

Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia

Josep Deví¹
Isabel Ruiz Almazán²

¹Asociación de Familiares de Alzheimer de Barcelona
Universidad Ramon Llull

²Residencia y Centro de Día Nogués
Barcelona

Introducción

En gran parte de la investigación centrada en la sobrecarga del cuidador opera algún tipo de modelo de estrés y afrontamiento, tanto explícita como implícitamente¹. Parte de la dificultad conceptual se presenta porque el evento estresante es típicamente una situación crónica¹. El modelo doble de "ABCX" de McCubbin y Patterson¹ es frecuentemente citado por los gerontólogos; aquí "A" es el evento estresante, "B" son los recursos de la familia, "C" es la percepción familiar de la crisis, y "X" el sentido de la tensión o cantidad de crisis. "Doble" se refiere por un lado a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial, y por otro al hecho de que el estrés no solo resulta del evento original sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos. En estos modelos se incluyen cuatro elementos que se describen a continuación.

El primer elemento del modelo es el *estresor*. La idea del "doble ABCX" puede ser un recordatorio útil de que hay dos crisis o estresores: el problema de salud y el problema de dar cuidados¹. Los cambios en la vida del cuidador han sido llamados "tensiones asociadas al rol" por Pearlin, *et al.*¹ para indicar su contribución separada al estrés.

El segundo elemento del modelo, *percepciones y evaluaciones*, también tiene dos vertientes: la percepción de los síntomas o conductas, y como son de desconcertantes y manejables; y, el sentimiento subjetivo del cuidador referido a si son aceptables o no, los cambios producidos en su vida a causa de dar cuidados¹.

El tercer elemento del modelo involucra *recursos y estrategias de afrontamiento*, entendidos también como mediadores de la situación de estrés. Los recursos incluyen contribuciones financieras y educativas, soporte social y asistencia formal. Se ha

de considerar que algunos recursos pueden servir a la vez tanto como mediadores, como de demandas competentes. El afrontamiento comprende:

- manejar la situación (resolviendo problemas o buscando ayuda);
- modificar el significado o evaluación de la situación (focalizarse en el crecimiento de la propia existencia, utilizar humor, etc.); y,
- manejar los síntomas del estrés (encontrar actividades de ocio, buscar soporte social y encontrar un lugar seguro para expresar frustraciones)¹.

El cuarto elemento del modelo, *resultados para el cuidador*, es generalmente referido en términos de estrés o carga. Los indicadores de estrés incluyen estrés emocional, enfermedad física en el cuidador, reducción de la participación social, relaciones alteradas con la persona mayor que recibe el cuidado y demandas financieras¹. El término carga fue inicialmente utilizado en este contexto, y dentro de éste, la carga objetiva usualmente se utiliza para describir los cambios actuales en la vida del cuidador (como tener menos tiempo, etc.), mientras que la carga subjetiva se refiere a los sentimientos de estrés¹. Estos se operativizan en diferentes áreas de la vida del cuidador y de la manera como lo percibe el cuidador. Se ha de considerar que aunque la literatura enfatiza los resultados negativos, son posibles consecuencias positivas como el sentimiento de competencia en el manejo de las tareas del cuidado.

Los investigadores que han estudiado el afrontamiento en el cuidado adaptan típicamente inventarios sobre estrategias de afrontamiento o esquemas codificados de Lazarus y Folkman¹, de Moos y Billings¹ o de Pearlin, *et al.*¹. En los tres sistemas, la mayoría de categorías de las estrategias de afrontamiento incluyen:

- resolver problemas (significa encontrar maneras para manejar los síntomas del paciente) y,

Correspondencia:
Josep Deví Bastida
Asociación de Familiares de Alzheimer de Barcelona (A.F.A.B.)
Vía Laietana 45, esc. B,
pral. 2ª
08003 Barcelona
E-mail:
alzheimer-bcn@teletelne.es
/ afab@afab-bcn.org

- b. modificar los significados (es redefinir el estrés como factor de crecimiento personal o encuadrando la situación de otra manera). Se han encontrado relaciones con resultados más positivos del cuidador¹, así como que los estilos de evitación de afrontamiento están relacionados con más estrés del cuidador¹.

