



1 9 3 3 - 2 0 0 8

CEU 75

*Instituto de Estudios
de la Familia*

Universidad San Pablo

Documento de Trabajo
Serie Terapia Familiar
Número 2 / 2008

Competencia, cuidado de los mayores y salud familiar

Gabriel Dávalos Picazo
Javier López Martínez

CEU Ediciones

Documento de Trabajo
Serie Terapia Familiar
Número 2 / 2008

Competencia, cuidado de los mayores y salud familiar

Gabriel Dávalos Picazo
Javier López Martínez

CEU Ediciones

El área de Terapia Familiar del IF está vinculada al Departamento de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo. Desempeña dos tareas principales y complementarias: por una parte, la atención psicológica a familias, parejas y particulares, y, por otra, la investigación especializada.

La serie «Terapia Familiar» publica los resultados de las investigaciones de esta área del IF y otros estudios afines de colaboradores o investigadores que avanzan en sus propias líneas de trabajo.

Las opiniones de los autores no expresan necesariamente las del Instituto.

Serie *Terapia Familiar* de Documentos de Trabajo del Instituto de Estudios de la Familia

Competencia, cuidado de los mayores y salud familiar

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Derechos reservados © 2008, por Gabriel Dávalos Picazo y Javier López Martínez

Derechos reservados © 2008, por Fundación Universitaria San Pablo-CEU

CEU Ediciones

Julián Romea, 18 - 28003 Madrid

<http://www.ceu.es>

Instituto de Estudios de la Familia

Julián Romea, 23 - 28003 Madrid

<http://www.ceu.es/usp/if>

ISBN: 978-84-92456-07-9

Depósito legal: M-37087-2008

Compuesto e impreso en el Servicio de Publicaciones de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU

Sumario

COMPETENCIA E INCOMPETENCIA: CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FAMILIAR

Gabriel Dávalos Picazo	5
1. El concepto “competencia familiar”	6
2. Cualidades estructurales	6
3. Cualidades comunicativas	7
4. Cualidades afectivas	8
5. Cualidades efectivas	9
6. Competencia, incompetencia y salud familiar. Algunas investigaciones	9
7. Consideraciones finales	10
8. Bibliografía	13

EL CUIDADO DE NUESTROS FAMILIARES MAYORES EN EL HOGAR: ¿SATISFACCIÓN Y/O SOBRECARGA?

Javier López Martínez	15
1. Introducción	15
2. Problemas de los cuidadores	19
a) Problemas físicos	19
b) Problemas emocionales	21
3. Satisfacción de los cuidadores	24
4. La importancia de dar sentido a lo ocurrido	27
5. Bibliografía	29

“COMPETENCIA E INCOMPETENCIA: CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FAMILIAR”

Gabriel Dávalos Picazo

“Hablar de familia competente es una manera de devolver a la familia su competencia en lugar de considerar sus defectos” (Ausloos, 1998).

En los albores del siglo XXI contemplamos, con admiración, un sinnúmero de profesionales competentes, empresas competentes, instituciones competentes, etc.; sin embargo, ¿podemos hablar hoy, con la misma admiración, de familias competentes? ¿Goza la familia española de un alto nivel de competencia?

Muchas personas podrían fundamentar una respuesta afirmativa tomando como referencia, por ejemplo, indicadores económicos; otras, probablemente presentarían una larga lista de políticas familiares; tal vez haya alguien que presente como indicador la enorme oferta de actividades extraescolares para hijos en edad escolar; por extraño que pudiera resultar, unos pocos podrían justificar su respuesta mostrando las fotos de los rincones exóticos que han visitado; y, nos atrevemos a aventurar que, tal vez encontraríamos argumentos como “por las copas de liga que hemos levantado”.

Indudablemente en nuestro país hay padres competentes, hijos competentes y familias cuyo funcionamiento revela un alto nivel de respeto entre los miembros que la componen, una capacidad para resolver los conflictos de forma satisfactoria, un fuerte sentido de individuación con límites claros y una excelente comunicación. Sin embargo, ¿qué respuesta podemos dar ante la violencia de género, el fracaso escolar o las nuevas adicciones? ¿Qué se esconde detrás de aquellos padres que discuten continuamente por el control de los hijos culpándose mutuamente de los problemas acaecidos en el entorno familiar? ¿Qué lleva a muchos adolescentes, sujetos en búsqueda de su diferenciación, a emplear la ira en respuesta a sus restricciones?

Con frecuencia escuchamos frases como “*No se estudia para ser padres*”, “*Nadie nos enseña a ser padres*”, “*No quiero hacer con mis hijos aquello que mis padres hicieron conmigo*”, etc. Resulta difícil asumir la falacia de dichos planteamiento porque arrastran a la más profunda indefensión que deposita la responsabilidad de ser padres en las impredecibles manos del tiempo. Una apuesta muy arriesgada porque la educación y la salud de los hijos no se improvisa.

La paternidad, como afirman Beavers y Hampson (1995), es un proceso interpersonal intuitivo que se desarrolla a partir de la experiencia, de una relación de trabajo con el propio cónyuge —si está presente o participa— y de la propia familia de origen. Compartimos la opinión de estos autores al considerar que, para la mayoría de los padres, las dificultades del proceso parental no provienen de una malicia deliberada, sino de la frustración, la falta de experiencia o la falta de conocimientos.

Este artículo tiene como propósito reflexionar sobre la competencia familiar y sus implicaciones para la salud familiar. Para conseguir nuestro objetivo, abordamos el concepto “competencia familiar”, describimos algunas características de las familias con alto o bajo nivel de competencia familiar, enumeramos varios estudios sobre competencia familiar y, por último, presentamos unas consideraciones finales de cara a co-construir la competencia familiar.

1. El concepto “competencia familiar”

La competencia familiar indica en qué medida la familia realiza bien sus funciones necesarias: dando apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgo eficaces, potenciando la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose de forma eficaz (Beavers y Hampson, 1995). Investigaciones previas han demostrado que la competencia en pequeñas tareas está íntimamente correlacionada con la competencia en responsabilidades familiares mayores, como criar a los hijos (Lewis, et al., 1976). Las familias competentes son capaces de equilibrar y cambiar sus estilos de funcionamiento según se producen cambios evolutivos.

La competencia familiar, que va desde el funcionamiento familiar sano hasta el gravemente disfuncional, se ve en un continuo progresivo y no en tipologías categóricas, esto nos permite asumir la existencia de un potencial de crecimiento y adaptación en todas las familias.

Para Beavers y Hampson (1995), la competencia depende de la negociación que supone la definición de los roles y no la definición de los mismos y requiere habilidades personales así como un clima de flexibilidad ante el cambio. Por tanto, una familia tradicional puede ser muy eficaz o terriblemente inapropiada, una pareja de profesionales con hijos puede ser extremadamente eficaz y sustentadora o miserablemente disfuncional.

Para profundizar en el tema que nos ocupa, analizamos cuatro cualidades del sistema familiar, a saber: estructurales, comunicativas, afectivas y efectivas.

2. Cualidades estructurales

Como afirma Cagigal, V. (2005), la evolución de la sociedad en los últimos treinta años ha traído consigo una ruptura con los estilos educativos. Del estilo autoritario precedente, caracterizado por elevado control, altas expectativas sobre los hijos, baja comunicación y pobre expresión afectiva, se ha pasado a estilos permisivo y negligente. El estilo permisivo se caracteriza por el bajo control de los hijos, bajas expectativas sobre los mismos, alta comunicación entre padres e hijos y rica expresión afectiva; por su parte, el estilo negligente

se distingue por el bajo control, bajas expectativas, poca comunicación y pobre expresión afectiva hacia los hijos.

Cagigal, V. (2005), añade que el estilo educativo que se ha dado en llamar democrático, que se caracteriza por elevado control sobre los hijos, elevadas expectativas, mucha comunicación y mucha expresión afectiva, es apenas puesto en práctica por muchas de las familias actualmente a pesar que las investigaciones lo señalan como el estilo que más ayuda al desarrollo de la responsabilidad y el bienestar afectivo de los hijos (Baumrind, 1991).

En palabras de Aza, G. (2003), hoy día es fácil encontrarse con padres con un escrúpulo frente al uso de la autoridad y un rechazo histérico al conflicto de los hijos, lo que lleva a modelos pedagógicos permisivos y/o sobreprotectores. Cuando se educa a los hijos desde la permisividad se usan pocos castigos, se realizan pocas demandas al niño y se le permite regular sus propias actividades. Cuando se educa desde la sobreprotección se observa el ansia por determinar que “mi niño salga bien” y una continua obsesión por el “cómo no traumatizar a mi hijo”. En ambos modelos nos encontramos con familias en las que la culpabilidad por el fracaso o el conflicto —que es entendido como fracaso— rige cada vez más los destinos de unas personas progresivamente desentrenados para perdonar y reconciliarse.

