del familiar mayor y de la propia autoconservación, que incluye el autocuidado físico y psicológico del cuidador. En estos casos, aún más extremos que los mencionados anteriormente, no se trata de la confrontación entre el derecho

a la propia vida personal del cuidador y el cuidado del mayor, sino que se trata del conflicto entre el valor de la propia supervivencia de la persona que cuida y el valor de la tarea de cuidado. En ocasiones, los cuidadores ponen en riesgo su propia salud física y psicológica haciendo prevalecer el valor del cuidado de otra persona sobre el valor de su propio cuidado, hasta que la situación de cuidado les desborda totalmente y se quiebran bien psicológicamente —entrando en estados de profunda depresión o desesperación y desequilibrio cognitivo y emocional— o bien físicamente —al contraer enfermedades que les inhabilitan para la continuación de la tarea de cuidado—. Estas situaciones se detectan con claridad cuando el estado psicológico de los cuidadores es notoriamente inestable y está significativamente alterado —con sensaciones de gran ansiedad y angustia, con expresiones emocionales incontroladas y abruptas, y con pensamientos de autoaniquilación—, cuando su estado físico se ve afectado seriamente por enfermedades y cuando los cuidadores expresan abiertamente haber llegado al límite de sus fuerzas y no poder afrontar más la situación, a pesar del dolor psicológico que les produce la separación del familiar al que cuidan.

En el caso en que el mayor cuidado es atendido por alguna de sus hijas o hijos en el contexto de su propia familia, se presenta frecuentemente el conflicto entre el valor de atender al mayor dependiente y el valor de atender a la propia familia, al esposo o esposa y a los hijos. La situación es especialmente difícil cuando los hijos o el cónyuge no comparten con el cuidador el valor que este le concede al cuidado ni consideran que el cuidado en el contexto familiar sea el más conveniente para la persona mayor y para la propia familia. Los reproches por parte de los cónyuges o por parte de los hijos por la excesiva dedicación al cuidado del mayor y la consiguiente desatención a la familia son especialmente dolorosos para el cuidador y le ponen en una situación de indecisión frente a qué valor —el cuidado de su familiar mayor o el cuidado de su familia— debe ser el fundamental para basar su conducta.

En otras ocasiones entran en conflicto los sentimientos de afecto con la razón objetiva. Por ejemplo, hay situaciones en las que los cuidadores son conscientes intelectualmente de que su familiar mayor sería probablemente mejor atendido —desde un punto de vista médico y asistencial— en una residencia para mayores que en el hogar en el que es atendido por el cuidador, y en el que en ocasiones conviven también su cónyuge y sus hijos. Sin embargo, los profundos sentimientos de afecto, el deseo de convivencia con el mayor, la convicción emocional de que el cuidador está obligado a devolver al mayor el afecto y los cuidados recibidos en la crianza del cuidador durante su infancia y a lo largo de la vida, la compasión natural del cuidador por la situación de desvalimiento personal que es común a las situaciones de dependencia de la infancia y la vejez, y el temor a que el mayor no se sienta bien atendido afectivamente, entran en conflicto con la conclusión basada

en la razón objetiva de la conveniencia del internamiento del mayor en una institución residencial para mayores.

Para el cuidador es especialmente impactante el conflicto que a veces se produce entre el valor de preservación de la vida del familiar mayor y el valor contrapuesto de evitar su sufrimiento derivado de la dependencia y de la enfermedad. El hecho de tener que tomar decisiones que afectan a la preservación de la vida de la persona cuidada, en muchas ocasiones en una situación de soledad en la que el cuidador es el único responsable de la persona mayor, genera una enorme angustia y tiene un efecto devastador sobre el psiquismo del cuidador. La sensación de extrema responsabilidad moral y las dudas sobre si las decisiones respecto a la prolongación más o menos forzada, o artificial, de la situación de dolor y dependencia del familiar cuidado son moralmente correctas —o sobre si responden a la conveniencia del cuidado o del cuidador—, incrementan notablemente en el cuidador las sensaciones de ansiedad y angustia, de inestabilidad e inseguridad psicológica, al no sentirse capaz de tomar decisiones que implican la asunción de un alto grado de dolor psicológico.

Estas vivencias de conflicto entre valores morales producen en los cuidadores una gran cantidad de sentimientos ambivalentes hacia ellos mismos y hacia las personas que cuidan. Es muy frecuente la aparición en los cuidadores de fuertes sentimientos de culpa derivados de la sensación de que no están respetando sus propios valores, ni los de las personas que cuidan, cuando tienen pensamientos que dan primacía a su supervivencia física y psicológica, a su derecho a vivir su propia vida, a cuidar de su propia familia, y que dejan en un segundo plano las consideraciones sobre el cuidado del mayor. Muchos cuidadores llegan a la situación extrema en que perciben cualquier acción dirigida a prestarse atención a sí mismos, a su vida personal o a su salud, como acciones egoístas, lo que les produce una consiguiente sensación de culpa.

Las satisfacciones del cuidado de un familiar dependiente

A pesar de todas las vivencias negativas a las que se ven expuestos los cuidadores de personas mayores dependientes, el cuidado de un mayor dependiente puede ser una fuente enorme de satisfacción personal. La ayuda a un ser querido en el alivio de su dolor; el hecho de intentar hacerle y, en muchas ocasiones verle, lo más feliz posible en los últimos años de su vida, el haber sido fiel al cumplimiento de importantes valores humanos propios como son el altruismo, la compasión y la bondad, y el cuidar de la vida de otro ser humano como un bien que trasciende a la propia persona, son conductas que producen un alto grado de profunda satisfacción personal y que gratifican enormemente a los cuidadores. La puesta en práctica en la

situación real de cuidado del familiar de estos profundos valores humanos facilita que el cuidador conecte en su vivencia interna con un sentimiento profundo de fraternidad y pertenencia a la comunidad humana.

En muchas ocasiones la necesidad de que un familiar asuma la tarea de cuidador principal de un mayor dependiente es la ocasión para que se descubra —se reconstruya, o se construya por primera vez— una nueva relación personal entre el cuidado y el cuidador, y por ello mucho más auténtica y satisfactoria, así como una nueva y mejor relación de ambos con los demás miembros de la familia, produciéndose una mayor cohesión familiar y una mayor comprensión y valoración intergeneracional en toda la familia.

LAS CONSECUENCIAS DE LA SITUACIÓN DE CUIDADO DE UN MAYOR DEPENDIENTE EN EL CUIDADOR

La experiencia de cuidar a un mayor dependiente suele tener importantes consecuencias para el cuidador en todos los ámbitos de su vida, tanto en el personal como en el familiar, el social y el laboral. Entre ellas, las consecuencias psicológicas de la situación de cuidador principal son especialmente penetrantes y relevantes para los cuidadores.

Si la media de horas de cuidado diario que dedica un cuidador es entre ocho y doce horas, es fácilmente comprensible que el impacto físico, psicológico, familiar, social y laboral sea realmente enorme para los cuidadores principales. Centeno Soriano (2004) señala que el cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos que más estrés puede producir en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros.

Tensión psicológica

Una consecuencia común entre los cuidadores de mayores dependientes es un estado continuo y acrecentado de tensión psicológica. Por un lado, esta tensión se genera en la necesidad que sienten los cuidadores de controlar las situaciones y los acontecimientos que rodean a la persona cuidada, así como los posibles riesgos que puedan poner en peligro su supervivencia o su salud. Este intento de control requiere un alto grado de atención a lo externo que, junto con la atención a la gran cantidad de tareas que tiene que llevar a cabo cada cuidador, hace que los cuidadores se encuentren en un estado de alerta permanente, alerta que es una fuente continua de estrés. Por otro lado, los cuidadores tienden a controlar la expresión de sus emociones en el ámbito familiar, especialmente las expresiones de dolor y de los sentimientos negativos, ya que mantienen la creencia que la expresión

de tales emociones pueden causar daño emocional a la persona cuidada o a otros familiares. Esta falta de expresión y desahogo de las emociones lleva a una cuantiosa acumulación de tensión emocional ya que, habitualmente, los cuidadores tienen pocas ocasiones para descargar esta tensión emocional debido a su situación de aislamiento.

Aislamiento

El exceso de tareas que supone la tarea de cuidado de un mayor dependiente, al acumularse las actividades de la vida propia del cuidador con las tareas adicionales que requiere la atención al mayor, junto con la absorción del tiempo del cuidador por el rol de cuidador, tiene como consecuencia una importante reducción de su tiempo personal. Es frecuente que el cuidador, a medida que su familiar se va haciendo cada vez más dependiente, abandone casi por completo la mayoría de las áreas de actividad su vida a las que solía dedicar su tiempo y energía, hasta el punto en ocasiones de que la tarea de cuidado se convierte en una tarea exclusiva. Inicialmente, los cuidadores suelen hacer un importante recorte en su tiempo dedicado al descanso. Al seguir en aumento las necesidades del mayor, los cuidadores reducen después su tiempo de ocio y el dedicado a la práctica de sus aficiones, limitando en un primer momento y prescindiendo más tarde de las actividades lúdicas y personales que llevaban a cabo antes de la asunción de su rol como cuidadores. Más adelante, se reducen, y hasta llegan a desaparecer por completo los encuentros con amigos y familiares, desvaneciéndose las relaciones sociales de tal modo que debilitan o hacen que desaparezca la red de apoyo social y emocional de los cuidadores. En muchas ocasiones, la reducción del tiempo del que dispone el cuidador lleva a que estos abandonen sus trabajos, alejándose de ese modo del conjunto de relaciones sociales que antes les proporcionaba su entorno laboral. La disminución del «tiempo social» se debe, no sólo a la dedicación a veces completa invertida en el enfermo, sino también a la sobrecarga tanto física como psicológica del cuidador que le desmotiva y le resta la energía necesaria para la inversión de su tiempo en las relaciones sociales.