En investigaciones organizadas, sobre las consecuencias del proceso del cuidado en el cuidador, se ha probado la utilidad del esquema de estrés y afrontamiento. De todas maneras, estos modelos tienen tres limitaciones importantes:

- a. se fijan en el afrontamiento individual del cuidador,
- b. los resultados positivos son raramente reconocidos y explorados, y
- c. los modelos hacen escasa provisión por incluir las perspectivas de la persona enferma¹.

Los componentes conceptuales del estrés

El estrés del cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y estresores primarios y secundarios a los que están expuestos. El afrontamiento y el soporte social pueden potencialmente intervenir en múltiples puntos a lo largo del proceso de estrés².

Considerando como de cotidiano es dar cuidados, parece difícil encontrar de donde proviene el estrés. En algunas circunstancias, dar cuidados se transforma del intercambio ordinario de asistencia entre personas que tienen una relación cercana, a otra que es extraordinaria, donde la carga no es distribuida equitativamente. La emergencia de un serio y prolongado deterioro, como la enfermedad de Alzheimer, es una de estas circunstancias. Se pueden describir algunos de los ingredientes específicos de dar cuidados que pueden tener un impacto estresante, pero lo que es más estresante es el cambio de la relación por sí mismo².

El hecho de dar cuidados y sus consecuencias está potencialmente influenciado por características clave del cuidador. Los efectos de estatus, como la edad, género, etnia, la educación, ocupación, económicos, etc. se espera que serán tratados a través de todo el proceso de estrés. Estas características indican donde se ubican las personas con distribuciones

no igualitarias de pagas, privilegios, oportunidades y responsabilidades. El tipo e intensidad de estresores a los que la persona se expone, los recursos personales y sociales de los que se dispone para hacer frente a los estresores y las maneras como se expresa el estrés están todos sujetos a los efectos de estas condiciones.

Las conexiones entre las características sociales y económicas de los cuidadores y otros componentes del proceso de estrés donde están implicados, son importantes. Los cuidadores pueden sentirse no ligados a la sociedad pero igualmente están muy influenciados por su organización. También se han de tener en cuenta aspectos de la historia del cuidador; la relación entre el cuidador y el paciente, si es el cónyuge o hijo/a; conflicto y distancia que puede haber existido en el pasado en su relación; información sobre la salud mental del paciente que puede influir en las demandas del dar cuidados; y, el tiempo que el paciente ha requerido cuidados. Son aspectos indicadores de la cronicidad de los estresores que el cuidador experimenta².

También se considera el acceso y el uso de recursos y programas como elementos contextuales importantes del proceso de estrés. Esto concierne a las redes, incluida la familia, con las que los cuidadores tienen relación, la composición de las redes, la naturaleza y frecuencia de los contactos con sus miembros². Otro tipo de recurso está representado por los programas formales de la comunidad creados para beneficiar a los pacientes, cuidadores o ambos. Pero el uso de estos recursos para los cuidadores puede estar limitado por causas externas (coste, localización...). Muchos de estos programas relacionan al cuidador con la comunidad; por consiguiente esta relación por sí sola puede ayudar a reducir el aislamiento y alienación que pueden experimentar los cuidadores.

Estresores primarios y secundarios

Los estresores son la base del proceso de estrés en el cual, el cuidado ha de estar involucrado. Los primarios se entienden como conductores del proceso que se sigue, derivan directamente de las necesidades del paciente, y la naturaleza y magnitud del cuidado demandado por estas necesidades. Se conciben las demandas de dar cuidados como facilitadoras de los estresores primarios que pueden derivar en otros problemas y privaciones a los que se les conoce como secundarios. El nivel de primario y secundario no pretende sugerir que uno es más importante

que el otro, sino señalar la configuración de estresores interrelacionados en el cuidado a largo plazo².

Estresores primarios

Un indicador de un estresor primario es el estado cognitivo del paciente. El rango y la dificultad de las actividades de dar cuidados y la habilidad para manejar la relación con el familiar deteriorado, superan al cuidador, al aparecer la pérdida de memoria, déficit comunicacionales y los errores de reconocimiento de los pacientes².