Si atendemos a *cualidades estructurales*, las familias con un nivel alto de competencia se distinguen porque el liderazgo es compartido entre los padres, por la flexibilidad y adaptabilidad para dar respuestas nuevas a situaciones nuevas, por la capacidad de negociación flexible y dirección competente. Los límites generacionales son claros y consistentes. Los padres se respetan mutuamente y suelen presentar una postura unificada de apoyo. Los desacuerdos se suelen mantener dentro de la pareja, sin solicitar el apoyo o la lealtad de los hijos. Los miembros de la familia dedican menos tiempo a defender abiertamente sus posturas y son más espontáneos; cada miembro es aceptado como único y completo (Beavers y Hampson, 1995).

Por su parte, las familias con más bajo nivel de competencia presentan un alto grado de entropía (declive del sistema) y niveles bajos de liderazgo eficaz. Olson, D. (1984) ha llamado a estas familias “osciladores caóticos” porque pueden vacilar entre el caos y los intentos de control rígido. Uno de los de los padres, o los dos, han entrado en una coalición recíproca con un niño, del que se solicita apoyo, consejo y a menudo sustento. Este cruce de límites generacionales puede adoptar la forma de luchas manifiestas de toma de partido o captación de peones entre los cónyuges o puede adoptar una forma más encubierta de búsqueda de amor sustitutorio, dependiendo del estilo de la familia. Los miembros de las familias suelen violar los límites de los demás, a menudo en formas inapropiadas para la edad o la generación (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 41).

3. Cualidades comunicativas

Resulta paradójico, o por lo menos sorprendente, que en la era de la comunicación seamos incapaces de comunicar. La incapacidad a la que nos referimos no se atribuye al acto de comunicar en sí mismo, porque siempre estamos comunicando, sino a la enorme dificultad para desarrollar una comunicación eficaz; dificultad muchas veces atribuida al otro, a nosotros, al contexto... al pretexto (Dávalos, 2004). Muchas veces hacemos del lenguaje un muro impenetrable que nos impide conocer al otro (Lacan, 1988).

Dentro de las *cualidades comunicativas* encontramos, entre otras, la empatía, la claridad en la expresión directa de pensamientos y sentimientos, la apertura y la receptividad hacia las afirmaciones de los demás.

Si atendemos al concepto de *empatía*, es decir, la recepción precisa, la compensación y la respuesta congruente de una persona a la apertura emocional de otra, y la participación y el compartimiento de esos sentimientos, encontramos que los niveles más altos de competencia familiar se caracterizan por una sensibilidad empática más consistente entre los miembros y una tendencia a la afinidad. Por el contrario, en los niveles menos competentes a menudo se ven respuestas dramáticas o pasivamente inapropiadas a las emociones expresadas, estando los miembros individuales de la familia “desafinados” respecto al tono emocional de los demás (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 55).

Respecto a la claridad en la *expresión directa de pensamientos y sentimientos*, en el extremo más competente los miembros de la familia son claros y directos en su expresión; una sensación de espontaneidad y aliento de tales sentimientos potencia la claridad contextual de cada uno de los miembros de la familia y de toda ella. Sin embargo, en el nivel menos competente casi ningún miembro de la familia es claro y directo en la expresión de pensamientos y sentimientos; predominan las asunciones, el “pensamiento grupal” y la ambivalencia no resuelta. Puede haber también un alto grado de cambio individual de perspectiva, no a través de la negociación sino a través de un cambio de lealtades. En muchas familias disfuncionales, los miembros —normalmente los padres— parecen temerosos de establecer límites definidos o de hacer autoafirmaciones. Beavers (1995) hace referencia a las relaciones tipo “barrera de goma” descritas por Wynne en su trabajo sobre familias esquizofrénicas (Wynne, 1982).

4. Cualidades afectivas

Como señalamos en el párrafo anterior, los miembros de familias con alto nivel de competencia son capaces de ser claros y directos en la expresión de sentimientos personales. A medida que cambien los temas que se están discutiendo también cambia el *tono emocional* de los individuos; es decir, se verá algo de humor, cierta ira o tristeza ante temas emocionalmente sensibles, según lo exija la situación. En general predomina un tono de sentimientos predominantemente positivo u optimista.

Por su parte, en el nivel menos competente, los miembros de la familia expresan una emotividad poco animada, una sensación de tristeza o desesperación invade a todos los miembros de la familia. La interacción y el tono familiar son característicamente desesperados y pesimistas. Hay un escepticismo generalizado en lo referente al status de la familia (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 50-52).

En cuanto al grado en que los miembros de la familia *están abiertos y son receptivos* a las afirmaciones y autoafirmaciones de los demás, en las familias más competentes los miembros escuchan y reconocen los mensajes de los demás, verbal y no verbalmente, mientras que en los niveles más bajos de competencia, los miembros de la familia son con frecuencia poco receptivos a las afirmaciones personales de los individuos, dejando poco lugar a la “conexión” en lo que se refiere a conducta verbal relacionada con los límites (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 48).

5. Cualidades efectivas

Dentro de las *cualidades efectivas* encontramos, entre otras, la resolución eficaz de los problemas, la aceptación de la propia responsabilidad así como las habilidades de negociación.

En las familias con alto nivel de competencia se observa una *resolución eficaz de los problemas*. La consecución de un producto final no es esencial para una valoración extremadamente eficaz (Abidin, R., 1976), lo importante es que la familia utilice sus recursos, sus miembros y su tiempo eficazmente en la negociación de soluciones a problemas. Negociadores ineficaces son quienes o pueden centrarse en la tarea o problema y/o no pueden discutir abierta y directamente las diferencias que pueden haberlos llevado al problema (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 53.).

Respecto al grado en que los miembros de la familia *reconocen y aceptan la responsabilidad personal* de sus propias acciones pasadas, presentes y futuras tanto dentro como fuera de los límites de las relaciones familiares, en el nivel más alto de competencia los miembros de la familia expresan un grado más alto de responsabilidad personal y una menor culpabilización, evitación y distorsión mientras que en el nivel más bajo, junto con una menor claridad de expresión y unos límites más difusos entre los miembros, hay poco reconocimiento de la responsabilidad personal y una gran cantidad de evitación; incluso puede haber una fácil negación, olvido o confusión por parte de uno o más miembros de la familia sobre si un problema llegó a existir (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 42.).

Respecto a la manera de *resolver los conflictos*, en los niveles más altos de competencia, con niveles correspondientemente más altos de claridad, cercanía y permeabilidad, los miembros de la familia son más claros y más directos en la expresión y comprensión de sus diferencias. Cuando las diferencias son incompatibles o irreconciliables, normalmente éstas se ven como perspectivas individuales más que como evidencia de descontento perjudicial crónico o de motín (Beavers y Hampson, 1995. Pág. 54.). En los niveles más bajos de competencia hay un deterioro grave en la negociación y la claridad del grupo; todos los individuos o las facciones del sistema parecen mantener rencores o almacenar daños y desacuerdos. Los miembros de la familia pueden ser muy expresivos y confrontadores respecto a viejos conflictos no resueltos.

6. Competencia, incompetencia y salud familiar. Algunas investigaciones

Nacemos en familias y vivimos en relaciones hacia los demás y con los demás. Sin una red de apoyo, sin una especie de “familia”, enfermamos emocionalmente. La recuperación de la salud exige un restablecimiento de la familia. Sabemos que los clínicos encuentran frecuentemente una compleja relación entre sistema familiar, dinámica familiar y problemas psíquicos (Beavers, 1985). No se comprende tanto, aunque esté bien documentado, que la enfermedad psiquiátrica individual puede estar inducida por un problema de mayor nivel, es decir, diádico, familiar o social. Ciertamente un trastorno grave de conducta de un niño puede ser consecuencia de que los padres mantengan un juego relacional en que estén victimizando al niño (Minuchin, 1981).

Presentamos a continuación, sólo a manera de ejemplo, algunas investigaciones relacionadas con la competencia familiar.

