

Presentación del autor

El Dr. Javier López Martínez es Licenciado en Psicología por el CEU-San Pablo (2000), y doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (2005). Desde el curso 2001-2002 imparte docencia en el módulo de cuidadores de personas con cáncer en el Máster en Psico-oncología de la Universidad Complutense y desde el curso 2005-2006 es profesor del Departamento de Psicología de la Universidad San Pablo-CEU, siendo el coordinador del título propio e impartiendo docencia sobre diversas asignaturas relacionadas con la familia: *Terapia de pareja-Prácticas; Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia; Psicología y psicopatología de la comunicación conyugal y familiar.*

Ha sido galardonado con diversos premios de investigación: premio Rafael Burgaleta 2003, otorgado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, premio de la Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología 2005 a la mejor comunicación escrita en la IX Reunión de la S.M.G.G. y premio Ángel Herrera 2006 a la mejor labor de investigación de la fundación Universitaria San Pablo-CEU.

Es autor de diferentes artículos científicos publicados en revistas tanto nacionales como internacionales, entre las que destacan International Journal of Geriatric Psychiatry, Archives of Gerontology and Geriatrics, Revista Española de Geriátrica y Gerontología, Hoja de Psicodrama y JANO, Medicina y Humanidades. Asimismo es autor del capítulo “Religaciones y psicodrama en niños del libro” en el libro “Psicodrama y salud” coordinado por T. Herranz y publicado por la Universidad Pontificia de Comillas.

Ha presentado trabajos en diferentes seminarios, congresos y reuniones científicas entre los que cabe destacar el III Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Benidorm, 2000), la XVI Reunión Nacional de la Asociación

Española de Psicodrama (El Escorial, 2000), el Vth European Congress of Gerontology (Barcelona 2003); el XLVI Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Las Palmas, 2004); la European Conference on Psychological Assessment (Benalmádena, 2004), el XXVIII International Congress of Psychology (Pekín, 2004), el V Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Benidorm, 2004), el IX Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología (Madrid 2004), el XLVII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Málaga, 2005); el IX European Congress of Psychology (Granada, 2005), el XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Pamplona, 2006) o las XI Jornadas de Actualización en Psicogeriatría (Barcelona, 2006).

Dentro del campo investigador, ha sido miembro de los equipos investigadores de diferentes proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Educación, la Comunidad Autónoma de Madrid y la Universidad Complutense. Asimismo ha realizado varias estancias en centros de investigación extranjeros: en el Centro de Envejecimiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Victoria, Victoria (Canadá) con la profesora Holly Tuokko y en el Departamento de Human Development and Family Studies de la Universidad de Penn State, State College (EE.UU) con el profesor Steve Zarit.

**EL CUIDADO DE NUESTROS MAYORES: ¿SATISFACCIÓN Y/O
SOBRECARGA?**

Dr. Javier López Martínez

Profesor Colaborador Doctor

Departamento de Psicología

Facultad de Humanidades y Ciencias de La Comunicación

Universidad San Pablo-CEU

Pº Juan XXIII, 8

28040-MADRID

Tfno: 91.4564200 Ext. 4266

Fax: 91 5543757

Email: jlopezm@ceu.es

Resumen

El cuidado informal juega un papel esencial en la atención a los mayores dependientes en nuestro país. Por un lado, porque contribuye a rellenar lagunas y carencias de las redes sociosanitarias de servicios. Por otro, porque son el eje fundamental de las políticas sociales de atención a las personas mayores en los países desarrollados, las cuales se plantean como objetivo prioritario “el envejecimiento en casa”.