Como consecuencia de esta reducción de las áreas de actividad social de la persona, la mayoría de los cuidadores ven aumentado su aislamiento, así como su sensación de soledad. Este aislamiento crónico del cuidador se acrecienta aún más cuando el mayor dependiente que se cuida presenta un deterioro cognitivo avanzado que dificulta o impide la comunicación interpersonal entre cuidado y cuidador, de modo tal que, la comunicación cognitiva y emocional entre cuidado y cuidador —que antes del agravamiento del deterioro era bidireccional— se llega a reducir a un intento de comuni-

cación unidireccional que, en muchas ocasiones, no puede tener respuesta o reconocimiento alguno por la persona cuidada.

Desconexión de sí mismo

Una de las consecuencias más comunes que se observa entre los cuidadores en situaciones de cuidado prolongado es el estado de profunda desconexión con su propia vivencia personal. Mientras que los cuidadores son capaces de describir con riguroso detalle la situación y vivencias del familiar al que cuidan —cómo se encuentra su familiar, lo que necesita, lo que desea, lo que le falta y lo que padece—, tienen muchas dificultades para responder a estas mismas preguntas sobre sí mismos.

En primer lugar, esta desconexión de sí mismos consiste en una desconexión de sus emociones y sentimientos. En la mayoría de los casos, esta desconexión emocional que sufren los cuidadores es una defensa que les ha resultado eficaz hasta cierto punto para paliar el dolor causado por la situación de dependencia y deterioro de la persona cuidada y por sus consecuencias negativas. Esta defensa frente al dolor mediante la desconexión de sus sentimientos, acrecentada con el entrenamiento en el control de la expresión de sus emociones que ejercen en el ámbito familiar, llega a mostrarse en algunas ocasiones como un significativo estado de anestesia emocional.

En segundo lugar, la desconexión de sí mismo que sufren los cuidadores es también una desconexión de la consciencia de sus propias necesidades y de sus estados físico y psicológico. Muchos cuidadores se han ido desconectando progresiva y gradualmente de sus propias necesidades y, en consecuencia —al no haberse originado la situación de cuidado de un modo repentino y un brusco, sino de un modo paulatino—, no son capaces, o lo son en un grado muy limitado, de percibir sus propias necesidades básicas (de alimentación, de cuidado de su propia salud, de desahogo emocional, etc.) hasta que llegan a situaciones extremas de necesidad. Por ello, con mucha frecuencia no son conscientes de su propia sobrecarga física y psicológica hasta que se sienten totalmente desbordados emocionalmente por la situación de cuidado o hasta que sufren enfermedades que hacen inviable la continuidad de la situación de cuidado.

Desestructuración personal

En su conjunto, la absorción del cuidador de personas mayores dependientes por la tarea de cuidado y la impregnación de su personalidad por el ejercicio exclusivo del rol de cuidador —consecuencia de haber prescindido de la posibilidad de ejercer otros roles al renunciar a sus espacios personales

y sociales—, la desconexión de sus propias emociones, la desvinculación de sus propias necesidades y la dificultad para ser consciente de sus estados físico y emocional, junto con el acusado aislamiento social, tienden a producir en muchos cuidadores un cierto grado de desestructuración personal y de pérdida de su propia identidad.

Esta tendencia a la desestructuración personal de los cuidadores tiene sus raíces en la profunda limitación del mundo vital que sufren a causa de su concentración exclusiva en la persona cuidada y en la tarea de cuidado que limita severamente sus horizontes personales y sociales. La desconexión con otras personas y la desconexión con ellos mismos tienen un efecto muy importante sobre el propio sentido de sí mismo de los cuidadores, sobre su autoconcepto, y sobre la percepción de su propia identidad personal, ya que gran parte de la estructuración psicológica de las personas y de su definición ante sí mismas depende, por un lado, de la relación intrapsíquica que establecen con ellos mismos, y por otro, de las relaciones que establecen y mantienen con el resto de las personas. José Antonio García-Monge (2004) señala la gran importancia de la presencia del *otro* para la propia constitución de la identidad personal: *El hombre y la mujer somos seres relacionales: no existe un yo independientemente del tú, (...) que le posibilita, constituye, llama, funda y trasciende. (...) El problema no es sólo: ¿quién soy yo?, sino: ¿ante quién soy yo? Si me pregunto por mi identidad es porque el otro me urge, me obliga o me posibilita el hecho de identificarme.*

Alteraciones del estado de ánimo

Los cuidadores de mayores dependientes muestran habitualmente frecuentes cambios de su estado de ánimo, así como la combinación de una gran variedad de sensaciones, sentimientos y estados de ánimo negativos y de tono depresivo.

Por un lado, son usuales los sentimientos de tristeza, que están muy asociados a una profunda sensación de soledad y que, en conjunto, producen una gran desmotivación en los cuidadores. Los sentimientos de desesperación en el presente y de desesperanza frente al futuro, de indefensión ante el acontecimiento negativo de la dependencia y deterioro de su familiar, de decepción vital y de resignación ante la situación, favorecen la aparición de una sensación de vacío existencial.

Por otro lado, la frustración ante las limitaciones de la vida, que de modo tan rotundo se muestran a los cuidadores de mayores dependientes, la preocupación por la persona cuidada, las sensaciones de inseguridad e incertidumbre de cara al futuro —tanto del cuidado como del cuidador—, les

producen en mayor o menor medida un cierto grado de ansiedad, angustia y confusión.

Todos estos sentimientos y estados de ánimo negativos facilitan en muchas ocasiones una cierta pérdida del equilibrio emocional de los cuidadores, así como la emergencia de alteraciones conductuales y del carácter, junto con trastornos de la salud de claro perfil psicossomático. En los casos más acusados, el conjunto de sentimientos negativos que vivencian, junto con la consciencia de la limitación de la vida personal presente y las perspectivas limitadas de futuro, favorece el que los cuidadores entren en estados de profunda depresión que, en ocasiones, son lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico, además del psicológico. Además, estas situaciones de honda depresión pueden suponer un mayor riesgo de consumo excesivo de ansiolíticos o sustancias tóxicas como el alcohol.

Sentimientos de culpa

Por otra parte, es natural que la gran cantidad de frustración a la que tienen que hacer frente los cuidadores les provoque sentimientos de enfado y aumente su irritabilidad haciéndoles especialmente sensibles a los acontecimientos negativos. Asimismo, es normal que la frustración acumulada despierte en ellos un cierto monto de agresividad que prácticamente siempre refrenan, pero que en ciertas ocasiones les lleva a tener pensamientos negativos con respecto a la tarea de cuidar, sobre la persona cuidada y sobre ellos mismos, o a tener conductas que de modo velado expresan tal agresividad. La existencia de estos pensamientos y sentimientos negativos, naturales y muy comunes en la situación que viven, junto con la expresión esporádica de enfado o de agresividad, produce en los cuidadores intensos sentimientos de culpa. Por ello, viven frecuentemente en un estado de ambivalencia emocional provocado por la coexistencia en ellos mismos de sentimientos encontrados y entremezclados de amor y aversión, de afecto y desapego, de interés y desmotivación, de entereza y debilidad, de ánimo y abatimiento, lo que les sitúa en una condición de continuo conflicto psicológico interno. Genera una gran cantidad de sentimiento de culpa, y les resulta muy impactante emocionalmente, el hecho de sentir un amor, cariño y afecto extremos por la persona a la que cuidan, a la vez que no pueden evitar pensar simultáneamente en la liberación personal que supondría el que terminase su situación de cuidadores.

Cambios en las relaciones familiares

En todas las situaciones de cuidado de un mayor dependiente se producen inevitablemente notorios cambios en las relaciones familiares. No

necesariamente estos cambios son siempre negativos. En algunos casos la situación de cuidado de un mayor en la familia tiene como consecuencia el incremento de la cohesión familiar al agruparse sus miembros en torno a la persona cuidada y al cuidador principal para afrontar la situación de adversidad. El apoyo de la familia al cuidador principal y la ayuda compartida en el cuidado pueden aumentar la unión familiar, a la vez que incrementar la sensación de seguridad de los miembros de la familia al percibir la protección mutua que proporciona la pertenencia a la familia. A veces, estos cambios en las relaciones en la familia dan lugar, tanto para la persona cuidada como para el cuidador —o para otros miembros de la familia—, al descubrimiento, o la construcción, de nuevas y mejores relaciones personales en la familia que pueden ser altamente satisfactorias y gratificantes.

No obstante, en muchos casos los cambios en las relaciones familiares son conflictivos. Son comunes los conflictos que tienen su origen en las desigualdades en cuanto al grado de responsabilidad y colaboración en el cuidado que asumen los diferentes familiares, especialmente los hermanos, lo que suele ser frecuente en el caso en el que la persona cuidadora es una hija que cuida de su padre o de su madre. También, las diferencias de criterio con respecto a la toma de decisiones que tienen que ver con el cuidado del mayor entre los diferentes familiares directos, la falta de reconocimiento familiar del esfuerzo del cuidador principal, el hecho de que la hija que es cuidadora de sus progenitores sienta que ha renunciado a formar una familia propia por la obligación de cuidar de sus mayores mientras que sus hermanos si han podido constituirla, etc., son causas habituales de conflicto entre familiares.