El segundo indicador relacionado con un estresor primario es la conducta problemática del paciente y la vigilancia, control y trabajo que esta conducta necesita por parte del cuidador. El nivel de vigilancia que ha de ser mantenido y el control ejercido sobre el deterioro para asegurar que los males del paciente, por todas las indicaciones, no sean para él ni para los otros un estresor importante².

Un tercer indicador de estresor primario, consiste en el número de actividades por las que la persona deteriorada depende del cuidador y el nivel de dependencia para cada actividad (incluye A.V.D.)². Los resultados de investigaciones no demuestran que las condiciones del paciente tengan una consistente relación con el estrés del cuidador. Pero se ha visto que cuando los esfuerzos del cuidador por satisfacer las necesidades diarias encuentran resistencia por parte del paciente, el estrés es más fácil que surja².

Dependencias o necesidades diarias, conductas problemáticas y el estado cognitivo son indicadores objetivos de estresores en el sentido de que están basados en la salud, conducta y capacidades funcionales del familiar deteriorado. De este tipo de información sobre el paciente, se pueden hacer inferencias sobre el tipo de cuidado y atención que el paciente necesita, y las demandas y privaciones que los cuidadores encuentran. Estas valoraciones objetivas de la conducta y capacidades del paciente sirven para dos propósitos, en el modelo de Pearlin, *et al.*²: como indicadores de las demandas cotidianas de dar cuidados y, como punto de referencia de las transformaciones que se han dado y de aquellas que se darán.

Dos indicadores adicionales de estresores primarios enlazan las condiciones del paciente y las privaciones experimentadas subjetivamente por los cuidadores. Uno de estos es la sobrecarga que sienten los cuidadores y el otro la privación relacional; la enfermedad de Alzheimer y otras demencias tienen un efecto transformador en el paciente, conduciendo a

la reestructuración de la relación entre cuidador y paciente y anulando la reciprocidad².

Estresores secundarios: Tensiones del rol y tensiones intrapsíquicas

Los estresores primarios a lo largo del tiempo, son duraderos y se intensifican; estas condiciones conducen a otros estresores, los que se denominan secundarios, de los cuales se diferencian dos tipos; tensiones de rol (se encuentra en roles y actividades fuera de la situación de dar cuidados) y tensiones intrapsíquicas².

La familia, es una área central para las tensiones de rol². Tener un familiar cercano que necesita ayuda puede desencadenar antiguos conflictos familiares y crear nuevos. Hay tres dimensiones del conflicto entre los cuidadores y otros miembros de la familia:

- a. centrado en el tema (el conflicto surge alrededor de diferentes temas del deterioro, creencias sobre la enfermedad del paciente, su seriedad y estrategias apropiadas para hacer frente);
- b. en el paciente (desacuerdos sobre el tipo y calidad de atención dada al paciente por otros miembros de la familia);
- c. en el cuidador (atención y reconocimiento acordado del cuidador para cuidar del paciente).

En el ámbito profesional los problemas y conflictos pueden tener consecuencias serias. Es posible que la ocupación, haciendo referencia a otros roles de fuera del cuidado, pueda tener algunos efectos beneficiosos para el cuidador². La investigación de Pearlin, *et al.*² ha confirmado estudios anteriores² que decían que los cuidadores que trabajan fuera de casa frecuentemente experimentan presiones y dilemas entre el cuidado y la ocupación. Las tensiones económicas también pueden ser importantes, y en el estudio de Pearlin, *et al.*² son evaluadas por tres indicadores:

- a. reducciones en los ingresos familiares,
- b. aumento en los gastos relacionados con el cuidado y tratamiento del paciente y,
- c. si hay suficiente dinero hasta final de mes. Hay a menudo una constricción marcada de la vida social y del ocio a medida que las responsabilidades del cuidado aumentan. Estas actividades sociales, en las que no se puede asistir como antes, pueden encontrarse a faltar de forma importante².