Pero cuidar a un familiar mayor no siempre es fácil y en numerosas ocasiones supone una notable fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales. En concreto, la mayoría de los cuidadores padecen o han padecido problemas osteomusculares. Y pese a que no siempre buscan ayuda médica para sus propios problemas de salud, lo cierto es que presentan en numerosas ocasiones problemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y dermatológicos. Además cuidar también repercute en la salud mental, especialmente en un incremento relevante de los niveles de ansiedad y depresión, así como en una mayor ingesta de psicofármacos para paliar estos problemas. No obstante no todo son efectos perjudiciales sino que también los cuidadores experimentan sentimientos positivos asociados al desempeño de su rol: se sienten satisfechos por la tarea realizada, experimentan un crecimiento personal, creen que es una oportunidad para devolver al familiar mayor lo mucho que él ha hecho antes por quien ahora le cuida... En la mejor adaptación de los cuidadores a una situación potencialmente estresora como es la que ellos tienen que afrontar día a día, juegan un papel muy importante las respuestas, las reacciones que se lleven a cabo. De hecho, resulta decisivo la respuesta de sentido que cada cuidador da a su propia situación. La búsqueda de sentido contribuye por un lado a disminuir la sobrecarga emocional y física que genera la situación, y ayuda a experimentar sensaciones de satisfacción por otro

1. Introducción

La capacidad de cuidar de otros seres humanos es una conducta tan cotidiana como aprender a vestirse o a caminar. De algún modo todos somos cuidadores y personas a las que se puede cuidar. En el transcurso de nuestras vidas inevitablemente ejercemos ambos roles. Sin embargo, aprender a ser un cuidador no surge de forma automática y en ocasiones no resulta nada sencillo.

En los últimos 20 años el cuidado informal de personas mayores –aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, ni es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares- se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto desde un punto de vista social como clínico.

El progresivo envejecimiento de la población en nuestro país está haciendo que cada vez haya más personas mayores que requieren algún tipo de ayuda para el desempeño de sus actividades cotidianas. Nunca como hoy habían existido unos porcentajes tan altos de personas mayores necesitadas de ayuda y cuidados (IMSERSO, 2005).

Ciertamente el cuidado formal, es decir, el cuidado profesional de los mayores con demencia, de iniciativa pública o privada, va aumentando cada vez más su presencia en nuestro país. Cada vez hay más profesionales remunerados que atienden a los mayores cuando lo necesitan. Pero, hoy por hoy, el cuidado informal además de ser el más numeroso, contribuye no solo a rellenar las lagunas de los servicios profesionales proporcionados por las entidades sociosanitarias, sino que también mantiene el bienestar del mayor, así como su calidad de vida y su seguridad.

Es bien conocido que tradicionalmente la familia se ha encargado de cuidar a sus miembros mayores. Pero últimamente hay un creciente interés por este tema. Este nuevo interés puede ser debido bien a las dificultades de financiación de un sistema de apoyo a las personas mayores únicamente basado en servicios formales en una sociedad “a la que le han

comenzado a salir canas”, bien a que el cuidado informal de estos mayores es hoy en día una fuente importante de protección, es decir, el cuidado familiar es el mejor ámbito de protección del mayor (Rivera, 2001).

2. Problemas de los cuidadores

Los familiares que cuidan a estos mayores en el hogar se ven sometidos a notables niveles de estrés, ya que el cuidado implica una sobrecarga significativa de tareas y servicios al enfermo que suponen una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo, lo que sitúa a estas personas en situación de alta vulnerabilidad. Los estudios realizados en los últimos 20 años permiten afirmar hoy que prestar asistencia informal constituye una situación típicamente generadora de estrés, con importantes repercusiones en el bienestar físico, psicológico y social del cuidador.

Un estudio reciente del Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO, 2005) indica que el desempeño del rol de cuidador está asociado importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costes personales, afectando a su trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre... en definitiva, a su vida en general. Es decir, el cuidador principal soporta cada día problemas físicos, emocionales y repercusiones en numerosos aspectos de su vida cotidiana. De hecho los cambios adaptativos que tiene que llevar a cabo los familiares de mayores dependientes son tan importantes que afectan a casi todos los ámbitos personales y comunitarios.

a.-Problemas físicos

Los cuidadores de familiares mayores dependientes presentan importantes problemas de salud física. Son unas personas que padecen, la mayoría de las veces en silencio, esta problemática. Una gran preocupación, sobre todo en los cuidadores de más edad, es que su

salud no se vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar: “yo lo que quiero es que no me coja a mi nada, a ver si yo lo puedo solventar todo” (Algado, Basterra y Garrigós, 1997, p. 27). Pero una cosa son los deseos de los cuidadores de tener una buena salud y otra, a veces bien diferente, es la salud que realmente presentan. De hecho en nuestro país la salud física de los cuidadores se encuentra en numerosas ocasiones deteriorada.

