

# 10 Consideraciones para la intervención psicológica en cuidadores de pacientes con demencia

## Considerations for psychological intervention in caregivers of dementia patients

Lucy Nieto Betancurt\*



\* *Psicóloga. Estudios de Maestría en Salud Pública. Profesora catedrática del Programa de Psicología de la Universidad Católica de Pereira.*

lucynietobetancurt@gmail.com

Recibido:  
13 de mayo de 2011  
Aceptado:  
29 de junio de 2011

**Resumen:** Los síndromes demenciales han sido abordados desde diferentes campos investigativos, que han hablado de su etiología, curso, características clínicas y tratamiento; sin embargo en la actualidad la mirada sobre esta problemática ha tomado rumbo hacia la consideración de tales síndromes como un problema de carácter social, en términos de la salud pública, en tanto implica el proceso de estilos de vida saludables. El desarrollo de este texto tiene por objetivo mostrar algunas consideraciones con respecto a los efectos en la salud de las personas encargadas del cuidado del paciente demenciado, así como presentar algunas consideraciones para indagar e intervenir sobre dichos efectos.

**Palabras Clave:** Cuidador, Demencia, Afrontamiento

**Abstract:** Dementia syndromes have been addressed from different research fields that have talked about the etiology, course, clinical characteristics and treatments; how ever now a days a look on this problem has taken a line on the consideration of such syndromes as a social problem in terms of public health, since it involves the process of healthy lifestyles. The development of this text aims to present some considerations regarding the effects on the health of care givers of demented patients, as well as propose some considerations in order to investigate and intervene on those effects.

**Key Words:** Caregiver, dementia, coping.



Foto: Daniela Bolívar®

Colectivo Fotofilia-Comunicación Social - Periodismo

La demencia es un síndrome clínico que ha sido ampliamente estudiado desde sus características clínicas, curso y evolución de los síntomas, así como también su posible etiología (Cummings, J., Benson, F.(1992). Ahora es prioritario aproximarse a las diversas implicaciones que como factor de salud pública tiene este padecimiento; pues, el síndrome demencial, no sólo deteriora de modo constante o fluctuante el desarrollo vital de un paciente, sino, que involucra todo un contexto familiar y social, que en el intento de sobrellevarlos, padece también los cambios a los que se ven sometidos estos sujetos y surgen otras consecuencias que se manifiestan en el deterioro de la salud de los individuos que se encargan de dichos pacientes.

Atender los procesos demenciales, y específicamente la salud de los cuidadores de las personas que los padecen, obedece al incremento del número de casos día tras día. Según el boletín del día mundial del Alzheimer de la fundación LAZOS, publicado el 21 de septiembre de 2000, en tan sólo 25 años, 34 millones de personas tendrán demencia, por lo cual para el 2025 se estima que en los países en vías de desarrollo se presentarían unos 10 millones de casos, mientras que para los países desarrollados se estiman unos 24 millones.

Las cifras no son menos alarmantes en nuestro contexto; en un estudio realizado entre 1995 y 1996 por Pradilla, G., Vesga, B., & León, F. y grupo GENECO (2003), que indaga las diferentes enfermedades de carácter neurológico presentes en nuestro país, se encuentra que los síndromes demenciales constituyen el 13,1%, siendo ésta la cuarta patología más frecuente de ocho diferentes enfermedades neurológicas estudiadas.

Otras cifras como las que reporta la Organización Panamericana de la Salud, indican que en Colombia el grupo de adultos mayores en el año 2000, comprendió un 7% de la población (3 millones de personas), además, de acuerdo a la agenda de envejecimiento Colombia siglo XXI, la tasa promedio de crecimiento de la población mayor de 60 años, se ha agrandado en los últimos 20 años, con relación al crecimiento poblacional general, pues en 1982 esta tasa comprendió una cifra de 31.9 por mil habitantes, mientras que para el crecimiento poblacional general fue de 21.4 por mil; y en el 2002, fue para los primeros de 32.2 por mil y el crecimiento general se reportó en 16.8 por mil habitantes.

Según Cummings & Benson, (1992), la demencia es un síndrome adquirido que se caracteriza por un deterioro de las funciones cognitivas, cambios de la personalidad y en las emociones; este síndrome puede ser causado por diferentes etiologías como enfermedades degenerativas, traumas, entre otras.