Una premisa subyacente del esquema conceptual de Pearlin, *et al.*² es que una serie de estresores pueden

llevar a otros. Las tensiones de rol se entienden como estresores secundarios, dado que se ven como una sobrecarga en el desarrollo de la situación del cuidado. Las tensiones intrapsíquicas son otro tipo de estresor diferente de las tensiones de rol, pero por el hecho de estar bajo la influencia de otros estresores, está también considerado como secundario. La mayor parte de estas, involucran dimensiones del autoconcepto y estados psicológicos afines. Investigaciones anteriores han indicado que en condiciones de privación en el tiempo, el autoconcepto puede ser dañado², y cuando esto pasa, la persona puede tener síntomas de depresión. La progresiva expansión de las demandas junto con las consecuentes tensiones secundarias de rol, son capaces de disminuir los elementos positivos del "self", hecho que deja a la persona más vulnerable al estrés.

Aquello que se ve como estresante es la disminución del autoconcepto o las barreras a su desarrollo. El autoconcepto, que simplemente se refiere a la consideración en la que se sostiene el propio "self", se puede medir por la escala de Rosenberg². Autoconcepto y "mastery" (el control que las personas creen que pueden ejercer sobre fuerzas que afectan la propia vida) representan de forma bastante global elementos del "self".

Pearlin, *et al.*², se interesan por conocer la posición del "self" en el proceso de estrés incluyendo dimensiones del autoconcepto que están vinculadas específicamente a la situación del cuidado. Hay cuatro dimensiones, una de las cuales es "la cautividad del rol", la cual es también una tensión intrapsíquica y consiste esencialmente en la sensación de ser un cautivo, dado que la persona quiere ser y hacer algo diferente a lo que se siente obligado a hacer. Se ha identificado como subyacente en algunas de las entrevistas con cuidadores del estudio. La pérdida del "self" es otro tema que ha surgido de las entrevistas exploratorias. Debido a que la identidad y vida del cuidador ha estado ligada a la del paciente, el cuidador puede experimentar una pérdida de su propia identidad a medida que la persona del paciente se fragmenta. Esta pérdida puede ser exacerbada cuando el dar cuidados excluye otras actividades y roles en los que el cuidador encuentra previamente validación del "self".

Dos medidas adicionales de la tensión intrapsíquica, formuladas de manera positiva son la "competencia" y el "beneficio". Competencia se basa en valorar la adecuación de su actuación como cuidador. Enriquecimiento personal o beneficio es porque muchas personas encuentran crecimiento personal a medida que afrontan los retos de dar cuidados². Pearlin, *et*

*al.*² entienden el estrés no como derivado de un acontecimiento o problema, sino de la manera en que el cuidador vive, se organiza, y los efectos que produce esta organización en los juicios sobre sí mismo.

Condiciones de mediación

La investigación ha subestimado el poder de los mediadores. La manera usual de analizar es determinar si la fuerza de la relación entre un estresor y un resultado está reforzada o atenuada en diferentes condiciones de mediación. La amortiguación se asume que actúa cuando el efecto mitigador de la mediación aumenta con la severidad del estresor. Hace referencia específicamente a la capacidad de los mediadores de limitar la proliferación de estresores secundarios. El afrontamiento, y el soporte social son generalmente entendidos como mediadores principales².

El hacer frente, representa conductas y prácticas de los individuos en respuesta a problemas de la vida, con tres posibles funciones²:

- a. manejar la situación donde aumenta el estrés;
- b. manejar el significado de la situación, en la que la amenaza disminuye y;
- c. manejar los síntomas del estrés que resultan de la situación.

Se ha visto que hacer frente no es simplemente una respuesta individual, aunque es como previamente ha sido estudiado, sino un proceso interactivo entre individuos que son significativos los unos con los otros; a menudo es la familia pero también puede incluir amigos, vecinos, etc. Representa una interacción que continúa entre los miembros de una familia y aquellos que están cercanamente asociados con ellos, así como el entorno³. Las familias que resolvían estas cuestiones satisfactoriamente a menudo conseguían cierta armonía³ y no tendían al caos y a la desintegración.

En la investigación de Shapiro³ el ajuste psicológico y físico individual del cuidador correlacionaba de forma elevada con la respuesta global de la familia a la persona deteriorada. Las familias que estaban altamente trastornadas por la presencia de un familiar enfermo, que tenían sentimientos negativos prolongados hacia él, que se enfadaban o que lo percibían como una carga, tendían a caracterizar al cuidador de depresivo y enfermo³.