Consecuencias laborales

Con frecuencia, resulta muy difícil para los cuidadores compatibilizar el cuidado de un mayor dependiente con la vida laboral. En muchas ocasiones, los cuidadores principales se ven forzados a reducir su jornada de trabajo y, también en muchas ocasiones se ven obligados a abandonar totalmente su vida laboral, para poder cuidar adecuadamente de su familiar mayor. Esta renuncia al trabajo propio fuera del hogar tiene repercusiones muy relevantes en la situación económica familiar, y especialmente en la situación económica del cuidador, dada la importancia de la pérdida de ingresos que conlleva, lo que resulta especialmente relevante en unas circunstancias en las que el cuidado de un mayor dependiente suele conllevar un aumento de los gastos familiares. La repercusión a largo plazo del abandono del trabajo fuera del hogar también puede tener efectos notables sobre la situación de seguridad económica en el futuro del cuidador.

Consecuencias en la propia salud

No resulta sorprendente el hecho de que la situación de cuidado de un mayor dependiente tenga importantes repercusiones sobre la propia salud de los cuidadores ya que, normalmente, también los cuidadores suelen ser personas mayores.

El olvido y el abandono que los cuidadores suelen hacer de su propia persona y de sus necesidades, especialmente del cuidado de su propia salud, el cansancio acumulado por el exceso de tareas de cuidado y de mantenimiento del hogar, el sobreesfuerzo físico que realizan para ayudar a la persona cuidada en su movilidad y la falta de sueño que habitualmente sufren debido a las alteraciones del sueño de la persona cuidada, provocan frecuentemente en los cuidadores alteraciones de su salud que, en muchas ocasiones, se manifiestan a través de enfermedades de carácter psicossomático que se agravan en función del grado de estrés que sufre la persona.

Por otro lado, la situación de estrés crónico en la que viven conlleva un descenso de la eficacia de su sistema inmunitario y, por tanto, tiene como consecuencia una mayor propensión a la enfermedad y una mayor lentitud en la recuperación de los problemas físicos.

II. EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL CON EL CUIDADOR DE MAYORES DEPENDIENTES

Los estudios y trabajos generales que analizan las cualidades de la terapia de grupo y de la dinámica de grupos (por ejemplo, Brabender, 2002; Chesner y Hahn, 2002; Corey, 1995; Corey y Corey, 2002; Grotjahn, 1979; Kaplan y Sadock, 1998; López-Yarto, 1997, 2002; Rutan y Stone, 2001; Yalom, 1986, 2000, y Yalom y Vinogradov, 1996), han puesto de manifiesto las propiedades y ventajas que supone la atención psicológica en grupo. Igualmente, los trabajos dedicados a la psicoterapia con mayores que estudian la psicoterapia y la dinámica de grupos con mayores (Knight, 2004; MacLennan, Saul y Weiner, 1989, y Zarit y Knight, 1999) han señalado la especial adecuación de este tipo de atención psicológica para las personas mayores a causa de la frecuencia con que esta población sufre de algún grado de aislamiento social.

La dinámica y la terapia de grupo se fundamenta en la concepción de que la mejor adaptación de las personas a su entorno vital está estrechamente asociada a una mayor comprensión del propio psiquismo y de sus circunstancias y condicionantes personales. Esta comprensión de la propia

problemática personal se facilita y promueve en el contexto del entramado de relaciones personales que implica la participación en un grupo. El cambio que se produce gracias a la participación en un grupo psicoterapéutico es un proceso complejo que surge de la interacción entre las vivencias internas propias y las experiencias de relación con otras personas.

La dinámica de grupo para cuidadores de mayores intenta contribuir a reparar los daños psicológicos producidos por los agentes estresantes de su periodo de la vida como cuidadores y trata de restablecer una mejor adaptación a las situaciones en las que viven. Para ello, en primer lugar, genera un entorno favorecedor del desahogo psicológico y emocional. En segundo lugar, crea un ambiente de seguridad y confianza que facilita el análisis y la toma de conciencia de la situación que viven y de sus respuestas frente a tal situación. Asimismo, la investigación ha puesto de manifiesto que los grupos contribuyen de modo significativo a la mejora de las habilidades de comunicación y producen una notable mejoría del autoconcepto de los participantes en las dinámicas de grupo (Fernández Martos, 1978, y Ruiz de Arana, 1977).

Además, el participar en un espacio donde se sienten escuchados, comprendidos, aceptados, y en el que comparten y validan sus vivencias, les proporciona la experiencia real del establecimiento de unas nuevas relaciones lo que les ayuda a salir del aislamiento en un contexto que les enriquece como personas. Por otro lado, en el grupo los cuidadores pueden cambiar de rol, pasando de recibir ayuda en un momento dado a proporcionarla a otro miembro del grupo, pueden ensayar nuevas conductas de relación y ver reforzadas por el grupo conductas nuevas que no habían puesto en práctica antes. Asimismo, el grupo es un potente creador de esperanza, de confianza en sí mismos y en sus propios recursos, que hace que los integrantes del grupo descubran recursos propios que no habían utilizado anteriormente o de los que no eran conscientes. En un grupo se tiene la oportunidad de ver a otras personas que cambian y que progresan, lo que transmite el mensaje de que es posible cambiar y adaptarse psicológicamente mejor a la tarea de cuidado, al adoptar nuevas actitudes y formas de percibir y valorar las circunstancias de la situación de dependencia y cuidado. Además, los participantes en los grupos tienen la oportunidad de aprender de los otros miembros mecanismos de cuidado y manejo de las personas mayores dependientes y estrategias útiles para afrontar los problemas de la tarea de cuidado.

Globalmente, la participación en un grupo es una oportunidad en la que se pueden vivir experiencias intensas y auténticas de plenitud personal y de verdadero encuentro con otros, en un clima de comprensión y empatía.

OBJETIVOS DEL TRABAJO GRUPAL CON CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES

Con independencia de los beneficios de carácter general en cuanto al bienestar psicológico y al desarrollo personal que aporta a las personas el participar en grupos de dinámica, la utilización de esta metodología con los cuidadores de mayores dependientes hace especial hincapié en un conjunto de objetivos definidos. Los objetivos a los que se presta una mayor atención son el desahogo de la tensión emocional y la reestructuración personal de los cuidadores, a través de la restitución de la conexión con ellos mismos y del restablecimiento de relaciones sociales. Asimismo, el cambio de actitudes y modos de conducta que les permita un mejor control de su sobrecarga física y psicológica, la mejora del estado de ánimo, la desculpabilización por la vivencia de sentimientos negativos, el aprendizaje de estrategias de cuidado, la restauración de conductas apropiadas, especialmente las relacionadas con el autocuidado de los cuidadores, y la valoración de los aspectos positivos de la tarea de cuidar a un mayor dependiente, también ocupan un papel relevante entre los objetivos de la dinámica de grupo con cuidadores.

Las características de cada grupo de cuidadores en su conjunto y las características individuales de los participantes modulan el grado en el que se deben priorizar estos objetivos, ya que cada grupo se configura como una totalidad peculiar y única que requiere una intervención individualizada, así como cada uno de sus miembros. Como es lógico, no todos los objetivos se logran en igual grado en todos los grupos ni todos los participantes logran avances en todos los aspectos en que es posible una mejoría, aunque normalmente todos los grupos consiguen logros en la mayoría de los aspectos y, habitualmente, todos los participantes obtienen algún beneficio y hacen algún progreso personal en uno u otro aspecto.

El *desahogo de la tensión psicológica* acumulada es un objetivo fundamental en la ayuda psicoterapéutica a los cuidadores de mayores. En primer lugar, este desahogo a través de la expresión de su problemática personal y de sus emociones en un entorno receptivo, acogedor y seguro, contribuye de modo notable a la reducción de la angustia, la ansiedad y el estrés acumulado a lo largo del tiempo por los cuidadores, a la vez que la validación de las experiencias personales del cuidador por parte de los miembros del grupo les ayuda a sobrellevar su sobrecarga de un modo menos asfixiante. Los cuidadores, al expresar sus intensas y dolorosas emociones contenidas experimentan una gran sensación de alivio de su tensión. El hecho de que el grupo acoja, acepte y comparta el dolor y el sufrimiento muestra a los cuidadores que, a pesar de lo penoso o difícil de sus situaciones, es posible convivir con las consecuencias difíciles y dolorosas de la situación de cuidado y es posible reducir su tensión expresando las emociones y los sentimientos

que provocan. En segundo lugar, el desahogo inicial de la tensión emocional permite a los cuidadores entrar en un estado de suficiente sosiego y calma personal en el que es posible la reflexión y el análisis personal, así como el establecimiento de relaciones humanas profundas con otras personas.

En muchos casos, la participación en los grupos de cuidadores en los que se ha producido un cierto grado de desestructuración personal, causada por la desconexión con su propia vivencia personal y por su aislamiento social, hace que el objetivo psicoterapéutico primordial en tales casos sea promover su *restablecimiento, reconstrucción o reunificación personal* (para un análisis profundo del concepto de reunificación personal ver García-Monge, 2001). Los mecanismos fundamentales para facilitar este restablecimiento son el encuentro intrapersonal con ellos mismos —es decir, la reconexión con sus sentimientos y vivencias, así como su aceptación— y el encuentro interpersonal con otras personas —que frecuentemente supone un proceso de resocialización del cuidador—.