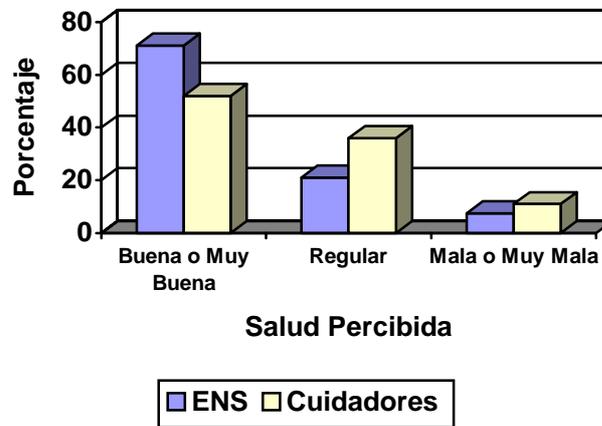
Cuidar a un mayor dependiente no es un trabajo ni fácil, ni cómodo, sino más bien altamente demandante y que requiere de numerosas energías. Además, cuando existe necesidad de ayudar al mayor en sus movilizaciones (i.e. levantarse de la cama o de la silla), estas requieren al cuidador importantes esfuerzos físicos con el consiguiente desgaste. Tanto es así, que en numerosas ocasiones se asocia con la presencia de importantes problemas de salud.

Por todo lo anterior, no es extraño que quienes no presentaban ningún problema de salud antes de cuidar luego perciban su salud como mal o muy mala una vez que son cuidadores. Llegando incluso los cuidadores mayores de 65 años que atienden a un esposo dependiente y que se sienten sobrecargados a tener un riesgo de mortalidad 63% mayor que quienes conviven con un esposo no dependiente (Schulz y Beach, 1999).

De hecho, cuando se comparan con los no cuidadores, presentan una peor salud. Tal y como se muestra en la Figura 2.1, cuando se les pregunta a los cuidadores cómo perciben su salud, en su mayoría la consideran buena o muy buena (Crespo, López, Gómez y Cuenca, 2003). No obstante, cuando se compara la percepción de salud de los cuidadores con la de la población adulta general (en concreto con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2003), se observan diferencias significativas que indican que en general los porcentajes de personas que consideran que su salud es regular o mala, son mayores entre los cuidadores que

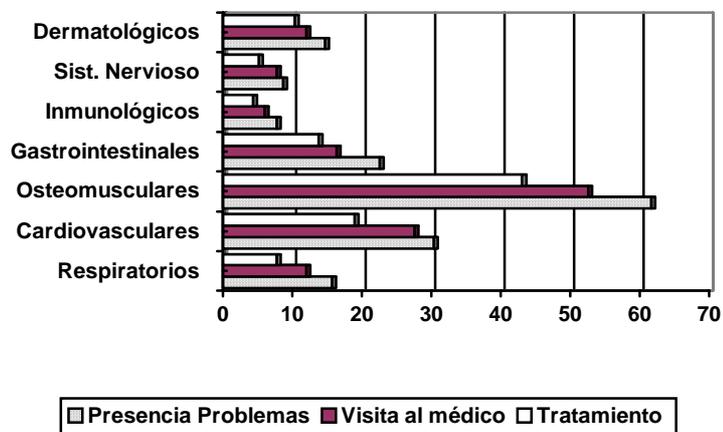
en la población general, mientras que el porcentaje de los que consideran su salud buena o muy buena es menor que en la población general.

Figura 2.1. Percepción del estado de salud en cuidadores y población general.