Siendo la demencia tipo Alzheimer y la de origen vascular las más frecuentes, involucrando a más en su atención, y determinando consecuencias que para éstas tiene el desarrollo del cuidado. Observando los datos sobre la proyección y el curso de los síndromes demenciales de Tipo Alzheimer y de origen Vascular, ambas de curso prolongado y de alta frecuencia, la atención a los cuidadores es una tarea que compromete la generación estrategias de atención, prevención y promoción del proceso de salud que incluye al grupo familiar que debe asumir el cuidado.

Las situaciones críticas a las que se enfrenta un grupo familiar que soporta un paciente con síndrome demencial, (condición que involucra bien sea deterioro cognitivo, comportamental y en algunos casos limitaciones físicas), implica una amplia gama de variantes en lo referente a exigencias de cuidado y estilos de afrontamiento a la nueva situación, que día a día se tornará cambiante, de acuerdo a las variaciones que se manifiesten en el paciente, al tipo de síndrome demencial que este padezca, su ideografía y al curso particular de su enfermedad.

El desarrollo del presente texto partirá de una revisión de las generalidades de la demencia, la definición del cuidador, los efectos en la salud del cuidador principal, para finalmente centrar la atención en las estrategias de evaluación e intervención adecuadas para quienes desempeñan este rol.

## La demencia

La demencia es un campo que día a día se delimita en la medida en que se afina su clasificación etiológica y sintomática como síndrome, los criterios más frecuentemente utilizados son los establecidos por el DSM IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta revisión) y el CIE 10 (clasificación internacional de las enfermedades décima revisión).

Cummings & Benson (1992) se ocupan de tal división y hacen notar la restricción de los criterios diagnósticos del DSM para la demencia, exponiendo su amplia exclusión para detectar ciertos tipos de demencia, en tanto como criterio fundamental se enuncia la dificultad en memoria, que de entrada excluye síndromes demenciales como el de Pick, fronto temporal, entre otros.

De otro lado una de las condiciones para que se estipulara la demencia, hacía referencia a la dificultad funcional a nivel social y laboral, lo cual, según explican Cummings & Benson (1992) resulta impreciso, en tanto se desconoce el nivel previo de funcionamiento del sujeto y las exigencias ambientales a las que este fue y es sometido, así no podría establecerse una medida clara que sirviera para evaluar tal criterio.

Finalmente exponen su definición de la demencia como “un persistente deterioro de las funciones intelectuales, que es adquirido y que compromete al menos tres esferas de la actividad mental (memoria, lenguaje, atención, praxias, habilidades visoespaciales, etc). Cummings et al (1980), como se cita en Cummings et al. (1992). Con respecto a la anterior definición, aclaran que no se trata de una sentencia, en tanto reconocen las características particulares a la etiología de cada síndrome demencial, que no es siempre conocida.

Del conocimiento de las características comportamentales y de deterioro cognitivo del paciente con demencia y la comprensión de los impactos que estas patologías imprimen en la vida, relaciones interpersonales, bienestar y las labores que trae aparejadas su condición, se vislumbra la complejidad de la labor del cuidador del cual a continuación se hará una presentación.

## El Cuidador

Establecer un concepto que abarque las características de la persona encargada del cuidado, ha sido tarea inicial de muchas de las investigaciones que con diferentes objetivos se realizan al respecto de los mismos; algunas de las definiciones más globales y directamente concernientes al miembro de la familia que se encarga de tales funciones de cuidado se presentan a continuación:

Dwyer, Lee & Jankowski (1994) (citado en Roig, M., Abéngozar, C., & Serra, E.1998) definen al cuidador como “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo –horas al día- al cuidado del enfermo” pág. 216, Esta definición sólo contempla la variable tiempo y el cuidado no aparece desglosado en tareas específicas.

Wilson, (1989), En: Roig et al (1998) pág. 216, enumera las siguientes como características definitorias del cuidador: 1. Es la persona que asume las principales tareas del cuidado, con todas las responsabilidades que esto implica. 2. es percibido por los demás miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo. 3. no recibe remuneración económica por el cumplimiento de las tareas de cuidado. 4. por último este autor expone que para considerarle cuidador principal, éste debe haber ejecutado dicha función durante al menos tres semanas a seis meses.

De acuerdo a lo anterior, se pone de manifiesto lo que sobrevendría como factores de predisposición de los efectos en la salud de los cuidadores (dinero, creencias al respecto de la tarea, de la enfermedad, creencias de la familia circundante, tiempo, etc), en tanto condicionan el estilo de afrontamiento de la situación.