La aceptación por parte de los cuidadores de la situación de cuidado y su favorecimiento en los grupos de dinámica debe entenderse en el sentido con el que utiliza esta palabra GARCÍA-MONGE, J. A. (2004): en *Treinta palabras para la madurez. Aceptación es establecer una relación positiva con lo real. Ver lo que es y convivir y crecer con ello. La aceptación es sensatez amorosa que distingue lo que me gustaría, apetecería, ilusionaría, de lo que, por ser mío, por ser yo y mi circunstancia, es realidad que me integra y me afecta. (...) La aceptación es la capacidad de ver lo que considero «limitación» sin que me oculte mis posibilidades reales. (...) Aceptar no es aprobar o dar carta de inmovilista ciudadanía a una dimensión de la realidad. (...) Aceptar es construir sobre la realidad que conozco, que tengo.*

El proceso de reestructuración personal implica la *recuperación de los espacios personales y sociales* del cuidador así como del tiempo del que es necesario disponer para su propia atención y cuidado. Por ello, una meta del trabajo grupal es motivar a los cuidadores para recuperar un tiempo y espacio que les permita reencontrarse consigo mismos como personas con un proyecto vital único e intransferible que, incluyendo la labor de cuidado, también permita su desarrollo y expresión personales. Debe tenerse en cuenta que es importante que los cuidadores mantengan todos los aspectos de bondad y entrega generosa y altruista a la vez que también reconozcan su derecho a mantener un espacio vital, físico y psicológico, propio. A este respecto, es importante el análisis dirigido a clarificar los roles que ejerce el cuidador, poniendo de manifiesto hasta que punto el cuidador ha reducido su ámbito vital a su rol como cuidador.

El encuentro intrapersonal, el *encuentro consigo mismo*, en el contexto del grupo va a estar dirigido a la toma de conciencia de la propia persona ante la situación de cuidado, a través del conocimiento de sí mismo en el

grupo, del conocimiento de los demás miembros del grupo y de la relación interpersonal que se va creando a lo largo de las sesiones del grupo. Este aumento de la consciencia personal supone el hacer un ejercicio de introspección, el prestar atención a las propias emociones y pensamientos y analizarlas de modo sistemático, e implica un proceso gradual de aceptación de tales vivencias personales, así como de las propias limitaciones.

Este encuentro con uno mismo conlleva para muchos cuidadores reencontrarse con su propia vida, con sus deseos abandonados y con sus ilusiones olvidadas. A veces, supone la reconsideración, replanteamiento y nueva valoración del sentido de sus vidas, incluyendo en ellas la valoración de su dedicación al cuidado de un mayor dependiente. En los casos en los que las circunstancias vitales han llevado a los propios cuidadores a ser dependientes de la tarea y de la relación de cuidado, un objetivo del trabajo psicoterapéutico consiste en promover la recuperación de la independencia y autonomía del cuidador, y el descubrimiento de otras fuentes de gratificación y valoración personal diferentes a las que se reciben por el hecho de cuidar a su familiar mayor.

El restablecimiento de la identidad personal, en aquellos casos en que esta se ha visto debilitada, supone que el cuidador tome distancia con respecto a la tarea de cuidado, de modo que pueda diferenciar su identidad personal global de su rol como cuidador. Implica también el reconocer y aceptar los propios deseos y necesidades, las propias emociones –tanto las positivas como las negativas– y, sobre todo, el reconocimiento del derecho y la responsabilidad personal de tener una vida propia. El establecimiento de nuevos objetivos personales, adicionales y compatibles con la dedicación al cuidado, constituye un elemento clave para la recuperación de la identidad personal debilitada.

El *encuentro interpersonal*, el encuentro con otras personas, en el grupo hace que se vuelva a poner en funcionamiento el área social de la persona, es decir, que se reinicie la construcción de vínculos persona a persona a través de la comunicación y la escucha bidireccional. Los grupos de dinámica tienen una importante función de resocialización al proporcionar un espacio de comunicación interpersonal, de relación y de encuentro, en el que se puede compartir con los demás participantes el hecho y las consecuencias de ser cuidador de un familiar dependiente. Esta resocialización ayuda a que los cuidadores salgan de su aislamiento, vean ampliado su círculo social y se comuniquen de forma enriquecedora, escuchando y sintiéndose escuchados, experiencias que en muchos casos ya no son posibles en la relación con su familiar.

El *enfrentamiento de los sentimientos de culpa* inapropiados conlleva el análisis de las diferencias entre la culpa justificada y la culpa injustificada, la diferenciación de la culpa sana de la culpa insana (García-Monge, 2004).

En muchas ocasiones los grupos prestan una especial atención al análisis de los sentimientos ambivalentes con respecto a la tarea de cuidar y a la persona cuidada que surgen de modo natural en la situación de cuidado de un mayor dependiente que se acrecientan como consecuencia de creencias irracionales. La aceptación de la existencia de sentimientos ambivalentes en los cuidadores por parte del grupo y la comprensión de los mismos por parte de sus miembros, así como de los sentimientos y expresiones de cansancio, agotamiento y agresividad por parte de los cuidadores, supone una experiencia altamente desculpabilizadora para los cuidadores.

Otro objetivo importante del trabajo grupal con cuidadores es la *modificación de los estados de ánimo* negativos asociados a la sobrecarga. Gran parte del cambio en los estados de ánimo de los cuidadores se origina como consecuencia de la descarga de su tensión emocional. La mejora de la autoestima y del autoconcepto en los cuidadores, que son fruto del reconocimiento y valoración de su dedicación como cuidadores por parte de los miembros del grupo, son también elementos que ayudan a incrementar los estados de ánimo positivos.

A pesar de la dificultad de modificar sustancialmente los estados de ánimo de los cuidadores debido a la persistencia de las situaciones y circunstancias objetivas en las que están inmersos, el ser consciente de que existencialmente el cuidador es más grande que su propio dolor (García-Monge, 2004), el reconocimiento de que el cuidador como persona es mucho más que su rol como cuidador; el restablecimiento de un mayor sentido de sí mismo, la recuperación de espacios personales propios, la ampliación de sus actividades personales, y las nuevas fuentes de gratificación y valoración personal que tienen de su origen en el establecimiento de nuevas relaciones personales, permiten en su conjunto que los sentimientos negativos de tono depresivo, —la desesperación, la desesperanza, la decepción—, limiten su influencia cada vez en mayor medida al ámbito de la situación de cuidado y dependencia, a la vez que permiten la aparición de sentimientos positivos tanto en el contexto de la relación con la persona mayor dependiente como en los nuevos ámbitos de actividad social y personal de los cuidadores. El ser consciente de que la situación difícil que viven, y que las consecuencias negativas que se derivan de ella, tienen un ámbito limitado y que no necesariamente tienen que impregnar todas las vivencias de los cuidadores, junto con la experiencia de tener nuevas actividades y nuevas relaciones personales, contribuye a disminuir la sensación de estar atrapado y de falta de libertad que suelen sentir y les ayuda significativamente a aumentar su tolerancia a la frustración que necesariamente sufren.

El grupo constituye un lugar de aprendizaje vicario de estrategias de cuidado excepcional ya que la experiencia personal de todos y cada uno de los

participantes es ejemplo, y por ello oportunidad de aprendizaje, para todo el grupo.

En el grupo se ponen de manifiesto, a través de las experiencias de sus miembros, diferentes estrategias de manejo de muy diversas situaciones difíciles que se presentan en la atención al mayor dependiente y en relación con el resto de la familia, distintas formas de afrontar las conductas inapropiadas de las personas cuidadas y las dificultades del cuidado cotidiano, lo que permite que cada uno de los miembros del grupo incorpore nuevas estrategias y modelos de comportamiento que le pueden ayudar a manejar mejor su día a día, conociendo sus propios límites, al conocer los de los demás, aprendiendo otras formas de afrontar los problemas y de pedir, y aceptar, ayuda en las tareas de cuidado.

Además, al mismo tiempo que un participante es ayudado por la experiencia personal de los demás participantes también se convierte en ejemplo y modelo para el grupo cuando expresa sus vivencias en el grupo. Esta experiencia de ayudar y ser ayudado a través de la experiencia personal de los participantes, y de enseñar y aprender de las vivencias de cada uno de ellos, constituye una de las fuentes más profundas de autoestima personal y de fortalecimiento personal que repercuten de forma muy positiva sobre el bienestar psicológico del cuidador.

El aprendizaje vicario en el grupo es especialmente relevante para el aprendizaje del *control de la sobrecarga* de los cuidadores. Los cuidadores con más sobrecarga y que tienen dificultades para poner límites a su dedicación a la tarea de cuidado y a las demandas, a veces injustificadas, de la persona cuidada, suelen aprender diferentes actitudes y modos de actuar de otros participantes que han desarrollado actitudes y conductas más apropiadas a la situación poniendo límites tanto al tiempo dedicado al cuidado y al número y tipo de tareas de cuidado que llevan a cabo, como a las demandas inadecuadas de la persona cuidada. Este aprendizaje sobre cómo y cuando poner límites a la tarea de cuidar es especialmente relevante para aquellos cuidadores que mantienen una serie de creencias falsas con respecto al cuidado, tales como que cuidar bien significa satisfacer todas las demandas de la persona cuidada y ayudar en todas sus actividades al mayor, aunque sea capaz de realizarlas por sí mismo. Habitualmente, estos cuidadores también piensan que únicamente ellos saben cómo cuidar a su familiar, que el familiar sólo quiere ser cuidado por ellos, que el cuidado del familiar es mucho más importante que su propio cuidado y que el familiar tiene más derecho al bienestar físico y psicológico que ellos mismos, creencia que en muchas ocasiones tiene su origen en diferentes situaciones de sometimiento a la autoridad o al familiar cuidado desde el comienzo de la relación con éste muchos años atrás.