Los cuidadores perciben que sus “múltiples tareas” no les permiten tomarse ese descanso que sin embargo necesitan. Y es que parece que los cuidadores no se conceden descanso ni siquiera para ir al médico a tratar sus propios problemas de salud. Acuden numerosas veces a los profesionales sociosanitarios para problemas del ser querido al que atienden pero les cuesta ir para sus propias dolencias. De hecho, tal y como se observa en la Figura 2.2, un buen número de cuidadores manifiestan haber sufrido diversos problemas desde que son cuidadores. En concreto, la mayoría de ellos padecen o han padecido problemas osteomusculares. También presentan en un alto porcentaje problemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y dermatológicos. No obstante, los cuidadores no siempre acuden al médico para solucionar estos problemas, ni se ponen en tratamiento por ellos. Los porcentajes de los que no acuden a consulta aún reconociendo padecer estos trastornos es importante en problemas gastrointestinales (27%), respiratorios (23%), dermatológicos (18%), osteomusculares (14%), e incluso cardiovasculares (9%). Es más los porcentajes de cuidadores que aun acudiendo al médico no siguen el tratamiento prescrito son elevados en la mayoría de los trastornos, oscilando entre el 15 y el 35%.

Figura 2.2. Problemas de salud en cuidadores (%) (Crespo et al., 2003)



En definitiva, parece que una parte importante de los cuidadores no se cuida lo suficiente, presentando porcentajes importantes de problemas de salud que no se acompañan de una atención hacia ellos.

b.-Problemas emocionales

Si los problemas físicos son abundantes entre los cuidadores no lo son menos los problemas emocionales. Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica, y muy especialmente al estado de ánimo. De hecho, las alteraciones del estado de ánimo son las más habituales y las mejor estudiadas entre los cuidadores. Es frecuente el sentimiento de abatimiento, la tristeza, la melancolía, la pérdida de interés, los sentimientos de apatía... incluso las ideaciones suicidas entre los cuidadores.

La tristeza es el “síntoma depresivo” por excelencia, es decir, la mayoría de los cuidadores con bajo estado de ánimo se encuentran tristes, abatidos, apesadumbrados o

infelices, en definitiva con una cierta sensación de vacío y, en los caso más agudos, con una sensación de “ser incapaces de tener ningún sentimiento”.

De hecho, los cuidadores presentan en muchas ocasiones (55,2%) altos niveles de depresión (López, 2005). Los porcentajes de trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente frecuentes, alcanzan el 53%, entre quienes buscan ayuda en programas psicoeducativos de manejo del estrés (Gallagher, Rose, Rivera, Lovett y Thompson, 1989). Sin embargo, muchos cuidadores muestran síntomas depresivos sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de trastornos clínicos del estado de ánimo. Así, es frecuente la presencia de síntomas como problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, etc. Por ello Gallagher-Thompson et al. (2000) proponen incluir entre las categorías diagnósticas de los cuidadores el subsíndrome depresivo para el 21% de cuidadores que, pese a verse afectados emocionalmente, no tienen los síntomas suficientes o la intensidad necesaria para alcanzar un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo según los criterios del DSM. Es decir, se sienten tristes o deprimidos, sin que por ello constituyan un síndrome depresivo.

La ansiedad experimentada por los cuidadores ha sido mucho menos estudiada que la depresión, debido a los síntomas que comparten ambas patologías (e.g. dificultades de concentración, problemas de sueño, pérdida de apetito, cansancio), así como a la comorbilidad de ambos trastornos (i.e. cuando ambos diagnósticos concurren en la misma persona). Pese a esto, cuando se ha investigado la presencia de esta problemática se ha comprobado que en muchas ocasiones (42,2%) los cuidadores presentan altos niveles de ansiedad (López, 2005). Son muchos los cuidadores que sienten tensión, aprensión, alarma, inquietud, nerviosismo y preocupación con mucha frecuencia e intensidad, así como una gran activación o descarga del sistema nervioso autónomo (aceleración cardíaca y respiratoria, incremento de la tensión muscular,...). Con el agravante de que la situación que provoca toda esta problemática subjetivo-cognitiva y fisiológica no puede ser evitada. Es decir, no se puede