Tanto Goldstein, trabajando con esquizofrénicos agudos (Goldstein, M., Rodnick, E, Evans, J., May, R. & Steinberg, M. (1978), como Falloon, abordando las necesidades de familias con trastorno esquizofrénico crónico (Falloon, 1981), han demostrado que implicar a los miembros de la familia en los proyectos compartidos de analizar los factores causantes de estrés y de desarrollar posibles soluciones para reducir el estrés del paciente ayuda a éste y a su familia a afrontar más eficazmente el problema.

Steidl y su equipo (Steidl, J. H. et al. 1980) han utilizado una versión ligeramente modificada de la escala de competencia de Beavers y Hampson para estudiar las cualidades de la familia asociadas con varios aspectos de la conducta y la experiencia de un miembro de la familia sometido a diálisis renal. Steidl también ha utilizado este instrumento para evaluar la dinámica de una familia en la que uno de sus miembros tiene cáncer broncogénico (Steidl, 1984). En otros estudios, se evaluaron familias con un hijo con retraso mental (Hampson, et. al., 1988) así como familias que tienen un miembro con una enfermedad física crónica (Foote, 1984). Hay al menos un grupo de investigación utilizando el instrumento con delincuentes juveniles (Green, R. et al. 1985).

Un clima familiar positivo favorece la formación de sujetos adaptados, maduros, estables e integrados y un clima familiar desfavorable promueve la inadaptación, inmadurez, desequilibrio e inseguridad (Rodríguez, 1986).

7. Consideraciones finales

Exponemos una serie de pautas que favorecen la co-construcción de la competencia familiar.

- *Otorgar a la familia su papel en el cambio:* Devolver a la familia el protagonismo que se merece. La influencia del clima educativo familiar se define por el grado y estilo de ayuda familiar a los hijos que viene determinado por los elementos del contexto familiar, como la dinámica de relaciones de comunicación y afectivas, las actitudes frente a los valores, las expectativas, etc.
- *Aprender a “no hacer más de los mismo”.* Analizar tanto las soluciones intentadas sin éxito como las que han gozado de cierto o mucho éxito. Prestar especial atención a aquellos pensamientos, sentimientos o acciones que, por su novedad, forman parte de la categoría de “menos de lo mismo”.
- *No atribuir el cambio, única y exclusivamente, a la casualidad o a circunstancias externas:* Resulta muy beneficioso para el cambio no aceptar el hecho de que los padres atribuyan el cambio a la casualidad o a acontecimientos externos, etc. “Como ha venido su abuela, estos días ha estado más tranquila”, “Nosotros no hemos hecho nada, será que está creciendo”. No se trata nunca de mentir a los padres, pero seguro que en otras ocasiones, ante circunstancias similares, las conductas de unos y otros no fueron igualmente adecuadas (Cagigal, V., 2005).
- *Hacer ver y potenciar en los padres su posición superior en el nivel jerárquico familiar:* En la medida en que potenciamos los recursos de los padres y su confianza en estos recursos, contribuimos a que sean más y más capaces de asumir su nivel jerárquico por encima de los hijos. Esto es necesario en aquellas

familias en las que el estilo educativo de negligencia o de permisividad ha provocado un vacío de poder y jerarquía, o son los propios hijos los que ostentan el poder (Cagigal, V., 2005).

- *Diferenciar lo urgente de lo importante:* La mayoría de las intervenciones del profesional con la familia van encaminadas en la dirección de lograr que ciertos patrones de conducta disfuncionales para el niño cambien, permitiendo una respuesta más adaptativa. Este cambio deseamos que se produzca del modo más rápido posible; sin embargo, no siempre aquello que el profesional aprecia que debe cambiar es lo más fácil de modificar para la familia. Desde una perspectiva sistémica, en toda la secuencia de interacción, cualquier cambio en uno de los eslabones trae consigo cambio en el resto, por lo que a veces es mucho más eficaz y rápido comenzar por cambios aparentemente menos urgentes, que permiten a los padres y al menor confiar en sus recursos, pudiendo abordar más tarde aquellos aspectos que inicialmente parecían resistentes (Cagigal, V., 2005).
- *Confiar en las posibilidades de cambio:* Se trata de ofrecer una perspectiva realista, que contempla las dificultades, pero que fundamentalmente imprima confianza a las personas implicadas en que los problemas pueden mejorar o empeorar menos (Cagigal, V., 2005).
- *Restablecer la objetividad:* Es muy fácil dejarse llevar por percepciones, sentimientos, prejuicios, convicciones, etc. que inciden en el “yo” oculto, en las maneras de actuar y verbalizar las situaciones y que van interfiriendo en la propia comprensión de la situación (Rodríguez, J., 2000).
- *Compartir capacidades y buscar una postura común de consenso:* Ayudar a redescubrir y desarrollar las propias capacidades como “padres y educadores”. Incorporar a los “otros” como colaboradores, romper con las situaciones de recelo y desconfianza, salvando distancias y franqueando fronteras interprofesionales y artificiales. Las familias son competentes para las funciones que deben cumplir, lo que ocurre es que, por diversas circunstancias y eventos, se encuentran atrapadas por vendas que les impiden ver, por sí solas, una luz a su disfunción. Los profesionales, por tanto, no tienen las soluciones sino que se sumergen en la vida familiar para hacer emerger de ella las capacidades y posibilidades que este entorno puede poner en práctica.
- *Dedicar tiempo a los hijos:* Una gran mayoría de padres saben que “dar el tiempo es dar vida” (Iceta, M., 1993); sin embargo, el ritmo de vida actual, las exigencias sociales, y en muchísimos casos la mera necesidad económica impide que esto se haga realidad en un gran porcentaje de casos.
- *Demostrar afecto:* El cariño, el amor, el afecto, son cualidades familiares que la mayoría de las familias valoran de sí mismas como elemento de cohesión y como ayuda para superar las dificultades (METRA, 2003). Rescatar esos sentimientos de afecto, de cariño, “leer” sus actitudes a veces equivocadas en término de este amor, ayuda a suavizar posiciones, a acercarse, a descubrir la perspectiva del otro (Cagigal, V., 2005).
- *Supervisar la conducta de los hijos:* Que los padres ayuden a los hijos en las tareas escolares, que sepan quiénes son sus amigos y a qué dedica su tiempo de ocio, que presten atención a sus actividades, que supervisen el cumplimiento de sus responsabilidades, etc. son todos ellos aspectos que contribuyen a que el hijo se sienta importante para sus padres, a que perciba su preocupación y dedicación a él, a que sienta la disponibilidad y la eficacia de sus principales figuras de apego (Cagigal, V., 2005).

- *Mantener expectativas sobre los hijos:* Tal como señalan diversos autores (Baumrind, 1991), el estilo educativo que parece favorecer un mejor desarrollo emocional, afectivo y social en nuestra cultura occidental es el que se ha dado en llamar *estilo democrático*. Los padres que educan a sus hijos según estas actitudes, se caracterizan, entre otras cuestiones, por mantener expectativas sobre sus hijos. Dichas expectativas deben ser realistas, sin idealizar sus capacidades, pero suponen que los padres esperan de sus hijos buena conducta, logros positivos, y un desarrollo futuro satisfactorio.
- *Fomentar la comunicación:* Aprender a comunicar con eficacia es una necesidad en el ámbito de las relaciones interpersonales y qué decir en el ámbito familiar. Entendemos por comunicación eficaz aquella que se distingue por gozar de claridad, coherencia, cercanía, encuentro; aquella cuya bondad radica en dar prioridad a la relación sobre el contenido de manera que evita convertir un problema de cosas en problema de personas (Dávalos, 2004). Es motor y síntoma de un gratificante viaje por el profundo sentido de la alteridad porque la comunicación puede, y debería, entenderse como un medio y como un signo de creación de relación (Zoppi, 2001).

La comunicación disfuncional, por el contrario, se caracteriza por la reiterada presencia de descalificaciones, redundancias, escaladas simétricas, invasión de fronteras, etc. que conduce al agotamiento, la impotencia, el manejo inadecuado del conflicto cuyo destino final es el precipicio de la indiferencia sobre todo cuando la ruptura del vínculo relacional entre los protagonistas se constata como cruda realidad. Un alto precio, el ser en relación despojado de este tesoro (Dávalos, 2004).

Domingo, J. (2000) afirma “Que los padres van aprendiendo a serlo desde que lo son sin haber recibido una formación inicial sobre ello más allá de su intuición y experiencia como hijos... es una afirmación incuestionable... (Sin embargo) a ser padres no se aprende por generación espontánea, ni por inspiración divina, sino con medios, reflexión, diálogo y con ofertas significativas”.