La palabra afrontamiento se utiliza en dos contextos, según Shapiro³:

- a. referido a conductas obtenidas en respuesta a un evento estresante para minimizar el distrés emocional³ y,
- b. referido a buscar información, a cambios físicos y a compartir sentimientos; todo esto son respuestas de afrontamiento. Se han de mirar los resultados para valorar si una familia afronta correctamente. Considerando el nivel familiar, las familias cohesionadas, expresan sus sentimientos, estimulan la independencia de los miembros de la familia y no tienen demasiados conflictos o no son muy controladores³, funcionando mejor que las familias que no tienen estos atributos. De todas maneras es importante recordar la naturaleza subjetiva de muchos de los criterios de los resultados, especialmente en el contexto clínico. En algunos casos la supervivencia sería una buena medida del afrontamiento positivo, en otras sería la calidad de vida, etc.; esto depende del criterio que se aplique a la familia.

Cuando se diagnostica la enfermedad a un familiar puede generar las siguientes tareas:

- a. tarea de conocimiento (saber que es la enfermedad);
- b. tarea personal (tratar con sentimientos de choque, falta de creencias y miedo);
- c. tarea interpersonal (dar y tener soporte de la pareja y la familia);
- d. tarea informal (identificar las modalidades apropiadas de tratamiento); y,
- e. tarea social-integrativa (comunicar el diagnóstico a la comunidad, vecinos, etc.)³.

La lista de tareas potencialmente adaptativas puede variar, se ha de aprender a identificar las tareas adaptativas asociadas a diferentes niveles. Se ha de valorar la habilidad de cada miembro de la familia para tratar con las diferentes tareas.

Algunos datos³ demuestran que reestructurando el entorno familiar más positivamente, habrá resultados más adaptativos para los miembros de la familia. Evidencias clínicas³ sugieren que las familias con discrepancias serias entre los miembros, en términos de los estadios del proceso de adaptación o en actitudes hacia el familiar, se pueden caracterizar por resultados individuales más negativos.

Una de las influencias más importantes en el buen afrontamiento familiar es el intercambio con el mundo exterior, una fuente de estrés para las familias es la respuesta social a la enfermedad³. En muchos

casos esta respuesta es negativa y punitiva. Aunque hay evidencias claras que el soporte social³ mediatiza el estrés de manera positiva.

Uso de estrategias de afrontamiento

Ante situaciones que requieren la respuesta del individuo como sucede en la problemática de la convivencia diaria con un enfermo con demencia, los cuidadores principales necesitan poner en marcha sus recursos personales, que pueden ser tanto cognitivos como conductuales, con el fin de resolver la situación. Lazarus y Folkman⁴ definen el afrontamiento como, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Abengózar y Serra⁴ utilizaron esta definición en la realización de una investigación que tenía por objetivo, describir la influencia de determinadas variables sobre la utilización de estrategias de afrontamiento en la vida cotidiana por parte de las mujeres cuidadoras de enfermos con demencia que conviven en la misma casa, y que son familiares. La mayor parte del total de los cuidadores de enfermos con demencia son mujeres, motivo por el cual la investigación se centró en la figura de la mujer cuidadora, en nuestro medio. Se valoraron los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas según una serie de variables independientes: edad, amas de casa/trabajadoras, mujeres que tienen y/o conviven con hijos/as, estudios, vinculación, tiempo dedicado al cuidado, tiempo de evolución, tiempo parcial/total y nivel de severidad de la demencia. Utilizaron el cuestionario de Modos de Afrontamientos en Cuidadoras de Ancianos con Demencia (CMA-CAD)⁴, que medía la forma en que los cuidadores principales afrontan las diferentes situaciones de sobrecarga planteadas en la convivencia diaria con un enfermo con demencia. El instrumento constaba de seis factores:

1. "Aislamiento del problema": la mujer cuidadora se retiraba personalmente del cuidado a través de actividades de entretenimiento dirigidas al anciano, o buscando ayuda en otros que la descargasen del cuidado.
2. "Conformidad": la cuidadora aceptaba la enfermedad explicándose la conducta del anciano como consecuencia de la enfermedad.
3. "Disconformidad/incomprensión": la cuidadora intentaba hacer razonar al anciano, se enfadaba con él y se ponía nerviosa.