Vitaliano, Young & Zhang (2004) manifiestan, que el cuidado, se trata de un período de aflicción, donde poco a poco se va perdiendo a un ser querido, agregando que tal condición va produciendo sensaciones de carga, estado de ánimo deprimido y la ausencia de experiencias positivas; tal apreciación permite contemplar algunos de los componentes emocionales y cognitivos que pone en juego el cuidador, a la hora de realizar su labor.

Autores como, Garre, López, Vilalta, Turón, Hernández, Lozano, Fajardo, Puig, Morante & Cruz (2002) precisan al cuidador como la persona encargada de ayudar al paciente en sus necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria y que lo hacen en su domicilio y no necesariamente se trata de un miembro de la familia; como característica particular a los cuidadores familiares, en la mayoría de los casos, estos realizan la tarea, por la incapacidad económica de pagar a alguien para que se encargue de tal labor.

Así, el cuidador está expuesto a sobrecarga no sólo física, sino también emocional, que es uno y sólo él quien se responsabiliza del enfermo, agregando que debido al fortalecimiento del vínculo cuidador-paciente, se genera dependencia y finalmente una de las afirmaciones más importantes a este respecto es que el cuidador termina por abandonar su propio proyecto de vida. (Roig, Abéngozar & Serra, 1998).

Al respecto de la definición del cuidador, es de anotar que independiente a la existencia o no de vínculo de carácter familiar entre el cuidador y el paciente, los estudios muestran varias coincidencias: a. la creación y mantenimiento de un fuerte vínculo que dadas las condiciones de la situación, regularmente termina en dependencia, b. las secuelas en la salud que generan dichas tareas, tales como la ansiedad, el estrés, problemas cardíacos entre otros. (Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Vugt, Stevens, Aalten, Lousberg, Jaspers, Winkens, Jolles & Verhey, 2004; Vitaliano, Young & Zhang, 2004; Garre, López, Vilalta, Turón, Hernández, Lozano, Fajardo, Puig, Morante & Cruz, 2002; Losada, Izal, Montorio, Márquez & Pérez, 2003).

De la relación entre las anteriores consideraciones, es importante hacer énfasis en la mediación de los factores como las creencias con respecto del cuidado, así como las que se sostienen alrededor del cuidador, los sentimientos que genera la tarea y el deterioro en el paciente, las condiciones físicas, económicas y socioculturales (contextuales), en que se da el cuidado como posibles predictores de las consecuencias en la salud de los cuidadores; por ello es importante luego de tener claro de qué funciones o compromisos consta la tarea del cuidado, conocer los niveles de afectación que el desarrollo de dicha labor trae consigo.

La relación entre el cuidado y la salud física, es un campo ampliamente desarrollado la descripción de las consecuencias del cuidado orienta las estrategias de evaluación e intervención sobre los cuidadores.

Los efectos de los estresores psicosociales en el funcionamiento biológico, son un campo investigativo bastante explorado en el área de la psicología de la salud. (Endler, Parker & Summerfieldt 1993; Lazarus, 1999); de esta manera queda claro que los diversos sistemas que le dinamizan, lo comprenden los recursos fisiológicos, los hábitos de conducta, las reacciones psicológicas, los recursos sociales, y más específicamente su actuación, siendo los que finalmente determinan los efectos que los estresores tengan sobre los individuos.

Lo anterior es sustentado por autores como Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner (1995), quienes realizan una revisión de 41 estudios alrededor de los efectos en la salud como consecuencia de la tarea del cuidado, con el objetivo de realizar un análisis sobre la prevalencia de la dolencia física y psiquiátrica, para indicar factores de riesgo individuales y generales a los cuidadores, agrupándolos en efectos de carácter psiquiátrico, y físico.

Estos autores, establecen como conclusión en relación a la dolencia física, que aunque los cuidadores informan su salud como peor que la de los no-cuidadores, la evidencia resulta contradictoria, pues ambos grupos cuidadores y no cuidadores, poseen diagnósticos y medicaciones similares, aunque comportamientos orientados a la salud distintos.