escapar o huir de la situación de cuidado que tanto puede llegar a angustiar. De hecho la ansiedad constituye un componente central de la problemática emocional experimentada por los cuidadores y es una de las principales causas de consulta al médico de atención primaria. Se trata de una ansiedad muy relacionada tanto con la sensación de estrés (“estoy sobrecargado”, “ya no puedo más”, “esto no hay quien lo aguante”), como de angustia (“me encuentro nervioso sin saber por qué”, “estoy inquieto en todo momento”, “vivo en un vilo continuo”), o de miedo (un temor tanto a conductas concretas “cualquier ruido por la noche me despierta no vaya a ser que se vuelva a caer de la cama”, “espero que no se vuelva a escapar a la calle”... como con respecto al futuro desenlace de la enfermedad “no se cuanto podrá durar en estas condiciones”, “cada vez que vamos al médico le encuentran una cosa nueva” “toma pastillas para todo un regimiento”...)

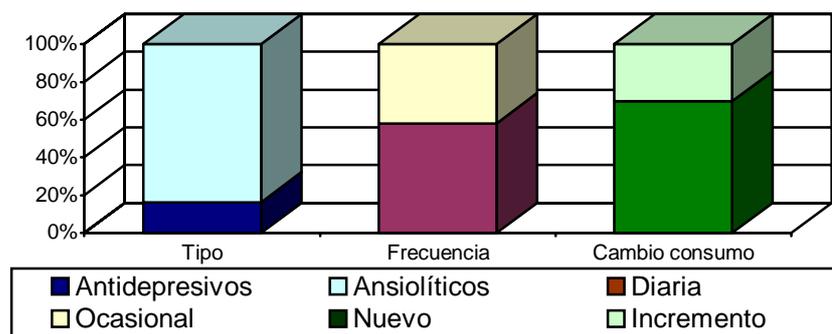
No obstante, de nuevo se puede afirmar que muchos cuidadores muestran problemas de ansiedad sin llegar a cumplir criterios suficientes para indicar la presencia de un trastorno clínico de ansiedad. Pero, sin ningún género de dudas, esta es un problema relevante ya que utilizando entrevistas diagnósticas semiestructuradas la prevalencia de ansiedad se encuentra en torno al 15-20% (Coope et al., 1995, Russo, Vitaliano, Brewer, Katon, y Becker, 1995), es decir muy por encima del 9% de la población general. Claramente estos resultados indican la presencia de una importante y significativa ansiedad entre quienes cuidan a sus mayores.

En cuanto a problemas emocionales distintos de la ansiedad y de la depresión, se observa que los cuidadores presentan con frecuencia altos niveles de ira y hostilidad (López, 2005). Los cuidadores parecen experimentar con frecuencia sentimientos de irritación, furia, disgusto, enfado, fastidio y rabia que pueden ser dirigidos tanto sobre si mismos como hacia los demás. La ira, en cuanto estado emocional, va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de sistema nervioso autónomo. Con frecuencia aumenta de intensidad si se percibe por parte del cuidador una sensación de injusticia, ataque o trato injusto por parte de los

demás. Pero pueden ser experimentados todos estos sentimientos por parte del cuidador sin necesidad de una provocación específica. Lo cierto es que se generan con todo lo anterior situaciones que no favorecen ni la convivencia con los demás, ni una buena realización de las tareas que tienen que desempeñar bien en casa, bien fuera de ella.

Por todo lo anterior no es extraño que un 25,3% de los cuidadores de nuestro entorno consuman algún tipo de psicofármaco (Rivera, 2001). Es de destacar, tal y como puede observarse en la figura 2.3., que todos los consumidores de psicofármacos indican que su consumo bien se había iniciado, bien se había incrementado desde que eran cuidadores, lo que parece apuntar a una relación entre la asunción del papel de cuidador y este tipo de conducta (Crespo y López, 2004). De hecho, los psicofármacos son utilizados en muchos casos para hacer frente a alguno de los problemas asociados al papel de cuidador (e.g., problemas de sueño) así como a su malestar (e.g., nerviosismo). Y en todo caso, los porcentajes de ingesta de psicofármacos entre los cuidadores son claramente superiores al 12,4% de consumo de la población general española (de la Cruz et al., 2001).

Figura 2.3. Características del consumo de psicofármacos en cuidadores (Crespo y López, 2004).