Por otro lado, en el contexto del trabajo grupal se promueve la restauración de conductas apropiadas que, en muchos casos, los cuidadores han dejado de llevar a cabo. En muchos casos es necesario prestar especial atención en primer lugar a la atención a la propia salud por parte de los cuidadores, ya que frecuentemente relegan el cuidado a su propia salud anteponiendo en sus prioridades la atención a las necesidades de la persona cuidada. En ocasiones, este abandono de la propia atención médica parece responder al temor a descubrir algún padecimiento que pudiese poner en riesgo la continuidad de su labor como cuidadores.

Por otra parte, en los casos en los que de un modo inadecuado, y a veces extremo, los cuidadores son muy reacios a pedir y aceptar ayuda, otro propósito de los grupos consiste en ayudar a los cuidadores a saber pedir, y a aceptar, las ayudas que realmente necesitan y que de un modo real contribuirían a disminuir su sobrecarga física y psicológica.

El hacer ejercicio físico, el respeto de un horario de sueño y descanso, el cuidado de la alimentación, el mantenimiento de los contactos sociales de confianza, el cultivo de aficiones y la dedicación de algún tiempo al ocio, son algunas de las conductas saludables que es necesario promover entre los cuidadores de los mayores.

El trabajo grupal ofrece una oportunidad excepcional para la *valoración de los aspectos gratificantes y positivos de la tarea de cuidado*. En el grupo los cuidadores pueden conectar y alimentarse emocionalmente de las consecuencias e implicaciones positivas que también conlleva la labor de cuidado al ver reflejados en otros cuidadores todas sus capacidades y todos los valores humanos de la tarea de cuidado. La valoración por el resto de los miembros del grupo de la tarea de cuidado que lleva a cabo cada cuidador facilita su reconocimiento de la satisfacción por cuidar de un ser querido.

Además, descubrirse a uno mismo con cualidades y capacidades nuevas no desarrolladas hasta el momento, descubrir otras dimensiones de la vida personal y familiar que por diferentes motivos no se habían vivido con anterioridad y redescubrir a la persona cuidada, permite que se desarrolle una profunda satisfacción por cumplir con lo que se siente como una profunda, y a la vez querida, obligación con el ser querido.

FASES DEL TRABAJO GRUPAL

En el contexto de la dinámica de grupos no es posible, ni tampoco deseable, imponer de antemano unas fases o etapas rígidas para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico grupal, ya que de ese modo se limitaría la espontaneidad de los participantes y se condicionaría en un alto grado el surgimiento de los problemas que realmente y en cada momento preocupan a los

cuidadores para su análisis en el grupo. Un principio importante del trabajo con grupos es la adaptación de las intervenciones psicoterapéuticas a los ritmos particulares de evolución de cada grupo. No obstante, en el trabajo con cuidadores de mayores dependientes los grupos suelen desarrollarse con mucha frecuencia en función de un patrón subyacente que permite diferenciar tres etapas. Estas etapas se entremezclan en gran medida entre sí, produciéndose el paso de una a otra de un modo gradual sin que haya un momento en el tiempo que delimite tajantemente una de otra.

En la primera de estas fases el trabajo grupal suele estar concentrado en torno al desahogo de la tensión psicológica y emocional de los cuidadores. Las intervenciones psicoterapéuticas durante las primeras sesiones que más pueden ayudar a facilitar este desahogo son las que fomentan el conocimiento mutuo de los miembros del grupo, a la vez que a generar un clima de intimidad y confianza que promueva la expresión y descarga emocional, y favorezca la cohesión del grupo, creándose un sentimiento de pertenencia. La inclusión de los participantes en el grupo mediante su participación e implicación emocional se produce en esta primera fase. Durante las primeras sesiones los participantes tienen la oportunidad de ver cómo el grupo escucha, acoge y acepta sus vivencias de la situación de cuidador, así como la expresión de sus sentimientos, a veces dolorosos y a veces negativos, lo que les produce un aliviador sentimiento de ser aceptados.

Asimismo, en esta primera etapa del desarrollo grupal, los cuidadores suelen tener toda su energía volcada sobre la persona cuidada y sobre la tarea de cuidar, sus intervenciones están más dirigidas a explicar la situación, las dolencias y las circunstancias de la persona cuidada que a describir sus propias vivencias, las referencias a ellos mismos se centran en la descripción de sus tareas de cuidado y las dificultades a las que se enfrentan, y frecuentemente no suelen ser muy conscientes del grado de sobrecarga a la que están sometidos. No obstante, gracias a la expresión emocional de su dolor y de sus frustraciones en el grupo, y a la respuesta empática del grupo a esta expresión, los cuidadores comienzan a tomar progresivamente conciencia de su sobrecarga, de sus emociones positivas y negativas, de sus necesidades y de sus deseos.

El trabajo del grupo en esta primera etapa incluye habitualmente el análisis de las relaciones entre cuidado y cuidador, tanto las actuales como las pasadas, así como la revisión de la trayectoria vital de los cuidadores, que en gran medida ayuda a comprender a los miembros del grupo el origen de los estilos de afrontamiento de la situación de cuidado y los patrones de conducta de cada cuidador, por lo que se hace hincapié tanto en las vivencias del presente como en las experiencias y circunstancias del pasado que han condicionado su situación actual como cuidador.

Una vez creado el clima de confianza, confidencialidad y cohesión grupal que favorece la introspección, la reflexión y el análisis individual, así como

la interacción interpersonal, la segunda fase del desarrollo de los grupos se centra normalmente alrededor del análisis de las circunstancias, problemas y vivencias de los cuidadores en el presente, por lo que se reconduce la atención de los cuidadores hacia ellos mismos, hacia su situación actual y sus problemas cotidianos. Los cuidadores reflexionan sobre las renunciaciones que supone su dedicación al cuidado, sobre los aspectos dolorosos y negativos del cuidado y sobre los aspectos positivos y gratificantes del cuidado. Gran parte de las intervenciones psicoterapéuticas se dirigen a facilitar que los cuidadores tomen conciencia en mayor medida de sus emociones y sentimientos, los reconozcan y los acepten, y en especial de sus sentimientos ambivalentes. Consiguientemente, se analizan los sentimientos de culpa, de autorreproche y de desvalorización personal, bastante comunes en los cuidadores, sobre todo cuando sienten que no alcanzan las normas y los imperativos categóricos que ellos mismos se autoimponen —la entrega incondicional, la obediencia, la docilidad, la complacencia, el cuidado del otro, el ser buen hijo o hija, esposo o esposa, etc.—. En consecuencia los miembros del grupo reflexionan sobre sus creencias y valores internalizados y más arraigados, y sobre los mensajes que se transmiten a sí mismos con más frecuencia y que condicionan sus actitudes, conductas y sentimientos relacionados con el cuidado de su familiar.

Por otra parte, en esta etapa central del proceso del grupo la acción psicoterapéutica se centra en promover la reestructuración personal mediante la reconexión de los cuidadores con ellos mismos, con sus emociones, sentimientos y vivencias, y mediante el fomento de las interacciones personales. El restablecimiento de la identidad personal implica que el cuidador reconozca que su identidad como persona independiente es mayor que su rol de cuidador, que su vida puede incluir otras vivencias además de la tarea de cuidado, que es —además de cuidador— un sujeto separado de la situación de enfermedad y dependencia. Esta desidentificación del cuidador con el rol exclusivo de cuidador, implica una cierta toma de perspectiva con respecto a la situación de cuidado, así como al reconocimiento de las propias necesidades y deseos.

En esta segunda fase, también el grupo hace mayor énfasis sobre el cuidado que el cuidador se presta a sí mismo, y la consideración del grado de absorción del cuidador por la tarea, lo que lleva al planteamiento en el grupo de los problemas con los que los cuidadores se encuentran para poner límites a la tarea de cuidado y a las demandas inadecuadas de los mayores cuidados. En este momento del grupo se produce una gran cantidad de intercambio de experiencias en cuanto al establecimiento de límites, a la utilización de estrategias para el manejo de las conductas difíciles de las personas cuidadas y a las habilidades instrumentales adecuadas para el cuidado de los mayores.

Se analiza en el grupo la sobrecarga de cada uno de sus miembros, se comentan con detalle las dificultades que plantean las conductas inapropiadas y disruptivas de los mayores cuidados y los sentimientos que estas provocan en los cuidadores, y se enfatiza en el grupo la diferenciación entre el enfermo y las conductas que se derivan de la enfermedad.

Tras el énfasis del grupo en la toma de conciencia de la sobrecarga del cuidador y de sus necesidades, los cuidadores suelen comenzar a plantearse la posibilidad y la conveniencia, para ellos mismos y para la persona cuidada, de pedir ayuda y compartir las tareas de cuidado con otros familiares, otras personas y otros profesionales. Por ello, es frecuente el análisis de los sentimientos y consecuencias en los cuidados y en los cuidadores derivadas de contar con las ayudas a domicilio, con los centros de día y con las residencias para mayores. Las intervenciones psicoterapéuticas en esta fase del grupo suelen estar dirigidas a clarificar los sentimientos ambivalentes y la confusión que sufren los cuidadores al entrar en conflicto sus valores y principios personales más fundamentales.

En la tercera fase, la dinámica del grupo suele estar más relacionada con la adopción por parte de los cuidadores de nuevas actitudes y conductas, con la valoración de la tarea de cuidado y su aceptación como parte de sus trayectorias vitales, y con el replanteamiento, recuperación y reconstrucción del sentido vital de los cuidadores, en el contexto de la interacción personal entre los participantes.