A nivel psiquiátrico, Schulz et al., hallan como frecuente consecuencia de tal tarea, la depresión y la ansiedad, aunque como entidades independientes para diversos casos, sin hallar datos de prevalencia unificados, en tanto la selección de la muestra fue diversa en la mayoría de los estudios, tales consecuencias fueron altamente prevalentes en relación con los grupos control; mientras que la afección física, se halló con características muy variables entre los diferentes estudios, pues las diferencias entre los cuidadores y los grupos control, no fueron significativas y cuando se hallaban así, debían contemplarse factores diversos que no eran susceptibles de análisis o comparación por la diferencia metodológica en las investigaciones y la multiplicidad de variables entre la salud y el cuidado, que en cada una se mencionaba.

Partiendo de considerar la tarea del cuidado como un estresor de carácter crónico, (Vitaliano, Young & Zhang, 2004) en referencia a los efectos en la salud

que genera dicha tarea, tienen como factor común el concluir la presencia de éstos, sin generar implicaciones significativas como el vínculo, el género, la edad, ni las características sociodemográficas de los cuidadores.

Se establece una amplia gama de relaciones que que determinan tales efectos sobre la salud, comprendiendo variables socioeconómicas, edad, sexo, escolaridad, vínculo, tipos de respuesta fisiológica, incluso características culturales y étnicas del cuidador, consumo de medicamentos, hábitos de salud, entre otros, entre los cuales no existe una correlación contundente que se halle como determinante de enfermedad en los cuidadores. ( Vitaliano, Young & Zhang, 2004; Roig, Abéngozar & Serra, 1998; Laserna, Castillo, Pélaez, Navío, Torres, Rueda, Ramírez & Pérez, 1997; Muela, Torres & Peláez. 2002; Garre, López, Vilalta, Turón, Hernández, Lozano, Fajardo, Puig, Morante & Cruz, 2002; Losada, Izal, Montorio, Márquez & Pérez, 2003).

En lo que respecta al cuidador, diversos estudios indican que el estilo de afrontamiento adoptado por el cuidador, y no la tarea en sí misma es el que determina los efectos en la salud. (Losada, Knigth & Marquez, 2003; Muela, Torres, & Peláez, 2002; Hepburn, Tornatore, Center & Ostwald, 2001; Losada, Izal, Montorio, Márquez & Pérez, 2003; Vugt, Stevens, Aalten, Lousberg, Jaspers, Winkens, Jolles & Verhey, 2004).

## Estilos de cuidado, derivaciones del afrontamiento

Existiendo varias conclusiones generales en términos de la afección física y psiquiátrica presentes en los cuidadores de pacientes con demencia, Muela, Torres & Peláez (2002); Laserna, Castillo, Peláez, Navío, Torres, Rueda, Ramírez & Pérez (1997); Vugt, Stevens, Aalten, Lousberg, Jaspers, Winkens, Jolles & Verhey (2004) insisten en agrupar los efectos en la salud, de acuerdo a los estilos de cuidado adoptados por los cuidadores, concluyendo así los estilos de cuidado como formas de afrontamiento a la situación.

El afrontamiento es el intento de equilibrio de las fuerzas entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos de las personas para manejarlas (Lazarus, 1999); lo cual sugiere un intento de homeostasis de los sujetos ante cualquier situación que signifique desequilibrio en su sistema funcional.

Los tipos de afrontamiento implican varios procesos, entre los cuales se considera la valoración de la situación, que hace referencia a la forma en que la persona entiende la naturaleza del evento o

situación estresante, de acuerdo a dos tipos de factores que determinan a su vez tal percepción: distales y proximales Lazarus (1999).

Dentro de los factores distales aparecen las variables ambientales comprendidas por la cultura, las limitaciones, oportunidades, las categorías sociales (edad, género, estrato económico, etc), entre otras; mientras que los factores proximales, se hallan enmarcados en los objetivos, es decir el nivel motivacional, las creencias sobre sí mismo, y creencias con respecto al mundo; estos factores agrupan los determinantes comportamentales del afrontamiento de la situación de cuidado.

Los estilos de afrontamiento son determinados según Lazarus & Folkman (1980 citado en Lazarus, 1999), por el tipo de centramiento que adopte la persona frente a la situación, este puede ser centrado en el problema, o en la emoción; el primer modo hace referencia a la obtención de información y movilización de recursos para modificar la realidad; mientras el segundo, implica como propósito principal, regular las emociones generadas por la situación, sin modificarle de manera efectiva. De estas dos estrategias, se deriva una gama de combinaciones, que se componen del centramiento en la situación y en la emoción en diversas proporciones, que dan lugar a las posibilidades de afrontamiento asumidas por las personas, siendo las siguientes:

Manejo confrontador, Distanciamiento, Auto-control, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de responsabilidad, Escape- evitación, Resolución planificada de los problemas, Revaloración positiva.