Es de destacar que en gran medida el consumo de psicofármacos detectado en los cuidadores adopta la forma de automedicación y podría relacionarse con la ausencia de búsqueda de tratamiento para los problemas emocionales que perciben. Cabría pensar que los

cuidadores, aun sin acudir a un profesional, recurren a los fármacos para intentar aliviar la importante sobrecarga emocional que experimentan (Crespo y López, 2004).

3. Satisfacción de los cuidadores

Con todo, si bien es cierto que un importante porcentaje de cuidadores de mayores experimentan fuertes tensiones y sobrecargas emocionales y físicas, es preciso afirmar que estos cuidadores muchas veces presentan una gran resistencia e incluso experimentan efectos positivos en el cuidado. Las situaciones de los cuidadores de personas mayores dependientes son variadas y no en todas las ocasiones se ve comprometido el bienestar emocional. De hecho, si el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser necesariamente una experiencia frustrante y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes (Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer y Wilken, 1991; López, López-Arrieta y Crespo, 2005).

La enfermedad del mayor dependiente es en la mayoría de las ocasiones traumática y dramática (e.g. demencia, cáncer, insuficiencia respiratoria, etc.). La enfermedad en sí misma no es de ninguna manera positiva, ni generadora de satisfacciones. Y es que no es en la enfermedad misma donde se captan elementos positivos, sino en el proceso personal del cuidador que acompaña a la enfermedad, en la capacidad para ir superando esos problemas.

En un estudio de Farran et al. (1991) el 90% de los 94 cuidadores entrevistados valoraba aspectos positivos del cuidado y en nuestro entorno más próximo (Fernández-Capo, 2005) un 71,1% de los cuidadores encuentran un sentido positivo a la tarea que están desempeñando. Resulta difícil definir los aspectos positivos del cuidador, la satisfacción con el cuidado o la ganancia del cuidador. Falta una conceptualización clara de este constructo, pero se puede decir que los aspectos positivos del cuidado son algo más que la ausencia de malestar, y representan las ganancias subjetivas percibidas, el crecimiento personal

experimentado, que se encuentran por el hecho de ser cuidador (Kramer, 1997; López et al., 2005).

Los cuidadores sienten satisfacción por ayudar a sus familiares, el hecho de ayudar les hace sentirse más próximos a ellos, sienten que realmente disfrutan estando con el familiar, responsabilizarse de sus familiares les ayuda a incrementar su autoestima y sienten que los momentos placenteros de su familiar les producen también a ellos placer (Lawton, Moos, Kleban, Glicksman y Rovine, 1991; López et al., 2005). Son asimismo más capaces de disfrutar del placer de las pequeñas cosas del acontecer cotidiano y, en su caso, profundizan en sus convicciones religiosas más profundas (Farran, Miller, Daufman, Donner y Fogg, 1999). En muchos de ellos hay un sentimiento de reciprocidad, es decir, se alegran de poder devolver al familiar las atenciones que estos han tenido previamente con ellos (Delmann-Jenkins, Blankemeyer y Pinkart, 2001). De alguna manera sienten que han crecido como personas como resultado de su experiencia como cuidadores (Skaff y Pearlin, 1992).

Ser cuidador conlleva en numerosas ocasiones aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol, es decir, se aprende a valorar las cosas realmente importantes en la vida y a relativizar las más intrascendentes. Quizá por ello la experiencia de haber cuidado a familiares mayores hace que una vez que finalizan su rol como cuidadores sean con mayor facilidad una fuente de apoyo para el resto de amigos y familiares que tienen que cuidar a sus mayores. Haber cuidado con anterioridad, saber por propia experiencia lo que eso significa, les hace más cercanos a quienes tienen que desempeñar ese papel en el futuro (Suitor y Pillemer, 1993).