En esta etapa, la energía de los cuidadores y del grupo en su conjunto se reorienta hacia nuevas actividades, hacia la recuperación de relaciones personales abandonadas en el pasado o el establecimiento nuevas relaciones personales y hacia la definición de objetivos personales propios, por lo que la consideración del futuro se convierte en una dimensión importante en esta última fase de los grupos. Los miembros del grupo son conscientes de que la labor de cuidar, que actualmente llena sus vidas, terminará en algún momento y resultará difícil reconstruir una vida personal propia, si la vida que han vivido se ha dedicado exclusivamente a la tarea de cuidar y ha tenido sentido sólo en relación con el cuidado. La consideración del futuro de los cuidadores, una vez concluida la situación de cuidado del mayor dependiente, conlleva el análisis de las relaciones del cuidador con otras personas que no son el cuidado y con otras actividades que no son el cuidado. En esta fase el grado de cooperación entre los miembros del grupo es muy alto y es prácticamente continua la interrelación emocional entre ellos.

Las intervenciones psicoterapéuticas se dirigen, por un lado, a fomentar la relación interpersonal entre los miembros del grupo y, por otro, a promover la toma de conciencia de su propia vida. Asimismo, intentan facilitar el reconocimiento del sentido y el valor de su vida independiente de la vida del enfermo. Esto supone para los cuidadores integrar el cuidado en el sentido

y significado global de su vida. También, la labor del grupo en esta última fase consiste en acompañar al cuidador en el proceso por el que, al sentido que ya tiene su vida como cuidador de una persona mayor, le va a añadir otras dimensiones vitales, otros nuevos sentidos, a través del establecimiento y mantenimiento de nuevas relaciones sociales, y mediante la práctica de nuevas actividades personales o la recuperación de las actividades propias que había abandonado.

En su conjunto, el trabajo del grupo a lo largo de las etapas anteriores, al promover el desahogo de la tensión emocional, la reestructuración personal y la resocialización de los cuidadores, junto con la reconsideración de los valores humanos profundos de los cuidadores, facilita, por un lado, que puedan tomar la suficiente distancia cognitiva y emocional de la situación de cuidado como para poder valorarla de un modo más objetivo y, por otro lado, que puedan revalorar y tener muy presentes los principios y valores que sustentan o han sustentado su dedicación al cuidado.

Ambas cosas, llevan a que los cuidadores puedan valorar de nuevo, habitualmente de forma muy positiva, su labor como cuidadores, aunque sus actitudes hacia la tarea de cuidar y las formas de cuidar hayan cambiado o aunque ahora la tarea de cuidado se comparta con otras personas o instituciones y se reciban ayudas complementarias.

En aquellos casos en los que las condiciones de la persona cuidada y las condiciones del cuidador han hecho que ya no sea posible el cuidado del mayor en el ámbito del hogar, los cuidadores son capaces de reconocer el hecho de que han hecho todo lo que han podido, y durante todo el tiempo que han podido, por cuidar a su familiar, son capaces de valorar con satisfacción y orgullo la tarea que han llevado a cabo durante mucho tiempo, y están también en mejores condiciones para mantener una nueva y, a veces, muy intensa y gratificante relación con su familiar dependiente.

III. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO GRUPAL CON CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES: EL PROGRAMA CUIDAR AL CUIDADOR.

La Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid puso en funcionamiento en el año 2004 un programa innovador de atención a los cuidadores de mayores dependientes. Este programa denominado Cuidar al Cuidador se dirige específicamente a aquellas personas que desempeñan su labor de cuidado en unas condiciones de excesiva sobrecarga y les ofrece atención psicológica terapéutica mediante dinámica de grupos.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA *CUIDAR AL CUIDADOR*

El diseño del trabajo psicológico directo con los usuarios a los que se atiende y ha atendido gracias al programa *Cuidar al Cuidador* ha sido realizado —durante el periodo 2004-2005— por los psicólogos de la Asociación Cauces. El trabajo psicológico del programa durante los años 2006 y 2007 está siendo realizado tanto por la Asociación Cauces como por la empresa Consultores Núñez y Martín. Las tareas de gestión administrativa del programa han estado, y están, a cargo de la Dirección General de Mayores, así como las tareas de selección de los participantes en el programa, que se han llevado a cabo en colaboración con los Departamentos de Servicios Sociales de los Distritos Municipales en los que se ha desarrollado, y se está desarrollando actualmente, el programa.

Desde julio de 2004 hasta diciembre de 2007 se ha atendido a aproximadamente 930 personas en 66 grupos en horarios de mañana y tarde, con una media de 14 personas por grupo. La tasa global de adhesión al programa, el porcentaje de participantes que han participado en el mismo hasta su conclusión, ha sido de aproximadamente un 83%. El programa prevé realizar 24 grupos durante el año 2008, 12 grupos simultáneos cada semestre.

Las personas mayores dependientes a las que cuidan los cuidadores que han asistido a los grupos tienen una media de edad de ochenta y un años. De ellos, aproximadamente un 10% presentan dependencia cognitiva, un 20% dependencia funcional y un 70% dependencia mixta (tanto cognitiva como funcional). Los cuidadores a los que se ha atendido en los grupos durante este periodo tenían una edad media de sesenta y cinco años, habían dedicado una media de ocho años al cuidado del mayor dependiente y dedicaban una media de quince horas diarias al cuidado del mayor, incluyendo en ese tiempo las horas dedicadas durante la noche, periodo en el que inevitablemente interrumpen su descanso nocturno.

El análisis de los motivos de las faltas esporádicas a alguna de las sesiones del programa por parte de los participantes reflejó que éstas se debieron fundamentalmente a enfermedad del cuidador o agravamiento de la persona cuidada, a la necesidad de realizar visitas al médico para revisiones que coincidían con el horario del grupo y a problemas laborales, lo que indica el alto grado de compromiso de los participantes con la asistencia a los grupos.

El trabajo psicológico con cada grupo consiste en 14 sesiones de dinámica grupal de una hora y media de duración con grupos cerrados, tanto en cuanto al número de sesiones como a los participantes del mismo. Cada grupo es dirigido por dos psicólogos en régimen de coterapia simétrica y con una formación específica en psicoterapia grupal recibida en el Instituto de

Interacción y Dinámica Personal. Tras cada sesión de grupo se lleva a cabo una sesión clínica, en la que, una vez concluida la sesión de grupo, los psicólogos encargados del grupo analizan la problemática planteada por cada uno de los cuidadores de mayores participantes y la problemática global del grupo, delinean las estrategias terapéuticas adecuadas para cada caso y para el grupo en su conjunto y programan la acción psicológica y terapéutica a desarrollar en las siguientes sesiones.

METODOLOGÍA DE LAS SESIONES GRUPALES

La metodología que se utiliza en las sesiones grupales se caracteriza fundamentalmente por su flexibilidad, de modo que el trabajo grupal se adapta en todo momento a las características únicas y peculiares de cada grupo. Las características fundamentales que determinan la adaptación del trabajo terapéutico a cada grupo concreto son la situación emocional de cada uno de sus miembros, sus características de personalidad, su grado de sobrecarga, su grado de desconexión emocional, su nivel cultural y cognitivo, y el número de participantes de cada grupo.

Esta flexibilidad se concreta en cada grupo adaptando el grado de estructuración de las actividades de dinámica que se realizan en cada sesión, el tipo y la cantidad de ejercicios que se programan, las orientaciones psicopedagógicas que se ofrecen, el nivel de análisis personal con cada uno de los miembros del grupo y el estilo de la interacción grupal. En esta misma línea de adaptación y flexibilidad, los temas que se tratan y sobre los que se profundiza en cada sesión están en función de las necesidades y demandas de cada grupo en cada momento, y del día a día de cada cuidador.

El desarrollo de las sesiones de grupo incluye habitualmente la realización de cinco tipos de actividades básicas.

Ejercicios de relajación

El comenzar las sesiones grupales con una breve relajación de unos 8 ó 10 minutos, facilita la creación de un espacio vivencial grupal separado del transcurso cotidiano de actividades. Para los cuidadores supone entrar en un momento de pausa, de relajación de su tensión, de paréntesis en la secuencia acelerada de sus actividades. Este pequeño periodo de relajación permite una mayor concentración de cada uno de los participantes en su situación personal presente. Al centrar la atención en sí mismos, esta relajación favorece en cada uno de los participantes la toma de conciencia de sí mismo, la conexión con sus sensaciones corporales, emociones, sentimientos y pensamientos.

Los ejercicios de relajación también propician la creación de un ambiente de intimidad entre los miembros del grupo que, a su vez, facilita el desahogo, la expresión de emociones y sentimientos, la introspección, el análisis y la relación interpersonal.

Actividades de comunicación, sensibilización e interacción personal en pequeños grupos

Tras la relajación o como continuación de la misma, se suele proponer al grupo un ejercicio breve, normalmente una duración aproximada de 20 minutos, adaptado al momento grupal, que normalmente se realiza en dos pasos diferenciados. La primera parte, es de trabajo individual y tiene como objetivo promover la reflexión y la introspección o autoconciencia de cada uno de los participantes del grupo, mientras que la segunda parte de los ejercicios se realiza en pequeños grupos, de 2 a 4 personas, tiene dos objetivos básicos; por un lado, fomentar el conocimiento personal entre los miembros grupo, lo que favorece su integración en el grupo, y por otro, entrenar a los participantes tanto en la expresión personal como en la escucha del otro, dado que en esta interacción por parejas los psicólogos delimitan el tiempo que habla y escucha cada uno de los participantes.