No se puede perder de vista el contexto familiar en su conjunto como objeto de análisis y de comprensión, como tampoco se puede olvidar que padres y profesionales comparten las principales tareas de educación, socialización y formación de los hijos además de otros múltiples objetivos comunes, por lo que tendrán que aprender a complementarse, ayudarse y a colaborar por el bien del chico, de la familia y de la propia sociedad (Cagigal, V. 2005).

Existe una máxima que conviene tomar en consideración: “*Padres preparados implica hijos preparados*” (Rondeño, 1997), por lo que se tendrán que establecer puentes y programas de intervención con padres con el propósito de ayudarles a comprender, aceptar y rentabilizar su situación, orientarles y guiarles en el transcurso del desarrollo y la educación de sus hijos y evitar o aminorar la aparición de conductas disfuncionales y/o desadaptativas.

Teniendo en cuenta las cualidades que componen el funcionamiento familiar invitamos al lector a dar una respuesta a la pregunta inicial ¿goza la familia española de “buena salud” desde el punto de vista del funcionamiento familiar? Tiene usted la palabra.

8. Bibliografía

Abidin, R. (1976). *Parenting skills*. Nueva York: Human Sciences Press.

Ausloos, G. (1995). *Las capacidades de la familia*. Barcelona: Herder.

Aza, G. (2003). *Nuevas familias*. Universidad de Comillas. Madrid, España. (Material inédito).

Beavers, W. (1985). Marital therapy with a couple plagued with physical illness. En A. Gurman (comp). *Casebook of marital therapy*. Nueva Cork: Guilford.

Barkley, R.A. y Benton, C. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y mantener una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós.

Cagigal, V. (2001). "Evaluación de la estructura, organización y relaciones familiares." En J. C. Torre Puente (Ed.). *Orientación familiar en contextos escolares*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Cagigal, V. (2005). *Relaciones con la familia desde el centro escolar*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Material inédito.

Carrillo, M. Trabajo de Grado Programa de Entrenamiento de Habilidades Parentales Dirigido a Madres Primerizas de Bebés Prematuros Para fortalecer el Establecimiento Inicial del vínculo Afectivo "Seguro". Pontificia universidad Javeriana.

Cataldo, C. (1991). *Aprendiendo a Ser Padres*. Gráficos Rogar, Visor Distribuciones S.A. España.

Dávalos, G. (2004). *La comunicación, y el compromiso común entre familia y escuela*. Universidad Pontificia Comillas.

Domingo, S. (2000). *Reconstruir la competencia familiar. Algunas puntualizaciones de interés sobre la formación de padres*. Universidad de Granada, España.

Domingo, J. (2000): "Escuelas de padres a debate", en Domingo, J., Ortiz, L. y Martínez, F. (Coords.): *Educación y participación. Tiene algo que decir la familia*. Granada: CEP/Adhara.

Equipo METRA (2003a). *Hiperactividad y trastorno disocial en la escuela. Guía para educadores*. Madrid: Universidad P. Comillas.

Equipo METRA (2003b). *Las familias de los menores con trastornos psíquicos. Guía para profesionales*. Madrid: Universidad P. Comillas.

Falloon, I. (1981). *Communication an problem-solving skill: Training with relapsing schizophrenics and their families*. En M. R. Lansky (comp), *Family therapy and mayor psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.

Falloon, I, Boyd, J. & McGill, C (1984) Family care of schizophrenia. Nueva York: Guilford.

Goldstein, M., Rodnick, E, Evans, J., May, R. & Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 35, 1169-1177.

Iceta, M. (1993). La familia como vocación. Madrid, PPC.

Domingo, J. (Coord.) (2001): Asesoramiento al centro educativo. Colaboración y mejora. Barcelona: Octaedro.

Killorin, E., & Olson, D. (1984). The chaotic flippers in treatment. En E. Kaufman.

Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). Family therapy techniques. Cambridge: Harvard University Press. (comp), Power to change: Family case studies in the treatment of alcoholism. Nueva York: Gardner.

Navarro Góngora, J. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Wynne, L., McDaniel, S. & Weber, T. (1982). Health family communication patterns: Observations in families "at risk" for psychopathology. En F. Walsh (comp.) Normal Family Processes. Nueva York: Guilford.

EL CUIDADO DE NUESTROS FAMILIARES MAYORES EN EL HOGAR: ¿SATISFACCIÓN Y/O SOBRECARGA?

Javier López Martínez

1. Introducción

Todos nosotros, a lo largo de nuestra vida, con mayor o menor intensidad, somos en algún momento cuidadores de nuestros familiares, así como personas que son cuidadas por su familia. Cuidar de nuestros familiares cuando lo necesitan y ser cuidados por ellos es por tanto un elemento común a todo tipo de personas y familias. Cuidar de los familiares es algo habitual en todas las familias de todos los tiempos. Sin embargo, cuando los cuidados son demasiado largos, frecuentes o intensos, puede que el desempeño de este rol no resulte nada sencillo.

En las últimas décadas el cuidado prolongado e intenso de personas mayores que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, ni es remunerado y que es mayoritariamente realizado por familiares, el denominado cuidado informal, se ha convertido en un tema de gran relevancia social, clínica e incluso económica. Así por ejemplo, tan sólo en el caso de los enfermos de Alzheimer, en cada familia se prestan cuidados que supondrían un coste para el sistema sanitario de unos 15.000 euros al año (Boada et al., 1999).

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 que necesitan ayuda por parte de otras personas en las distintas tareas del día a día.

Tal y como indican los datos demográficos cada vez es mayor el número y proporción de personas mayores de 65 años. De hecho en el año 2000 había 1,3 españoles mayores de 60 años por cada niño español y para el año 2050 se espera que el porcentaje sea de 4 mayores por niño, con la mitad de la españoles superando los 50 años (United Nations, 2002).

Este fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la proporción de mayores seguirá aumentando de manera considerable, mientras que la proporción de personas jóvenes será cada vez menor. De hecho se producirá un “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, un aumento considerable de la proporción de mayores de 80 años, dentro del colectivo de personas mayores.

El envejecimiento de la población española es una buena noticia; los avances médicos, la mejora de los servicios de sociosanitarios, las mejores condiciones de vida, entre otros factores, hacen que en nuestro contexto sociocultural cada vez sean más las personas que llegan a mayores, y llegando a esa etapa vital vivan cada vez más años. Pero si bien es cierto que el envejecimiento de la población es una conquista de nuestro tiempo, también es verdad que es un serio reto, pues se incrementa la cantidad de población necesitada de ayuda, con el consiguiente aumento de los costes sociosanitarios.

El incremento de la proporción de población mayor en España se debe fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida junto al descenso de los índices de natalidad. Así el incremento de la esperanza de vida que se ha experimentado en nuestro país lo sitúan entre los tres países más longevos del mundo. Tal y como se observa en la figura 1.1., actualmente en los varones la esperanza de vida es de setenta y cinco años y en las mujeres de ochenta y dos. Los setenta y ocho años de promedio de esperanza de vida actual se sitúan lejos de los treinta y cinco de principios de siglo y de los cincuenta años de mediados del siglo XX. Es decir, en cien años ha aumentado la esperanza de vida cuarenta años y tan sólo en los últimos cincuenta años la esperanza de vida ha aumentado un promedio de treinta años (Instituto Nacional de Estadística, 2004; United Nations, 2002).

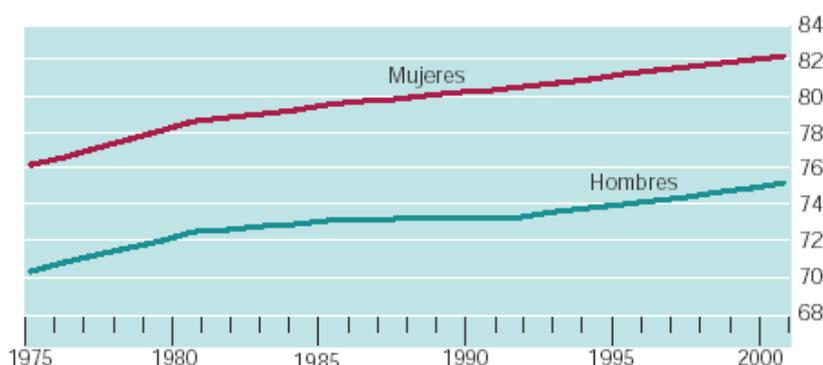


Figura 1.1. Evolución de la esperanza de vida en España (INE, 2004)

Pero, por otro lado, se ha producido una fuerte disminución de la natalidad, pasando de un promedio de 3 hijos por mujer en los años setenta a un promedio próximo a 1,1 actual, muy por debajo del umbral de reemplazo generacional fijado en 2,1 hijos por mujer (véase figura 1.2.).