4. La importancia de dar sentido a lo ocurrido

Es una realidad que no todos los cuidadores de familiares mayores se encuentran sobrecargados y que en importantes porcentajes encuentran elementos positivos en su

situación y se sienten satisfechos. En la mejor adaptación de los cuidadores a una situación potencial estrés como es la que ellos tienen que afrontar diariamente, juegan un papel muy importante las respuestas, las reacciones que se lleven a cabo. Según la conceptualización transaccional o interaccional del estrés realizada por Lazarus y Folkman (1984) no todos los sujetos se ven afectados de la misma manera por los mismos acontecimientos, sino que el estrés es un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio, donde resultan decisivos tanto la evaluación que haga el sujeto del suceso estresante, como las estrategias cognitivas y conductuales de las que disponga el sujeto para hacerle frente. Los efectos de cuidar a un familiar mayor están así muy mediatizados por las evaluaciones de los cuidadores de la situación y por los recursos de los que dispongan para afrontarlo.

Los aspectos positivos y negativos del cuidado de un familiar mayor no son dos elementos contrapuestos e incompatibles, no son dos puntos opuestos de un continuo, sino que la investigación ha encontrado que estos dos aspectos pueden coexistir en los cuidadores, aunque eso sí, parece ser como un factor mediador de su mayor o menor presencia el descubrimiento de sentido que los cuidadores hacen o no de su situación (Fernández-Capo, 2005).

De hecho, los cuidadores pueden hacerse preguntas que favorezcan un afrontamiento adaptativo de la situación. Esas preguntas están más en la línea de qué puedo hacer con esto que está sucediendo o qué actitud puedo tomar ante mi sufrimiento y qué sentido tiene la propia vida en la situación que se está pasando.

De hecho son varios los estudios que encuentran que encontrar sentido a los cuidados de un ser querido se asocia tanto con un mayor bienestar emocional global, como menores niveles de depresión, menor sobrecarga y mejores niveles de autoestima (Collins y Jones, 1997; Motenko, 1989; Noonan y Tennstedt, 1997).

Incluso, más allá del efecto sobre las consecuencias psicológicas que tiene una situación potencialmente estresante como es la de cuidar a un familiar mayor dependiente, Farran, Miller, Kaufman, Donner y Davis (1999) encontraron que un mayor sentido del cuidado se correlaciona también con una menor sintomatología física en los cuidadores.

De hecho las investigaciones parecen indicar que el sentido es una variable mediadora entre la situación de cuidado y los efectos negativos que esta puede provocar, ya sean sobre la salud física o mental. Encontrar un sentido a la situación por la que atraviesan los cuidadores de mayores dependientes parece pues ayudarles a aceptar la situación, a encontrar una mejor manera de afrontar las dificultades y por tanto a sentirse menos afectados por la presencia de la enfermedad en sus seres queridos.

Según el psiquiatra vienés Víctor Frankl (1988) es posible encontrar un sentido a la vida en todo tipo de circunstancias, incluso en circunstancias adversas, como es la de cuidar a un ser querido cuya vida se va apagando. La propia búsqueda de sentido puede constituir en sí misma una fuerza importante de motivación para todo ser humano, se encuentre en la situación que se encuentre.

El sentido tiene que adaptarse a lo que cada uno pide y necesita de su propia vida; no hay un sentido general para todos que se pueda asumir de forma automática sino que cada uno, cada cuidador ha de buscarlo por sí mismo. Según Frankl (1988) no deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Cada hombre sólo puede responder a la vida, respondiendo por su propia vida, en su situación concreta, contestando con su propia vida. No obstante, si hay factores comunes entre las diferentes personas que buscan sentido a sus vidas que serían como caminos o pautas dentro de las cuales recorrer un camino de búsqueda de sentido. Para Frankl dichas pautas o caminos serían a través del desarrollo de tres tipos de

valores: los valores experienciales, los valores de creación y los valores de actitud (Frankl, 1988, 1990).

Los valores experienciales consisten en desarrollar la capacidad de vivir intensamente las circunstancias, experimentando algo o encontrándonos con alguien con quién nos sentimos bien. En el caso de los cuidadores, puede existir la posibilidad de vivir momentos positivos, intensos y agradables con el ser querido que está mayor, es dependiente y generalmente enfermo, en momentos en los que ambos puedan disfrutar de la compañía mutua, de la conversación profunda, de más tiempo para hablar de aspectos positivos de la vida pasada juntos, del cariño que se da entre ambos, de la posibilidad de demostrarle al otro el amor que se siente por él, etc.