Este trabajo en grupos pequeños promueve la participación de todos los cuidadores en la actividad del grupo y alienta la reflexión y la autoconciencia personal, así como la mejora de las habilidades de comunicación interpersonal.

Con ello se facilita la expresión de la problemática de cada uno de los cuidadores en el grupo grande, ya que la expresión pública en el grupo grande, cuando no es precedida por estos ejercicios, en ocasiones, resulta difícil. De hecho, estos ejercicios no sólo han propiciado la interacción entre los participantes en los grupos pequeños sino que, además, han facilitado la expresión de los mismos en el grupo grande.

Dinámica de grupo

Esta actividad es la que permite realizar el trabajo terapéutico de grupo más intenso, una vez que los cuidadores han participado activamente en la realización de los ejercicios de comunicación, sensibilización e interacción personal, que han comentado sus experiencias con otros miembros del grupo al trabajar en pequeños grupos y que han iniciado su expresión frente al grupo total en su conjunto.

El comentario en común en el grupo completo está dirigido, por un lado, a expresar, valorar y resumir las experiencias personales provocadas por los ejercicios iniciales en el grupo y, por otro, a iniciar la fase de participación

de todos los miembros del grupo mediante la expresión de cada una de las problemáticas de los cuidadores fomentando, de modo expreso, la dinámica e interacción interpersonal, implicando a todos los miembros del grupo en la exploración y expresión de los sentimientos hacia sí mismos y hacia los otros desde el encuentro interpersonal auténtico.

Análisis de temas relevantes para los cuidadores de mayores dependientes

El tratamiento de los temas relevantes para los cuidadores de mayores dependientes se plantea en función de las problemáticas personales que preocupan a los participantes concretos del grupo. Por ello, estos temas no se tratan en el estilo de una lección magistral, sino que se exploran al hilo del trabajo grupal, siempre en conexión con la problemática de los miembros del grupo y analizándose en profundidad las vivencias en función de su repercusión en todos los miembros del grupo. De este modo, el análisis por parte de los miembros del grupo de los temas de relevantes para los cuidadores de personas mayores dependientes, se utiliza para fomentar la profundización y la comprensión de las emociones, los pensamientos y las acciones que vive la persona cuidadora.

Todo ello promueve y facilita, a lo largo del transcurso de las 14 sesiones, mayores niveles de autoconocimiento y de autoconciencia, una mayor autoaceptación y aceptación de los sentimientos positivos y negativos o dolorosos asociados a la situación de cuidado, así como de las dificultades y sobrecarga que causa de la labor de cuidado, la detección de estrategias insanas de afrontamiento de las situaciones difíciles asociadas al cuidado y el descubrimiento de otras estrategias más adaptativas a las circunstancias familiares y personales de cada cuidador. También permite la valoración del trabajo y del esfuerzo que conlleva el rol de cuidador y el aprendizaje de estrategias de comunicación y cambio que pueden aliviar la sobrecarga psicológica y física.

Resumen y valoración de la sesión de grupo

Las sesiones grupales se finalizan habitualmente con un breve resumen de lo acaecido en el grupo, haciendo especial hincapié en las vivencias comunes de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores miembros del grupo, en la universalidad de la problemática de los cuidadores a la vez que se enfatiza la particularidad de cada una de sus situaciones concretas, la importancia del desarrollo de estrategias de acción para sobrellevar las sobrecargas a las que están sometidos, la importancia de las actitudes con las que los cuidadores se enfrentan a sus tareas, la relevancia de la significación y sentido último que supone a atención a las personas mayores dependientes,

la importancia de la expresión de los sentimientos (tanto negativos como positivos) que provoca el rol de cuidador de cara a un desahogo de la tensión psicológica producida por la sobrecarga personal, y la importancia de la mejora de las habilidades de comunicación, expresión y convivencia tanto con la persona cuidada como con el resto de las personas que constituyen el entorno familiar y de convivencia del cuidador.

IV. CONCLUSIONES

La conclusión principal y más esperanzadora que puede extraerse de la experiencia del trabajo grupal del programa *Cuidar al Cuidador* es que las consecuencias psicológicas más deteriorantes asociadas a la situación de sobrecarga por el cuidado de un mayor dependiente no son inevitables y pueden paliarse a través de la ayuda psicoterapéutica grupal.

A lo largo del desarrollo de las 14 sesiones grupales, los psicólogos responsables de los grupos advierten de modo notable la disminución de la tensión psicológica de los cuidadores que parece ser un resultado del desahogo emocional que permite y facilita el grupo. Asimismo, se observa, en gran parte de los cuidadores, una mitigación de la sobrecarga física en la medida en la que los participantes del grupo aprenden a poner límites razonables y saludables a las demandas excesivas del cuidado. Es frecuente observar en los grupos que el ejemplo de los participantes que manejan adecuadamente situaciones difíciles lleva a que otros cuidadores aprendan nuevas estrategias de solución de problemas, de establecimiento de límites sanos y de formas de solicitar y aceptar ayudas sociales. Este aprendizaje vicario que se produce en el grupo, permite y facilita el restablecimiento de conductas apropiadas en los participantes del grupo, sobre todo de las relacionadas con el autocuidado y con la propia salud.

La asistencia al grupo, las relaciones personales que se establecen entre los participantes y el restablecimiento de otras relaciones sociales fuera del ámbito del grupo, reducen el aislamiento y la desconexión social de los cuidadores en la medida en la que el grupo fomenta la resocialización de sus miembros al potenciar y restituir parcialmente las relaciones y la comunicación interpersonal.

También se aprecia a lo largo de las sesiones una disminución de la desconexión emocional y física que presentan los cuidadores sobrecargados. El énfasis que se hace en el grupo dirigido a que los participantes centren su atención en cómo se sienten, el expresar y escuchar su dolor y el de los demás miembros del grupo así como sus vivencias más profundas, les ayuda a reconocer y aceptar sus sentimientos. Este proceso que resulta muy doloroso y desgarrador les permite volver a conectar con sus necesidades físicas

y psicológicas y, como consecuencia, les anima en la búsqueda de ayudas y soluciones que alivien su situación.

Asimismo, se observa que la expresión emocional y la descarga de tensión, junto con la comprensión de que el cuidador es más grande que el dolor que experimenta, parecen contribuir a la disminución de la intensidad y frecuencia con la que los cuidadores vivencian estados de ánimo negativos y depresivos. La aceptación de la naturalidad y justificación de sus estados depresivos permite a los cuidadores integrar estas vivencias de un modo más sano, al entender mejor sus reacciones como una consecuencia, casi siempre inevitable, de la situación de dependencia de la persona cuidada y del deterioro de su relación con ella.

En la fase final de los grupos se advierte asimismo una disminución de los sentimientos de culpa que parece ser el resultado de una mejor autocomprensión, que a menudo se facilita a través de la percepción y comprensión de los sentimientos de culpa inapropiada o insana en otros miembros del grupo que, como ellos, también tienen sentimientos ambivalentes y viven momentos de desesperación.

Por otra parte, el reconocimiento y valoración de la labor de cuidado que cada cuidador recibe por parte del resto de los miembros del grupo, así como el comprender y valorar a otros cuidadores que viven una situación semejante, permiten conectar profundamente con los aspectos más positivos y gratificantes de la labor de cuidar de un ser querido.

El trabajo realizado en el grupo, al ser compartido con cuidadores de mayores en distinto grado de deterioro y al producirse con frecuencia en los grupos el fallecimiento de alguno de los familiares cuidados, la participación en la dinámica puede preparar a los cuidadores para cuando el enfermo ya no esté, de modo que sea más fácil la elaboración del duelo cuando el mayor cuidado fallezca.

El grupo también contribuye a la comprensión de la tarea de cuidado como una labor que pone de manifiesto los aspectos trascendentes de la persona y a hacer a los cuidadores conscientes de esta trascendencia personal y del sentido último de su labor. Todos estos aspectos muestran la enorme riqueza humana que se logra cuando se produce el encuentro interpersonal auténtico. Por ello, puede considerarse que la dinámica de grupo con los cuidadores, además de ser eficaces en la resolución de los conflictos psicológicos, les sensibilizan hacia los demás, hacia el otro, promoviendo y potenciando la tolerancia y la comprensión interpersonal.

Estas valoraciones cualitativas sobre la eficacia del programa se ven también avaladas por algunos datos cualitativos que se han obtenido gracias a las evaluaciones que ha llevado a cabo la Dirección General de Mayores. En estas evaluaciones se han utilizado los cuestionarios de Zarit, que mide el grado de esfuerzo del cuidador, y el cuestionario GHQ-28, que detecta cambios en

la función normal del cuidador y que explora los síntomas somáticos de sobrecarga, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. El análisis de las respuestas de los cuidadores a estos cuestionarios mostró que había una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos por el GHQ-28 antes y después de las 14 sesiones del programa, en los seis primeros distritos realizados en el año 2004. Estos resultados muestran la efectividad del programa sobre el estado de bienestar, la percepción somática, el estado de ánimo y la actividad social del cuidador principal, aunque la sobrecarga global no cambia (Serrano, Tena-Dávila, Romer y Martín Tejedor, 2005).

Otra medida de la eficacia del programa utilizada hasta el momento ha sido el nivel de adherencia al programa, siendo ésta del 76% —en los grupos de los 12 primeros distritos en los que se implantó el programa—, tasa que se encuentra en tasas satisfactorias de adherencia. Los abandonos o bajas del programa se deben en un 55% a motivos predecibles lo que permitirá en el futuro aumentar la tasa de adherencia (Tena-Dávila, Serrano, García Carpio, Rodríguez-Zafra y Martín Tejedor, 2005).