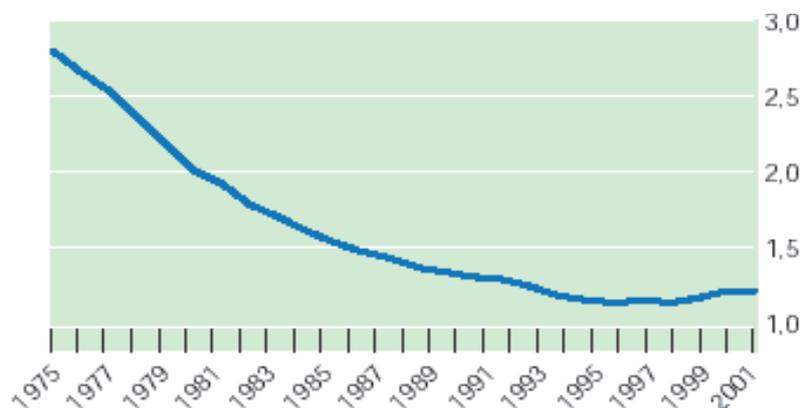


Figura 1.2. Evolución del número medio de hijos por mujer en España (INE, 2004)

Este promedio es aun menor en ciertas comunidades autónomas del norte de España, que convierten a nuestro país en uno de los que tienen una menor tasa de natalidad del mundo, dado que los países desarrollados muestran en la actualidad un promedio de 1,5 hijos por mujer y tan solo 19 países se encuentran por debajo de 1,3 (Instituto Nacional de Estadística, 2004; United Nations, 2002).

Este aumento de personas mayores que necesitan asistencia para las actividades de la vida cotidiana ocurre no solo en nuestro país, sino a nivel global. Tal como se observa en la figura 1.3., el mundo envejece, pues tanto los países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo tienen cada vez más cantidad de personas mayores.

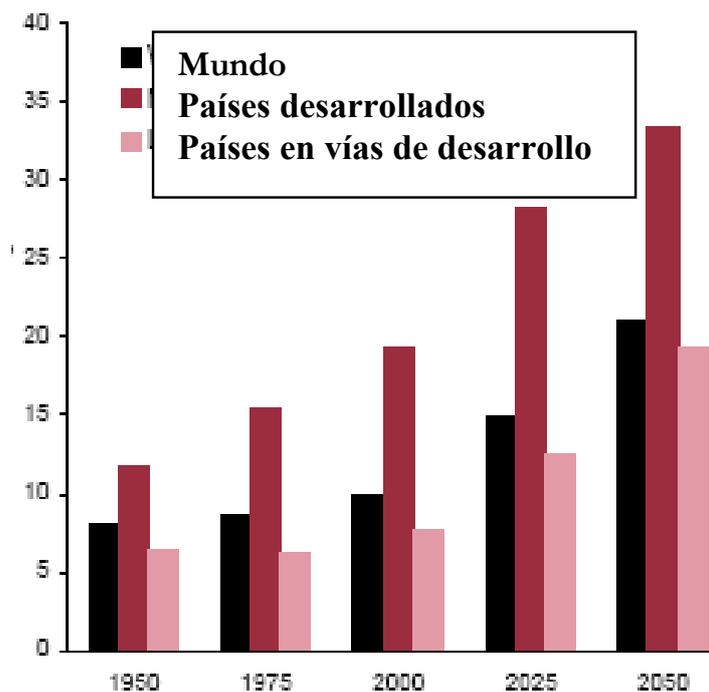


Figura 1.3. Porcentaje de personas mayores de 60 años (United Nations, 2002)

Pese a que el envejecimiento sea un fenómeno global, lo cierto es que en nuestro país por el descenso de natalidad, el porcentaje de personas mayores crece a mayor ritmo que en otros. Es decir, está aumentando considerablemente la proporción de personas de edad de nuestro país y de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2003), la percepción del nivel de salud empeora con la edad. La proporción de personas que definen su salud como mala o muy mala aumenta sistemáticamente con la edad: 2,3 % en los jóvenes (de 16 a 24 años de edad), 9% en las personas de edad media (de 45 a 54 años), 19,3 % en el grupo de 65 a 74 años, y 30,5% en los mayores de 75 años.

La población mayor no sólo presenta una peor salud percibida, sino que también con mayor frecuencia padecen dolencias o enfermedades que limitan su actividad cotidiana, y los porcentajes de personas que tienen que ser hospitalizadas (véase tabla 1.1).

Tabla 1.1. Población que declara haber tenido alguna enfermedad y haber sido hospitalizada en los últimos doce meses (INE, 2003).

Edad	Dolencias o enfermedades	Hospitalizaciones
De 0 a 15 años	12,4%	6,1%
De 16 a 24 años	12,6%	4,6%
De 25 a 34 años	14,4%	8,6%
De 35 a 44 años	19,4%	9,1%
De 45 a 54 años	23,9%	8,5%
De 55 a 64 años	28,9%	12,1%
De 65 a 74 años	31,5%	15,0%
De 75 y más años	44,8%	19,6%
Total	21,1%	9,5%

Aunque la mayoría de las personas mayores, con frecuentes problemas de salud, son capaces de vivir autónomamente, también es cierto que va aumentando progresivamente el número de mayores que necesitan de la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades cotidianas. Ser mayor no significa ser enfermo, ni ser dependiente. Sin embargo, muchas personas mayores necesitan temporal o definitivamente ser atendidas por otros. Así, entre un 13% de los españoles mayores de 65 años (con dependencia severa), y un 33% (con dependencia moderada y leve) requieren de la asistencia de otras personas para hacer frente a las actividades cotidianas (Sancho, 2002).

No debe olvidarse que se espera que en el 2050 España sea el país del mundo con mayores tasas de dependencia de personas mayores (United Nations, 2002). De hecho, en España se ha producido un aumento de la dependencia muy importante y de una manera brusca, con lo cual se trata de un fenómeno nuevo para nuestra sociedad, que conviene ser abordado de la manera más rápida y diligente posible (Rivera, 2001). Siempre ha habido personas mayores a las que atendían sus familiares, y no todas las personas mayores necesitan ayuda continua, pero lo cierto es que hoy en día tenemos más mayores dependientes que nunca y menos familiares para atenderlos que en épocas precedentes.

Ciertamente el cuidado formal, es decir, el cuidado profesional de los mayores dependientes, 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 es sin duda el más numeroso. Así, en un 86% de los casos los cuidados son prestados exclusivamente por el sistema familiar en el que reside y en más de la mitad de los hogares los cuidados son realizados por una sola persona, el cuidador principal (Durán, 2002, IMSERSO, 2005).

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). Así pues, los cuidados informales que se proporcionan dentro del

entorno familiar, 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.

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 (Crespo y López, 2007, López, 2005).

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 familiares que cuidan a mayores dependientes presentan numerosos problemas de salud física. Padecen, la mayoría de las veces con gran serenidad y altas dosis de paciencia, esta problemática. Pero también es cierto que una preocupación importante, sobre todo en los cuidadores más mayores, es que su salud no se vea mermada para poder hacer frente adecuadamente 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 su salud física se encuentra en numerosas ocasiones afectada.

Cuidar a un familiar 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, si 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 de familiares mayores dependientes españoles cómo

perciben su salud (Crespo, López, Gómez y Cuenca, 2003), y se compara con la de la población adulta general (con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2003), se observa 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.

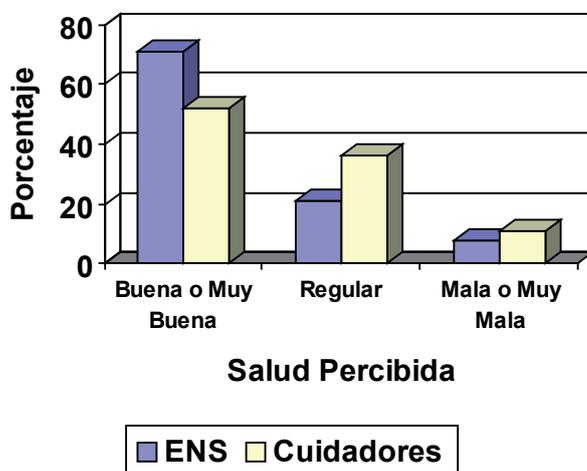


Figura 2.1. Percepción del estado de salud en cuidadores y población general.