El afrontamiento como origen de los estilos de cuidado adoptados por el cuidador, y en su misma medida las consecuencias sobre la salud de éste, se constituye en un fenómeno que le atribuye ya un papel activo a los sujetos en sus procesos de salud y enfermedad. Losada et al 2004; Losada et al, 2003; Vugt, et al 2004; Muela. et al 2002 con el objetivo de establecer caracterizaciones de las estrategias utilizadas por los cuidadores de pacientes con síndromes demenciales y establecer su relación con la carga percibida y efectos en la salud, han identificado varios modelos de cuidado y estrategias de afrontamiento, a los cuales califican con un carácter de adecuado e inadecuado, de acuerdo a definiciones operacionales y los efectos hallados en los sujetos según su estrategia, esto a la luz también de los preceptos de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

De acuerdo a las conclusiones de las investigaciones anteriormente mencionadas, se distinguen objetivos de intervención psicológica; en primer lugar el énfasis interventivo, queda centrado totalmente sobre el trabajo del afrontamiento (Losada et al, 2004; Arranz et al, 2003), adquiriendo a su vez un carácter paliativo dado que los síndromes demenciales, son entidades clínicas irreversibles, de fluctuación en su proceso y a la imposibilidad de intervenir sobre la morbi-mortalidad causada por éstos, lo que exige lograr la capacidad del mantenimiento de un estilo de vida saludable (Arranz, Barbero, Barreto & Bayés, 2003; Meseguer, 2000) y adecuado respecto del afrontamiento de la situación.

Así, en términos generales los objetivos terapéuticos estarán dirigidos a paliar el sufrimiento de ambos (cuidador y cuidado), tal objetivo, a su vez involucra una serie de pasos y procedimientos, que son inherentes a cualquier proceso psicoterapéutico, y sobre los cuales se actúa de acuerdo a la evaluación, formulación y evaluación del proceso; de este modo estos serán contemplados con el énfasis en el cuidador y sobre las características de la situación y el paciente a cargo.

En estudios como el de Losada et al (2004), que comparan la eficacia de la terapia cognitivo conductual, con técnicas de resolución de problemas, destacan la importancia de realizar la intervención en los pensamientos poco adaptativos para el adecuado afrontamiento del cuidado, más que en cualquier otra esfera. También se ha informado sobre la importancia de la intervención cognitiva, en tanto determinante en el proceso de afrontamiento, hecho que conlleva a consideraciones especiales respecto de la evaluación, en tanto se hace explícito una vez más el papel del sujeto sobre la situación (el cuidado) y sus consecuencias, centrandolo la evaluación en aspectos subjetivos. (Losada, Knight & Marquez, 2003).

### Evaluación

Siendo la evaluación el indicador fundamental para el establecimiento de los objetivos de la intervención, será necesario en este caso, la utilización de medidas para los elementos subjetivos de la situación (Garre, López, Vilalta, Turón, Hernández, Lozano, Fajardo, Puig, Morante & Cruz, 2002; Lazarus, 1999), con el fin de indagar alrededor de las creencias frente al cuidado, en tanto darán cuenta del tipo de afrontamiento asumido por el cuidador y de esta manera, se tendrá

la posibilidad de descubrir de manera más precisa la necesidad del cuidador, a partir de la detección del nivel en que se encuentra el motivo de consulta, establecido de acuerdo a su nivel funcional inicial, bajo la consideración de los múltiples factores que afectan la relación cuidado – cuidador, lo que orienta el plan terapéutico.

La evaluación inicial pretenderá entonces, detectar el nivel del afrontamiento (centrado en la emoción o en la cognición) y así especificar las necesidades del cuidador, lo cual a su vez permitirá la definición de un foco de atención, y pensar las estrategias de intervención, así los focos se constituirán de las necesidades halladas como generalidad ante la tarea y como particularidad en cada uno de los cuidadores, en tanto el análisis se realiza por caso y se precisa a las particularidades del contexto del sujeto en cuestión.