Todas estas evaluaciones cualitativas y cuantitativas en su conjunto parecen avalar la eficacia y buen funcionamiento del programa *Cuidar al Cuidador* tal y como se está desarrollando hasta el momento. No obstante, siempre es posible introducir mejoras que aumenten la eficacia y eficiencia del programa. La experiencia de los psicólogos responsables de los grupos indica que la adecuación del número de participantes en cada grupo, la extensión de la duración del programa y su complemento con la atención psicológica individualizada, pueden ser ámbitos de mejora del programa.

Además de las recomendaciones de los expertos en terapia de grupo y en dinámica de grupo (Yalom, 1986; Yalom y Vinogradov, 1996, y López-Yarto, 1997) sobre el número de participantes adecuado, que oscila entre un mínimo de 8 y un máximo de 12, el análisis de los datos de las bajas que se han producido en los grupos en función de su tamaño indica que cuando los grupos son muy numerosos, más de 12 participantes, el número de bajas se incrementa. Este efecto sobre la tasa de adherencia del tamaño inicial de los grupos puede deberse a que a mayor tamaño del grupo inevitablemente se produce una disminución en la intensidad y en la profundización en el desahogo y el análisis personal de cada uno de los miembros del grupo.

De forma sistemática los participantes de los grupos solicitan la ampliación de la duración del programa. Esta ampliación podría ofrecerse bien aumentando el número actual de sesiones del programa o bien ofreciendo grupos permanentes y abiertos a los que se incorporarían nuevos miembros en la medida en la que los participantes más antiguos ya no necesitaran esta ayuda psicológica. Por otro lado, la atención psicoterapéutica en grupo podría complementarse con atención psicológica individual para aquellas personas que por su situación así lo requiriesen.

V. EPÍLOGO

Independientemente de las evaluaciones objetivas de carácter cuantitativo y de las valoraciones cualitativas de los psicólogos encargados de los grupos, los cuidadores suelen manifestar a lo largo del programa su satisfacción con el mismo y los beneficios que obtienen con su participación. Como colofón de este trabajo se incluye a continuación el testimonio, escrito en una servilleta de papel, de una de las cuidadoras que ha participado en el programa.

LLEGA EL JUEVES
¡QUÉ ALEGRÍA!
PREPARO LA MENTE
Y EN EL CORRO QUE FORMAMOS
SOLTAMOS POQUITO A POCO
Y UNO A UNO "EL GRAN
DOLOR"
PARECE QUE RESPIRAMOS
¡QUE VIVIMOS Y MEJOR
COMPARTIR ES TAN
HERMOSO, QUE A VECES
CUESTA CREERLO
PERO SE DESHACE EL
GRUPO Y SIENTO TAN
GRAN ALIVIO
QUE ME VOY CON GRAN
CONTENTO
27-IV-2006 Pepita

LLEGA EL JUEVES
¡QUÉ ALEGRÍA!
PREPARO LA MENTE
Y EN EL CORRO QUE FORMAMOS
SOLTAMOS POQUITO A POCO,
Y UNO A UNO, «EL GRAN DOLOR».
PARECE QUE RESPIRAMOS,
QUE VIVIMOS MEJOR.
COMPARTIR ES TAN HERMOSO,
QUE A VECES CUESTA CREERLO.
PERO, SE DESHACE EL GRUPO
Y SIENTO TAN GRAN ALIVIO
QUE ME VOY CON GRAN CONTENTO.

27-IV-2006

PEPITA

VI. AGRADECIMIENTOS

El sentido de incluir este trabajo en el contexto de este libro es agradecer a José Antonio García-Monge Redondo —*cuidador*, profesor, consejero, supervisor y amigo—, por parte tanto de los autores de este trabajo como por parte de todos los psicólogos implicados en el programa *Cuidar al Cuidador*, su iniciativa, orientación, supervisión y apoyo permanentes. Este agradecimiento es extensivo también a los profesores de la *Asociación de Psicoterapeutas Laureano Cuesta* y del *Instituto de Interacción y Dinámica Personal*, José María Burdiel Nales, Luis López-Yarto Elizalde, Amadeo Mañós Gonzalbo, Javier Ortigosa Perochena y Carlos Velasco Murías, que han sido los formadores en el área de la Terapia y Dinámica de Grupos de los psicólogos responsables del trabajo psicoterapéutico del programa.

A los cuidadores de mayores dependientes participantes en el programa *Cuidar al Cuidador*, que han sido —y siguen siendo— una fuente inagotable de aprendizaje vital y un ejemplo de fortaleza personal frente a las dificultades de la vida.

A la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, en especial a su Director General D. Florencio Martín Tejedor, por la iniciativa de poner en funcionamiento el programa *Cuidar al Cuidador* para atender a las necesidades psicológicas de los cuidadores de mayores dependientes, y a todos los trabajadores sociales y al personal de la Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid responsables de la gestión administrativa del programa y de la selección de los participantes.

A la Asociación Cauces, a la empresa Consultores Núñez y Martín, y a los psicólogos del programa *Cuidar al Cuidador*⁴, por su compromiso con los objetivos humanos profundos del programa.

⁴ María Jesús Álvarez de Diego, Teresa Andrés Mascuñana, María Nieves Chico de Guzmán Escrivá de Romaní, Loreto Cid Egea, Ana Espinosa González, Rosa Fernández López, Laura García Galeán, Guillermo Gil Escudero, José Manuel González Trobo, Pedro Pablo Herráiz Domingo, José María Herrera Jofre, Macarena López Anadón, Concepción Marrodán Mazo, María Isabel Mayoral Parras, Cristina Otero Boticario, Cristina Peñalba de las Heras, Carlos Ramos Santos, Francisco de Vicente Pérez, Mónica Rodríguez Zafra y Cristina Ruiz de Arana Marone.

VII. REFERENCIAS

- BRABENDER, V. (2002): *Introduction to group therapy*, Wiley, New York.
- CENTENO SORIANO, C. (2004): *Cuidar a los que cuidan: Qué y cómo hacerlo*, Formación Alcalá, Alcalá la Real.
- CHESNER, A., y HAHAN, H. (2002): *Creative advances in groupwork*, Kingsley, London.
- COREY, G. (1995): *Teoría y práctica de la terapia grupal*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- COREY, M. S., y COREY, G. (2002): *Groups: Process and practice*, Brooks/Cole, Pacific Grove.
- FERNÁNDEZ MARTOS, J. M. (1978): *Evaluación de los efectos de la dinámica de grupos sobre la capacidad de comunicación*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- GARCÍA-MONGE REDONDO, J. A. (2001): *Unificación personal y experiencia cristiana*, Sal Terrae, Santander.
- (2004): *Treinta palabras para la madurez*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- GROTJAHN, M. (1979): *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*, Paidós, Buenos Aires.
- IZAL FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ, M.; MONTORIO CERRATO, I., y DÍAZ VEIGA, P. (2002): *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- KAPLAN, H. I., y SADOCK, B. J. (1998): *Terapia de grupo*, Médica-Panamericana, Madrid.
- KNIGHT, B. G. (2004): *Psychotherapy with Older Adults*, Sage, London/Thousand Oaks.
- LÓPEZ-YARTO ELIZALDE, L. (1997): *Dinámica de grupos: Cincuenta años después*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- (2002): «Terapia de grupo o terapia en grupo», en *Aperturas Psicoanalíticas*, núm. 10. <http://www.aperturas.org>
- MACLENNAN, B. W.; SAUL, S., y WEINER, M. B. (1989): *Group Psychotherapies for the Elderly*, International Universities Press, Madison.
- RODRÍGUEZ PONCE, C. (2005): «Eficacia de las intervenciones con familiares», ponencia presentada a la sesión plenaria del XVLL Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Málaga.
- RUIZ DE ARANA, C. (1977): *El autoconcepto y sus posibilidades de cambio a través de la dinámica de grupos*, Tesis Doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- RUTAN, J. S., y STONE, W. (2001): *Psychodynamic group psychotherapy*, Guilford, New York.
- SANCHO M. T. (2005): «Las demencias en el ámbito familiar», ponencia presentada a la sesión plenaria del XVLL Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Málaga.
- SERRANO, P.; TENA-DÁVILA, M. C.; ROMERO, R., y MARTÍN TEJEDOR, F. (2005): «Impacto del programa “Cuidando al Cuidador” en la calidad de vida de los cuidadores», en el XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontolo-

- gía y al XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología, Málaga, 8 al 11 de junio de 2005.
- TENA-DÁVILA, M. C.; SERRANO, P.; GARCÍA CARPIO, M. S.; RODRÍGUEZ-ZAFRA, M., y MARTÍN TEJEDOR, F. (2005) «Adherencia al programa cuidar a cuidador del ayuntamiento de Madrid», en las IV Jornadas del Seminario de Intervención y Políticas Sociales, Madrid, 17 al 19 de noviembre de 2005.
- YALOM, I. (1986): *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, FCE, México.
- YALOM, I. D. (2000): *Psicoterapia existencial y de grupo*, Paidós, Barcelona.
- YALOM, I., y VINOGRADOV, S. (1996): *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Paidós, Barcelona.
- ZARIT, S. H. y KNIGHT, B. G. (1999): *A Guide to Psychotherapy and Aging: Effective Clinical Interventions in a Life State Context*. Washington, American Psychological Association.

[Recibido: 10 de febrero

Aceptado por el Consejo de Redacción: 22 de febrero]