Los valores de creación son los que se realizan mediante actos creativos como el hecho de desempeñar un trabajo o hacer algo por otra persona. En el caso de los cuidadores la posibilidad de desarrollar estos valores está en estar desempeñando una tarea que es sumamente útil para otro ser humano. Si se toma conciencia de que uno está haciendo algo útil hay más posibilidades de que la tarea de cuidar a otro ser humano sea más llevadera y adquiera pleno sentido. La creencia de que es bueno dar, ser útil a los demás y mejorar su mundo, constituye una poderosa fuente de significados.

Los valores de actitud son los que el hombre puede realizar cuando no puede desarrollar valores experienciales o los de valores de creación, o cuando hay un sufrimiento que no se puede evitar, aún le queda la posibilidad de elegir la actitud que tomar aunque todas las circunstancias se vuelvan en contra suya. Se trata de elegir como soportar lo que le ocurre, cuando se encuentra con un destino que no se puede cambiar; dándole la vuelta hacia una dirección más positiva, como el pensar en la posibilidad de la realización personal. La situación de cuidar a una persona enferma a la que se quiere genera sufrimiento y ante dicho sufrimiento hay diferentes opciones con las que responder. Se puede llegar a la desesperación

porque no se le encuentra sentido a lo que está pasando, pero también hay posibilidades de encontrar sentido a la vida atravesando la adversidad. Frankl afirma que la vida del ser humano no se colma solamente disfrutando y creando, sino también sufriendo, pues las cosas conservan su sentido más allá del éxito o el fracaso (Frankl, 1990). Según Frankl (1990), la forma en la que nos enfrentamos al sufrimiento puede dar sentido a nuestras vidas, por ejemplo, si asumimos la situación difícil como un reto o como una oportunidad para aprender algo.

De todo lo anterior podría deducirse que la búsqueda de sentido puede ayudar a sobrellevar mejor la situación de cuidar a un ser querido mayor dependiente y por lo tanto contribuye por un lado a disminuir la sobrecarga emocional y física que genera la situación, y ayuda a experimentar sensaciones de satisfacción por otro.

5. Referencias bibliográficas

- Algado, M.T., Basterra, A. y Garrigos, J. I. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de psicología, 13*, 19-29.
- Collins, C., y Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: a matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*, 1168-1173.
- Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A., Bentham, P., Bannister, C., Graham, C. y Wilcock, G. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 237-242.
- Crespo, M. y López, J. (2004). Los costes de cuidar: Análisis del estado emocional de cuidadores informales de mayores dependientes. *JANO, 66*, 884-885.
- Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado? *JANO, 65*, 516-517.
- Dellmann-Jenkins, M., Blankemeyer, M. y Pinkard, O. (2001). Incorporating the elder caregiving role into the developmental tasks of young adulthood. *International Journal of Aging and Human Development, 52*, 1-18.
- De la Cruz, M. J., Fariñas, B., Herrera, A. y González, M. T. (2001). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Las Palmas: COP.
- Farran, C.J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S. y Wilken, C.S. (1991). Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist, 31*, 483-489.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E. y Davis, L. (1997). Race, finding meaning and caregiver distress. *Journal of Aging and Health, 9*, 316-313.

- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E. y Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1107-1125.
- Fernández-Capo, M. (2005). *El sentido de cuidado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer*, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona.
- Frankl, V.E. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (1990). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*, 29, 449-456.
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D., Futterman, A. y Thompson, L. W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-109.
- IMSERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What Next? *Gerontologist*, 37, 218-232.
- Lawton, M.P., Moos, M., Kleban, M.H., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- López, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Disponible en <http://www.ucm.es/eprints>

- López, J., López-Arrieta, J. y Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.
- Motenko, A. K. (1989). Frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *Gerontologist*, 29, 166-172.
- Noonan, A. E., y Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *Gerontologist*, 37, 785-794.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
- Russo, J., Vitalino, P. P., Brewer, D.D., Katon, W. y Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 197-204.
- Schulz, R. y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Skaff, M.M. y Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*, 32, 656-664.
- Suitor, J.J. y Pillemer, K. (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 48, S1-S8.