El análisis inicial de los pensamientos y creencias del cuidador con respecto a la situación que soporta, pueden ser evaluadas mediante instrumentos y técnicas que apuntan a la obtención de datos de carácter cuantitativo y cualitativo, entre los que se encuentran: (BDI) Inventario de Depresión de Beck, (SRQ) Cuestionario de autoinforme, (GHQ), (BSI) Inventario Breve de síntomas, Cuestionario de modos de afrontamiento, Cuestionario de funcionamiento Familiar APGAR, Entrevista sobre la carga del cuidador, (MBI) investigación, para personal de enfermería que maneja estos pacientes, Entrevistas.

Los instrumentos de obtención de datos cuantitativos, predominan en número y variedad, no obstante éstos no han recibido actualizaciones importantes y no son suficientes, en tanto tienen como característica común que se trata de instrumentos con opción de respuesta tipo Lickert, lo no comprende gran parte de la información de orden particular, por lo cual, se hace indispensable el acercamiento de carácter cualitativo, donde se comprenden aspectos como:

Procesos de toma de decisiones y poder, límites generacionales, coaliciones y/o alianzas, compromiso familiar, evaluación y afrontamiento de la situación, circularidad o no en el tema, fase evolutiva del ciclo vital en que se encuentra la familia, entre otros. (Meseguer, 2003).

En la combinación de técnicas al acercamiento a la información, se amarran las necesidades del individuo analizándoles funcionalmente en relación a la dinámica familiar y la adaptación a la particularidad de su situación; sin embargo es necesario anotar que en la obtención de datos sobre el afrontamiento del cuidador y la valoración de la situación, se hallan mejor comprendidas en la entrevista no estructurada, añadiendo a esto, que de entrada implica un acercamiento más cálido

y menos intrusivo al contexto cuidado-cuidador, a propósito de la importancia de la relación terapéutica.

### ***Aspectos a observar en relación al cuidado***

Así de manera más específica aspectos a evaluar y susceptibles de trabajar en esta intervención:

- Pensamientos con respecto a la tarea del cuidado.  
Las emociones generadas por la situación de deterioro del ser querido y las implicaciones sociales para el cuidador, entre otros.
- Las relaciones al interior de la familia con respecto de la tarea de cuidado y problemáticas emergentes a esta nueva condición.
- El estilo de cuidado y sus consecuencias positivas o negativas para el cuidador y/o el paciente.
- La utilización o no de redes de apoyo.
- La conducta preventiva de la enfermedad y promotora de la salud, o estilo de vida adoptado por ambos (cuidador y paciente).
- Dinámica familiar y grupal comunitaria.  
Descripción y percepción de la situación manifestada por el cuidador.
- Análisis del contexto físico y ambiental en que se desarrolla el cuidado.

Los anteriores puntos serán entonces incluidos y estudiados detalladamente en el proceso evaluativo, como guía, a pesar de discurrir sobre esto, la exploración debe extenderse y considerar la emergencia de otras variables que influyan y/o determinen la relación cuidado- cuidador y así mismo el proceder psicoterapéutico.

Si bien las técnicas mencionadas anteriormente se desarrollaron para problemáticas distintas y distantes de lo relativo al cuidado, la pregunta por la intervención en cuidadores y en pacientes con enfermedades crónicas ha dado lugar para que diversos autores, hayan hecho uso e implementación de estas, adaptándolas al contexto de la psicología de la salud, no obstante esto ha permitido una especificación de las necesidades y a su vez de los elementos incluidos en el desarrollo terapéutico.

## Intervención

Meseguer, En: Die, M., & López, E. 2000, distingue tres elementos comunes a la intervención cognitivo conductual en familiares de enfermos 1. Análisis de refuerzos intercambiados en la relación paciente cuidador. 2. las atribuciones, valoraciones y cogniciones que pueden alterar el significado de las conductas a intercambiar. 3. la instrucción y el entrenamiento en resolución de problemas; de esta manera se integran los tres elementos de interés clínico cognitivo conductual,(conducta, cognición y emoción), dando prioridad a las técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones.

De otro lado, Losada et al (2003) anuncian con respecto a la resolución de problemas que aporta más en la parte de la promoción de la salud, que en la intervención para con los cuidadores, ya que en su estudio no se hallan efectos en relación al estrés percibido por éstos luego de la intervención con entrenamiento en esta área, así aparece una integración no muy disímil, que al igual que ésta comprende las técnicas mencionadas, pero agrega el importante factor de la relación entre el profesional y el paciente, se trata del modelo interventivo denominado Counselling.