4. "Estrategias de entrenamiento cognitivo": se intentaba enseñar al anciano habilidades que estaba perdiendo progresivamente o se le proporcionaban ayudas mnemotécnicas.
5. "Evasión": la mujer ignoraba o cedía ante los problemas causados por el anciano.
6. "Reestructuración cognitiva": donde la resignación de la cuidadora conducía a la planificación de las tareas del hogar.

Respecto a la influencia de la *edad* de las cuidadoras sobre las estrategias de afrontamiento, el estudio mostró que las más jóvenes (de menos de 45 años) eran las que utilizaban un mayor número de formas de afrontamiento referentes al "aislamiento del problema", "estrategias de entrenamiento cognitivo" y "reestructuración cognitiva", respecto a otros grupos de edad. En general, las mujeres más jóvenes compartían sus tareas del cuidado con otros, desarrollaban una mayor planificación del trabajo diario, entrenaban a los enfermos a nivel cognitivo para mantener su funcionalidad en la medida de sus posibilidades y, finalmente, parecía ser que aceptaban mejor las situaciones problemáticas. Estos resultados podrían reflejar la necesidad de compaginar un mayor número de roles en las más jóvenes, así como el cambio cultural de las mujeres, las cuales ya no percibían como únicamente suyo el rol de cuidadora.

Encontraron diferencias entre las mujeres *amas de casa y trabajadoras* a la hora de afrontar situaciones de sobrecarga, dado que eran las mujeres trabajadoras las que más solían utilizar actividades de entretenimiento con el anciano, así como la petición de ayuda y el establecimiento de turnos del cuidado con otros ("aislamiento del problema"). La creencia en una mayor disponibilidad de tiempo personal para dedicar al enfermo, así como en su capacidad para organizar por sí misma las tareas del cuidado, las *amas de casa* percibían como propia la dedicación al cuidado, dado que se encontraba dentro del ámbito privado del hogar.

Resultados referidos a *tener y/o convivir con hijos/as*, parece que existía tendencia a que las madres se apoyasen más en un único hijo/a, que si tenían o convivían con dos o más hijos. Se indicaba también una mayor utilización de estrategias de afrontamiento "aislamiento del problema" y "estrategias de entrenamiento cognitivo".

Respecto al nivel de *estudios*, las mujeres con un mayor nivel de estudios utilizaban las "estrategias de entrenamiento cognitivo" con mayor asiduidad que las mujeres de menor nivel de estudios. Parecía indicar una mayor preparación en aquellas con una formación superior a la hora de utilizar recursos tan frecuentemente utilizados en el proceso enseñanza-aprendizaje.

En cuanto a los resultados respecto a la *vinculación* de la cuidadora, se encontró una mayor utilización de estrategias que permitían disponer de más tiempo libre ("aislamiento del problema") por parte de los familiares más alejados en cuanto a vinculación. Así pues, las cuidadoras con otro nivel de vinculación utilizaban más estrategias, como entretener al anciano y compartir con otros las tareas del cuidado, en comparación a las esposas. Parece que estas últimas aprovechaban su propio tiempo personal⁴, motivo por el cual restringían diversas actividades no relacionadas con las tareas del cuidado, como sociales, familiares, laborales, etc.⁴.

Respecto a la variable *tiempo de cuidado* se confirmó un entrenamiento de los sujetos a medida que aumentaba el tiempo de cuidado. Así pues, parecía lógico que dispusieran de más recursos personales a la hora de afrontar las diferentes situaciones de sobrecarga, así como "aislamiento del problema" y "estrategias de entrenamiento cognitivo". El último factor de estrategias donde se han encontrado diferencias significativas en esta variable es: "evasión". Estas estrategias evitativas entrarían dentro de las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción, concretamente en los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional⁴.