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 (62%). 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%.

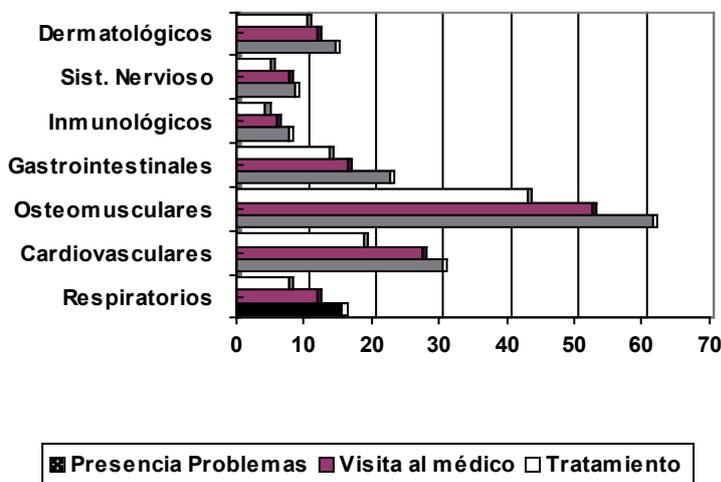


Figura 2.2. Problemas de salud en cuidadores (%) (Crespo et al., 2003)

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

Es bien conocido por la inmensa mayoría de las personas el estrés que padecen quienes tienen que cuidar a un familiar mayor dependiente. Casi todos conocemos a alguien que cuida en casa de su padre, madre, esposo, esposa... y cómo esto influye sobre su estado emocional. Les notamos más irritables de lo normal, o más tensos que de costumbre, o más alicaídos y tristes que antes de que tuviesen que desempeñar sus tareas diarias de cuidado de un familiar. La comunidad científica en general y la Psicología en particular ha constatado con numerosos estudios esta realidad: cuidar afecta al bienestar emocional de los cuidadores.

Así se ha constatado que cuidar a un mayor dependiente afecta muy especialmente al *estado de ánimo* del cuidador (Crespo, López y Zarit, 2005). 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 aun cuando la situación del familiar mayor al que se atiende no es especialmente demandantes.

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, en un estudio llevado a cabo con 111 cuidadores de personas mayores dependientes (Lopez, Lopez-Arrieta, Crespo, 2005) se observó que estos elevados niveles de depresión. Como puede observarse en la figura 2.3, más de la mitad de los cuidadores (55,2%) presentan problemas de depresión, ya sea depresión leve, moderada o grave. No obstante, la depresión está por completo ausente en casi un 45% de los cuidadores de la muestra.

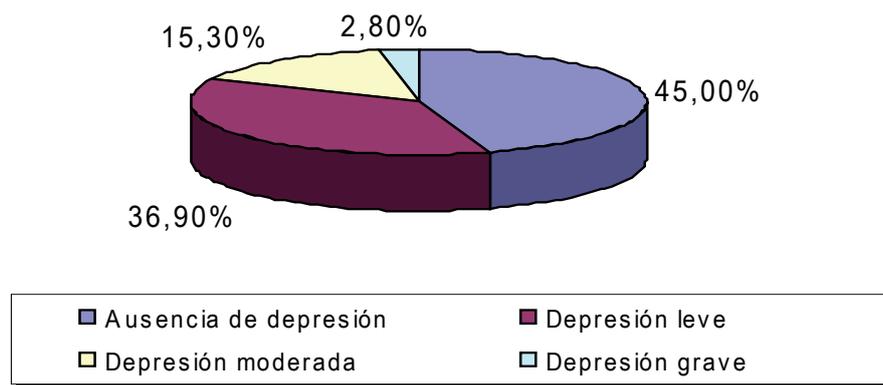


Figura 2.3 Porcentajes de cuidadores con distintos niveles de depresión (n = 111)

Es decir, se sienten tristes o deprimidos, sin que por ello experimenten un síndrome depresivo.

La ansiedad en 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).

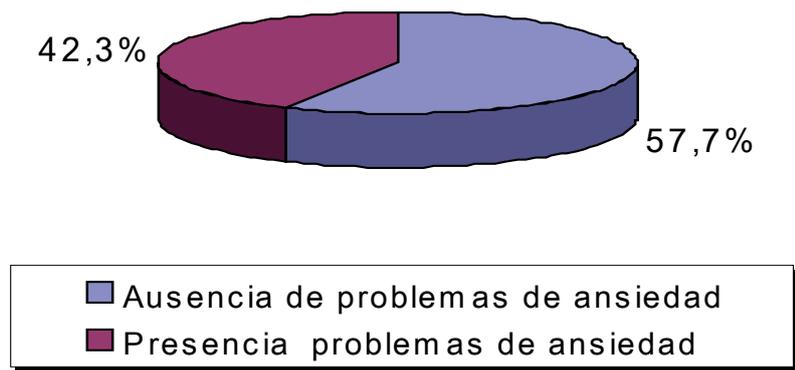


Figura 2.4. Porcentajes de cuidadores con problemas de ansiedad (n = 111)

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 cardiaca 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, como de angustia, o de miedo.

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*. 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 con todo lo anterior se generan 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.

Investigaciones realizadas en el ámbito anglosajón muestran que el 41,2% de los esposos que a sus parejas experimentan sentimientos de ira moderada o frecuentemente (Croog, Burleson, Sudilovsky y Baume, 2006), y el 52% de los cuidadores de personas mayores con demencia reconocen que han tenido alguna conducta que implicaba abuso verbal y/o físico contra el mayor. (Cooney, Howard y Lawlor, 2006). Por lo tanto parece que los cuidadores presentan ciertas dificultades con sus sentimientos de ira y hostilidad. No obstante, tal y como se observa en la figura 2.5., en una investigación previa con familiares cuidadores de nuestro entorno sociocultural español (López, 2007) se observó que estos experimentaban niveles moderados tanto de ira rasgo (M = 19,37, que corresponde a un percentil 30 para las mujeres y un percentil 45 para los varones),

como de temperamento de ira ($M = 8,2$, que corresponde a un percentil 45 para mujeres y 50 para varones), o de reacción de ira ($M = 11,17$, que corresponde a un percentil 30 para mujeres y 40 para varones) (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger., 2001).

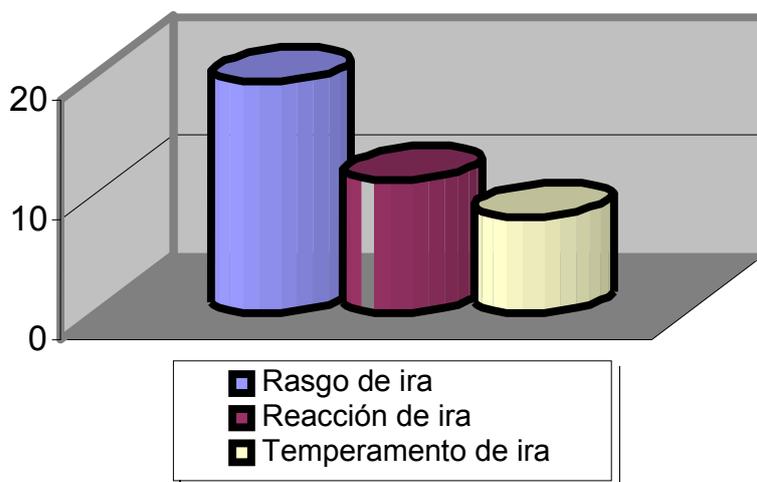


Figura 2.5. Medias de niveles de ira en cuidadores españoles (López, 2007)

Presencia de depresión, ansiedad, ira...la desesperación de los cuidadores es tanta, las ganas de descansar y que se acabe todo son tan intensas, el agotamiento y embotamiento es tan evidente... que un importante porcentaje de cuidadores llegan a pesar con mayor o menor intensidad en la posibilidad de terminar con sus vidas. El 11,2 % de ellos manifiestan “a veces pensar en suicidarse pero no lo harían” (ideación suicida), el 1% “desear suicidarse” (intencionalidad suicida moderada) y el 0,5% “se suicidarían si tuviesen la oportunidad” (intencionalidad suicida grave) (López et al., 2006). De hecho, no son muchos los que consuman el suicidio, pero los que tienen estas ideas sufren enormemente por la mera presencia de estos pensamientos y conviene que se esté atento a ello. La práctica clínica nos indica que normalizar estos pensamientos, indicar a los cuidadores, que estas ideas no son exclusivos de él o ella, sino comunes a quienes se ven sometidos a situaciones de un alto estrés y que obedecen en el fondo al deseo de descansar (de que finalice la situación estresante) ya es en si mismo un elemento que ayuda a disminuir el malestar que los propios pensamientos de suicidio provocan en los cuidadores.