El Counselling propone unos niveles de acercamiento que se puntúan de 0 a 3, de acuerdo al grado de intercambio entre el profesional y el consultante, así:

0= sin intercambio emocional, 1= el profesional ofrece soluciones prematuras al consultante que expresa su emoción, 2= el paciente se expone emocionalmente y el profesional ofrece algo, más no profundiza, 3= el paciente expresa con la ayuda del profesional, identificando sentimientos. (Arranz, 2003).

De esta manera podría describirse el Counselling, como una forma de acercamiento y confrontación, pero, además comprende los elementos interventivos de diferentes técnicas, partiendo de la condición primordial del conocimiento alrededor de la enfermedad o problemática enfrentada, así como la actitud del profesional, quien se nombra así, en tanto no hace referencia exclusiva al psicólogo(a), sino que atribuye esta labor a el personal de la salud involucrado con estas personas.

Es definido como “proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de autonomía de la persona, se ayuda a esta a tomar decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus intereses y valores”. Arranz, Barbero, Barreto & Bayés (2003, p. 36).

Dentro de este modo de acercamiento, estos autores establecen unos protocolos de intervención, que son derivados de los tipos generales de afrontamiento más frecuentes, entre los que proponen: Ansiedad, Tristeza, Hostilidad, Miedo, Culpa, Negación y Retraimiento, un modo diferente de mencionarlos, siguiendo la línea de Lazarus. De este modo el proceso evaluativo, deberá especificar en primer lugar a qué categoría de afrontamiento acude el sujeto y de allí, de su definición funcional, se aportan unas sugerencias en el caso de que tales modos de la ansiedad, la depresión, los problemas de la salud, entre otros serán entonces los objetivos de intervención, derivados del tipo específico de afrontamiento y las características específicas de la situación de cuidado, sobre los cuales se generan protocolos de atención, que siempre van guiados por verbos como el apoyar, reforzar, fomentar, facilitar y favorecer; que indicando una participación activa del terapeuta, a su vez, le exige un acercamiento de carácter poco directivo, otorgando un papel activo y responsablemente protagónico al paciente es decir al cuidador.

## Conclusiones

### ***Los síndromes demenciales, una cuestión muy de cerca***

Pensar la prevalencia e incidencia de los síndromes demenciales, como una afección individual, es ya un problema acuciante, pero lo es más en la medida en que dicha afección no se limita a la individualidad, sino que genera cambios significativos en las redes de apoyo o quienes les soportan, lo que a su vez implica cuestiones alrededor de nuestro sistema de salud, en tanto suscita consecuencias en este nivel.

Reflexionar alrededor de los efectos que dichos cambios ejercen sobre los procesos salud - enfermedad, hace urgente concebir y proponer modos de actuación en pro de su atención, la cual implica no sólo un posicionamiento y conocimiento del profesional acerca de la enfermedad, sino también la flexibilidad de éste para precisar la postura de los implicados y así proponer intervenciones más acordes a las necesidades propias de esta población, partiendo de las concepciones subjetivas respecto del proceso de la enfermedad y el mantenimiento de los denominados estilos de vida saludables.

### ***En torno a la cuestión***

Siendo un factor común en los estudios revisados la preponderancia de las cogniciones respecto de la tarea, como un importante predictor sobre los efectos en la salud del cuidador y el proceso del paciente, queda claro que mientras se apunte al abordaje de este aspecto, de la subjetividad (apreciación del cuidador sobre la y su situación) frente a la situación y se proceda mediante

un acercamiento empático con el cuidador, es muy probable lograr un efecto paliativo y a su vez el garantizar la adherencia al tratamiento, y la promoción de estilos de vida saludables. Es así como el énfasis sobre los modelos de evaluación se fundamenta en la posibilidad de contemplar de modo riguroso la manera de afrontar la situación adoptada por los implicados (cuidadores, redes de apoyo), lo que hace aún más cercana y ajustada la intervención.