Según los autores clásicos del afrontamiento, la utilización de estos dos grupos de estrategias, *orientadas al problema* u orientadas a la emoción, depende de la percepción del sujeto respecto a la posibilidad de cambio de la situación estresante; así pues, las estrategias orientadas al problema se utilizaban ante la percepción de la posibilidad de cambio. Una cuidadora podría percibir que disminuiría su sobrecarga recibiendo ayuda de los demás ("aislamiento del problema") y ofreciendo ayudas mnemotécnicas ("estrategias de entrenamiento cognitivo"). En cambio, determinados trastornos conductuales del enfermo serían percibidos como inmutables, como la repetición de preguntas, etc., motivo por el cual utilizarían estrategias *orientadas a la emoción*, que ayudarían a disminuir el grado de trastorno emocional, en este caso evitativas.

En cuanto a la variable *tiempo partido/total*, hay diferente utilización de estrategias en función de compartir el tiempo del cuidado o dedicarse el sujeto exclusivamente al enfermo. Las cuidadoras con dedicación parcial pedían ayuda, se turnaban, y buscaban medios para entretener al enfermo, hecho que las alejaba de la fuente estresante; por eso, el factor al que pertenecían estas estrategias se denominaba "aislamiento del problema". Por lo que respecta al factor "reestructuración cognitiva", podía ser que las cuidadoras a tiempo parcial se encontrasen más descansadas y relajadas, lo cual permitiría una mayor aceptación de la

situación y facilitaría el plantearse con mayor determinación la planificación de las tareas.

En el *tiempo de evolución*, se encontraron diferencias significativas respecto al factor "disconformidad/incomprensión". Esto indicaba que las mujeres que cuidaban de un anciano con un menor tiempo de evolución, así como aquellas que superaban la barrera de los 10 años, utilizaban más estrategias de afrontamiento como intentar hacer razonar al anciano, enfadarse con él, así como ponerse nerviosa, etc., en comparación a las mujeres que cuidaban ancianos con un tiempo de evolución entre 7-9 años. Parecía que en este período de tiempo se producía una mayor aceptación y adaptación a la enfermedad, dado que no utilizaban con tanta frecuencia los razonamientos, ni enfadarse con el anciano, ni experimentaban las situaciones estresantes con tanta ansiedad. Se daba una utilización de diferentes estrategias en función del tiempo de evolución. Abengózar y Serra⁴ establecieron una posible relación de estos últimos resultados con el tema del duelo; al principio del proceso, las cuidadoras podían negar el hecho de perder psicológicamente al ser querido, y lo seguían tratando como si no sufriera una enfermedad demencial, o sea con razonamientos. A continuación, se producía una aceptación entre los 7-9 años de demencia, pero pasada la barrera de los 10 años, puede que las cuidadoras temieran la muerte física del anciano, y ello pudiera comportar que volvieran a la utilización de estas estrategias en un intento de recuperación o conservación del ser querido.

Los resultados referidos a la variable *nivel de severidad de la demencia*, confirmaron la diferente utilización de estrategias de afrontamiento en función de dicha variable. Parecía ser que llegado a un nivel de

deterioro severo, las alteraciones conductuales causadas por los enfermos podían ser más controlables, por lo que se les podía entretener mejor y se podía acudir a otros para que ayudasen a cuidarlos, sin que se sintieran las cuidadoras principales preocupadas por los cuidadores secundarios ("aislamiento del problema"). En esta fase severa o grave, algunos sujetos se encontraban encamados, por tanto su conducta estaba perfectamente controlada. En cambio, resultaba más difícil controlar la conducta de un enfermo en fase moderada, ya que debido a que se podían mover con cierto grado de soltura presentaban mayores problemas conductuales.

Los autores⁴ en el estudio concluyeron que no se podía hablar de la influencia de las variables sobre las estrategias de afrontamiento de una forma global, sino que se debían de concretar según los diferentes factores de afrontamiento.

Bibliografía

1. Gatz M, Bengtson VL, Blum MJ. Caregiving families. En: Birren JE, Schaie KW. (eds.). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press, 1990; 29:245-54.
2. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist* 1990;30(5):583-94.
3. Shapiro J. Assessment of family coping with illness. *Psychosomatics* 1986;27(4):262-71.
4. Abengózar M, Serra E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 1997;32(5):257-269.