Vista toda la problemática emocional anterior no resulta extraño que un 25,3% de los cuidadores de nuestro entorno consuman algún tipo de psicofármaco (Rivera, 2001). Es de destacar, 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, Fariñas, Herrera y González., 2001).

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

Pese a 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 comprometida su salud física y mental. 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, Wilken, 1991; López, López-Arrieta, Crespo, 2005).

La enfermedad del familiar mayor que causa su dependencia 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 del familiar cuidador para ir superando esos problemas.

El primer impulso de la investigación sobre los cuidadores, durante los años 80-90, se centró en los aspectos negativos del hecho de ser cuidador y, aún hoy en día se ha perpetuado una visión demasiado pesimista de este. Es demasiado simplista considerar que todos los cuidadores son necesariamente y exclusivamente unas víctimas escondidas de la enfermedad de sus familiares (Fernández-Capo, 2005; López et al., 2005; Wells y Kending, 1997).

Mientras que las primeras investigaciones sobre cuidadores de enfermos se centraban en el estudio de la carga del cuidador, George y Gwyter (1986) empezaron a evaluar indicadores de bienestar, indicando la ventaja de tener una concepción múltiple de lo que implica ser cuidador, y así poder establecer comparaciones con los que no son cuidadores. Una visión del cuidado de enfermos, que incluye sus aspectos positivos y negativos, facilita una visión integrada de la vida de los cuidadores, en lugar de una concepción fragmentada de esta.

Haberse centrado en las consecuencias negativas del cuidado es algo consistente con la larga tendencia en las investigaciones en ciencias sociales, que se centra por lo general en medidas generales de disfunción psicológica (e.g. depresión, ansiedad, pérdida de salud). Observando las investigaciones en las ciencias de la salud Ryff (1989) desarrolla un modelo de seis factores distintos para una visión más positiva de los sujetos que incluye: crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, control del entorno, relaciones positivas con los demás y autoaceptación.

Gran parte de los cuidadores experimentan aspectos positivos en el cuidado de su familiar. Así, en un estudio de Farran et al. (1991) el 90% de los 94 cuidadores entrevistados valoraba aspectos positivos del cuidado. 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, la satisfacción y el crecimiento personal experimentado, que se encuentran por el hecho de ser cuidador (Kramer, 1997; López et al., 2005).

Lawton, Moos, Kleban, Glicksman y Rovine (1991), en un estudio pionero sobre los aspectos positivos que experimentan los cuidadores identificaron a través de un análisis factorial que los aspectos positivos del

cuidado son: sentimientos de placer, de satisfacción personal, de proximidad con el enfermo, de incremento de la autoestima y del propio sentido vital. Estos son cinco de los seis ítems que componen la Escala de Satisfacción con el Cuidado (*Caregiving Satisfaction Scale*). Un sexto ítem pregunta por la satisfacción general que el cuidador siente. El rango de respuestas va de 1-nunca a 5-casi siempre. Es sin duda la escala más utilizada en la medición de los aspectos positivos del cuidado (Kramer, 1997). Por ello se utilizó este instrumento en el estudio antes indicado con 111 cuidadores de familiares mayores dependientes.

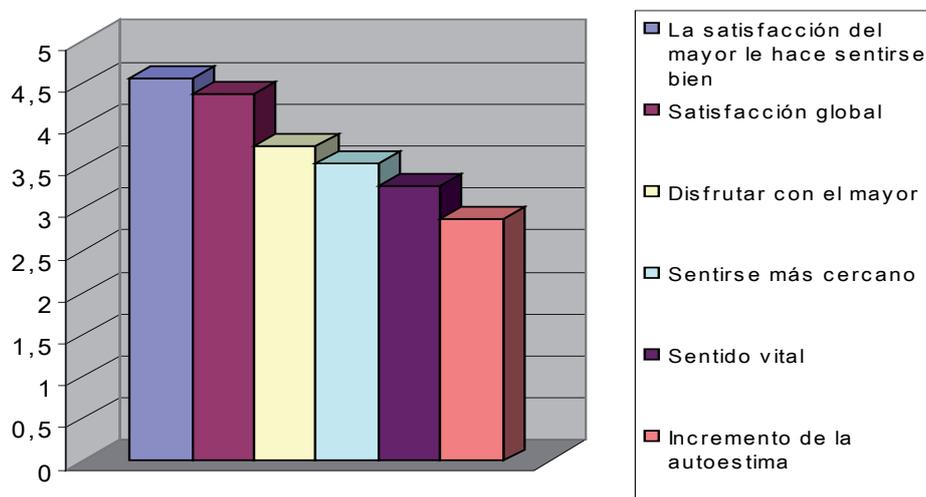


Figura 3.1. Niveles de satisfacción con el cuidado (n = 111)

En dicho estudio todos los cuidadores sin excepción refirieron algún aspecto positivo en el cuidado de sus familiares mayores. En general los cuidadores experimenta una alta satisfacción global en el desempeño de su rol (M=4,37, DT= 0,95), así como en aspectos más concretos del mismo, como por ejemplo, cuando el mayor al que atienden se encuentra satisfecho los cuidadores también se sienten satisfechos (M= 4,56, DT=0,98) o en cuanto que disfrutan estando con el mayor (M= 3,75, DT=1,29). En menor medida los cuidadores sienten que cuidar les hace sentirse más cercanos al mayor al que cuidan (M= 3,55, DT=1,52) o que esto incrementa su sentido vital, es decir que da sentido a sus vidas (M= 3,28, DT=1,58). Y el aspecto menos valorado es el relativo a que el hecho de responsabilizarse de su familiar haya incrementado su autoestima (M= 2,88, DT=1,58). Que cuidar no incremente la autoestima de los cuidadores puede deberse a que este colectivo piense que indicar que han mejorado su autoestima por el hecho de atender al familiar mayor dependiente es una cuestión relacionada con el narcisismo, el egocentrismo, el falso orgullo. Es decir, algunos cuidadores pueden entender que sentir satisfacción por ayudar a su familiar o que el hecho de responsabilizarse de su familiar ayude a aumentar su autoestima son cualidades negativas, opuestas a la “virtud de la modestia” y las rechazan como algo negativo. Justo todo lo contrario de lo que pretende medir este test, validado en población anglosajona. Con todo, tal y como se ha indicado, el 100% de los cuidadores reconocen aspectos beneficiosos en el desempeño de su rol.

Más allá de los datos revelados en nuestro estudio, los cuidadores como consecuencia del desempeño de su nueva tarea 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, 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, Pinkart, 2001; Monteko, 1989; Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory, Gallagher-Thompson, 2004). De alguna manera sienten que han crecido como personas como resultado de su experiencia como cuidadores (Skaff, Pearlin, 1992; (Tarlow et al., 2004).

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).

A pesar de todos los problemas que conlleva el hecho de cuidar a un mayor, alguno de los cuidadores llega a indicar que *“el cuidar a una persona enferma te enseña muchísimas cosas, muchísimas cosas sobre la vida, muchísimas cosas sobre el dolor, te pone a prueba. Uno piensa que no es capaz de hacer muchas cosas y es capaz de hacer cualquier cosa”* (Algado, Basterra, Garrigos, 1997, pág. 23).

De hecho, siguiendo la propuesta de Tedeschi y Calhoun (1995), los aspectos de superación personal a partir de situaciones difíciles, estresantes y traumáticas se pueden agrupar en tres categorías:

- a) Cambios en la percepción que se tiene de sí mismo. Se siente uno mejor consigo mismo, más capaz, más reafirmado, con más experiencia y más fortaleza para afrontar dificultades que se planteen en el futuro. Aumentan las posibilidades de que se responda de una manera asertiva cuando en el futuro se planteen situaciones difíciles. El cuidador desarrolla una autoimagen de fortaleza, una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones.
- b) Cambios en las relaciones con los demás. En ocasiones la familia se une más tras tener que cuidar a un familiar gravemente enfermo. Así por ejemplo, la amenaza de que pueda terminar la vida de un ser querido por la enfermedad que padece, puede hacer que el cuidador se acerque más al resto al darse cuenta de la importancia que tienen, de qué frágiles son y con qué rapidez pueden perderse. Por otro lado la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación puede llevar también a algunas personas a abrirse más y a compartir sentimientos cuando nunca antes lo habían hecho, a aceptar la ayuda de los demás y a utilizar por primera vez el apoyo social.
- c) Cambios en la filosofía de la vida. A partir de la amenaza de perder a nuestros familiares a los que queremos, se valoran más los detalles, se aprecia más lo que se tiene, y la vida misma. Algunos cuidadores cambian su escala de valores, reorganizan sus valores tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las cosas. Ciertas personas sienten que sus creencias religiosas se ponen a prueba, otras redescubren o refuerzan su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismos, de la sensación de control y de sentido de la vida.

Además hay que indicar que los beneficios de cuidar a un familiar mayor dependiente, no se limitan a los cuidadores principales, sino que se extienden a todo el grupo familiar. Así, por ejemplo, los adolescentes de las familias que cuidan una persona con demencia sufren un impacto positivo: incrementan las actividades compartidas con sus hermanos, muestran mayor empatía con los adultos mayores, tienen una mayor ligazón con su madre y tienden a seleccionar y mantener las relaciones con sus pares de iguales, es decir, son más selectivos con sus amigos (Beach, 1997).

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, López y Rodríguez, 2007).

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.

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 (López y Rodríguez, 2007).

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 quien 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. Sin embargo las intervenciones psicológicas dirigidas a los cuidadores no han solido tener en cuenta este factor mediador del sentido que los cuidadores otorgan a su situación (Lopez y Crespo, 2007, López, Crespo, y Zarit, 2007). Sería deseable que los terapeutas que trabajan con cuidadores de familiares mayores dependientes, fuesen sensibles al sentido que los cuidadores otorgan a su rol, factor tan relevante para la sobrecarga o satisfacción de unas personas, los familiares que cuidan durante un tiempo prolongado. Así se facilitaría que fuesen capaces de seguir atendiendo a sus familiares en las mejores condiciones personales posibles.

5. Bibliografía

Algado, M.T., Basterra, A. y Garrigos, J. I. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de psicología*, 13, 19-29.

Beach, D.L. (1997). Family Caregiving: The Positive Impact on Adolescent Relationships. *Gerontologist*; 37, 233-238.

Boada, M., Peña-Casanova, J., Bermejo, F., Guillén, F., Hart, W. M., Espinosa, C. y Rovira, J. (1999). Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Medicina Clinica*; 113, 690-695.

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.

Cooney, C., Howard, R. y Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.

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. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid.

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

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

Croog, S.H., Burlleson, J. A., Sudilovsky, A. y Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging and Mental Health*, 10, 87-100.

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.

Durán, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.

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-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.

George, L.; Gwyter, L. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26, 253-259.

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

Instituto Nacional de Estadística (2004). *España en cifras 2003-2004*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística (2003). Encuesta Nacional de Salud (Datos provisionales). Período abril-septiembre 2003. Recuperado el 10 de diciembre de 2007 de <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419%2Fa2003t3&O=pcaxis&N=&L=0>

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. (2007). Predictors of anger in family caregivers of older adults. En E.I. Clausen. *Psychology of anger*. (pp. 271-292). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.

López, J.; Crespo, M.; López-Arrieta, J.; Torrijos, G.; López de la Torre, R. y Hornillos, C. (2006). Ideación suicida en cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 41, 75.

López, J., Crespo, M., y Zarit, S. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist*, 47, 205-214.

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.

López, J. y Rodríguez, M.I. (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Revista de Psicooncología*, 4, 111-120.

Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., Spielberger, C.D. (2001). *STAXI-2 : Inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid: TEA.

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 an matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 197-204.

Ryff, C.D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.

Sancho, M. T. (Ed.). (2002). *Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.

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.

Tarlow, B.J., Wisniewski, S.R., Belle, S.H., Rubert, M., Ory, M.G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research of Aging*; 26, 429-453.

Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2002). *World Population Ageing 1950-2050*. Nueva York: United Nations.

Wells, Y. D. y Kendig, H. L. (1997). Health and well-being of spouse caregivers and the widowed. *Gerontologist*, 37, 666-674.



1 9 3 3 - 2 0 0 8

CEU 75

*Instituto de Estudios
de la Familia*

Universidad San Pablo

Boletín de Suscripción

Deseo recibir los próximos números de los Documentos de Trabajo de la Serie “*Terapia Familiar*” del Instituto de Estudios de la Familia de la Universidad CEU San Pablo:

Nombre y Apellidos

.....

Dirección

Población C.P. País

Teléfono Correo electrónico

Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne, recopilada en nuestro fichero de clientes, y cancelarla o rectificarla en el caso de ser errónea. A través del Instituto de Estudios de la Familia podrá recibir información de su interés. Si no desea recibirla, le rogamos que nos lo haga saber mediante comunicación escrita con todos sus datos.

Instituto de Estudios de la Familia

Universidad CEU San Pablo

Julián Romea 23, 28003 Madrid

Tfno: 91 456 63 11 | Fax: 91 514 01 41

if@ceu.es, www.ceu.es/usp/if



1 9 3 3 - 2 0 0 8

CEU 75

*Instituto de Estudios
de la Familia*

Universidad San Pablo

Boletín de Solicitud de números atrasados

Deseo recibir los números siguientes de los Documentos de Trabajo de la Serie “*Terapia Familiar*” del Instituto de Estudios de la Familia de la Universidad CEU San Pablo:

Nombre y Apellidos

.....

Dirección

Población C.P. País

Teléfono Correo electrónico

Nº	Título
----	--------

.....

.....

.....

.....

Usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne, recopilada en nuestro fichero de clientes, y cancelarla o rectificarla en el caso de ser errónea. A través del Instituto de Estudios de la Familia podrá recibir información de su interés. Si no desea recibirla, le rogamos que nos lo haga saber mediante comunicación escrita con todos sus datos.

Instituto de Estudios de la Familia

Universidad CEU San Pablo

Julián Romea 23, 28003 Madrid

Tfno: 91 456 63 11 | Fax: 91 514 01 41

if@ceu.es, www.ceu.es/usp/if

Instituto de Estudios de la Familia

Presidente

José Luis Pérez de Ayala y López de Ayala

Director

Enrique Martín López

Secretario académico

José María Garrido Bermúdez

Proyectos y Desarrollo

Patricia Santos Rodríguez

Administración

Arancha Felipes Alonso

Becarios

Juan Meseguer Velasco

Jesús Romero Moñivas

Área de Terapia Familiar

Director

Aquilino Polaino-Lorente

Secretario académico

Javier López Martínez

Terapeuta asociado

Gabriel Dávalos Picazo

Observatorio Universitario de la Mujer

Directora

María de los Ángeles Varela Olea

Centro Universitario de Información y Salud Sexual

Directora Médico

Dra. Ondina Vélez Fraga

Médico adjunto

Dra. Nieves Cano Linares

Trabajadora social

Isabel Lara Luque

Resumen: Hoy, cuando la gente está hablando de una cultura de la competencia, es necesario reflexionar sobre la competencia familiar. Una familia competente es aquella cuyo funcionamiento revela un alto nivel en sus miembros en cuanto a organización, comunicación, afecto, cuidado, autonomía y liderazgo.

Por otro lado, ha crecido últimamente el interés por el problema de los mayores dependientes y sus familiares cuidadores. Los cuidadores, que están sometidos a un claro estresor crónico y experimentan una gran sobrecarga, relatan sin embargo consecuencias positivas de su rol de cuidador. Una visión del cuidado que incluye sus aspectos positivos y negativos facilita una visión integrada de la vida de los cuidadores, en lugar de una concepción fragmentada de esta.

Palabras clave: competencia familiar, familia competente, cuidadores, dependencia, mayores, estrés, satisfacción personal, sobrecarga.

Abstract: Today, when people are speaking of a culture of the competition, it is necessary to reflect on the concept of familiar competition. A competent family is that one whose operation reveals a high level in its members as far as organization, communication, affection, care, autonomy and leadership.

Recently there has been greater interest in the problems of dependent elders and their family caregivers. Many caregivers, who experience chronic stress in their lives and a great burden, however report positive aspects of their caregiving role. A vision of caregiving that includes positive and negative aspects provides a complete vision of the caregiving life instead of a fragmentary point of view.

Keywords: familiar competition, competent family, caregivers, dependence, elders, stress, personal satisfaction, burden.