### ***Desarrollos pendientes***

Es así necesario concluir en la necesidad de continuar generando investigación en lo referente a la educación para la salud, así la parte preventiva, cumpliría con el objetivo y misión de las personas que trabajan en el área de la salud, que pretende mejorar y/o mantener la calidad de vida de las personas;

Otro apartado pendiente de desarrollo, se encuentra en lo que respecta a las leyes y las políticas públicas, es decir que dicha investigación sea el paso para pensarlas y generarlas, ya que es poco lo que se encuentra al respecto en nuestro país. Según la agenda Colombia Siglo XXI, lo que se propone para actuar con la población mayor de 60 años son políticas de carácter comunicativo educativas y comunicativo informativas; si bien esto es importante, quizá no apunte de modo preciso a las necesidades generales de los cuidadores, como individuos que asumen tareas similares, además porque tales procesos no garantizan mínimamente la aproximación a la autonomía de los cuidadores en pro del mantenimiento y/o adquisición de estilos de vida saludables.

Ardila, A., & Roseli, M. (1992). Neuropsicología clínica tomo 2. pág.283-300.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003) Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos Cap. 3, 4. Ariel. España.

Bartréz, D., Clemente, I., & Junqué, C. (1999) Alteración cognitiva en el envejecimiento normal: nosología y estado actual. Rev neurol, Vol. 29 No. 1. pág. 64-70.

Boletín del Día Mundial del Alzheimer, publicado el 21 de Septiembre 2000

Cummings, J., Benson, F.(1992). Dementia, a clinical approach, second edition. Londres:Butterworth Cap. 1.

Die, M., & López, E. (2000) Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos, la comunicación con el enfermo y la familia. ADES Cap 18, 28, 29 y 31.

Endler, N., Parker, J., & Summerfieldt, L. (1993) Enfermedad y afrontamiento: Aspecto teóricos y metodológicos. En: Salud y prevención, nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica.(como se cita en Gómez, D., & Saburido, X. 1996).

Flòrez, L. (1997) Análisis De Un Programa De Autocontrol Comportamental Para La Promoción De La Salud En Población Adulta. Psicología Conductual. Vol. 5 No. 3. Pág. 313-344.

Garre, J., López, S., Vilalta, J., Turón, A., Hernández, M., Lozano, M., Fajardo, C., Puig, O., Morante, V., & Cruz, M. (2002) Carga del cuidador y síntomas depresivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Evolución a los 12 meses En: Revista de Neurología. Vol.34 No. 7 pág. 601-607.

Gómez, D., & Saburido, X. (1996) Salud y Prevención nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica. Cap. 2.

Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1993) Enfermedad y afrontamiento: Aspectos teóricos y metodológicos. Canadian Journal of Behavioral science, Vol. 25 No. 23.

Hepburn, K., Tornatore, J., Center, B. & Ostwald, S. (2001) Dementia Family caregiver Training: Affecting Beliefs About Caregiving and Caregiver Outcomes. En: Journal American Geriatrics Society. Vol. 49 No. 4 pág. 450-457.

Laserna, J., Castillo, A., Pélaez, E., Navío, L., Torres, C., Rueda, S.,Ramírez, M., & Pérez, M.(1997) Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. En: Psicología conductual. Volumen 5 No. 3. pág. 365-375.

Lazarus, R. (1999). Estrés y Emoción Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud. Cap. 5. Desclèe de Brouwer. España.

Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., & Pérez, G. (2004) Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para familiares cuidadores de pacientes con demencia. Revista de Neurología, Vol. 38 No. 8 pág. 701-708.

Losada, A., Knigh, B., & Marquez. (2003) Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. En: Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol.38 No. 2 pág. 116-123.

Manual diagnóstico y estadístico DSMIV TR

Meseguer, C. (2000). En: Aspectos psicológicos en cuidados paliativos , la comunicación con el enfermo y la familia. La evaluación Psicológica de la familia. María Die Trill & Eulalia Lopez Imedio. Ediciones Ades.

Muela, J., Torres, C., & Peláez, E. (2002),Comparación entre las distintas estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de alzheimer. En: Psicothema, Volumen 14, No. 3 pág. 558-563.

Pradilla, G., Vesga, B., & León, F. y grupo GENECO. (2003) Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health vol. 14 no. (2).

Roig, M., Abéngozar, C., & Serra, E. (1998) La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer En: *anales de psicología* 1998, vol . 14, nº 2, Pág. 215-227.

Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., & Fleissner, K.(1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The gerontologist*, vol. 35, pág. 771-791.

Vitaliano, P., Young, H., & Zhang, J. (2004) Is caregiving a Risk Factor for Illness?. *Direcciones Actuales En: Ciencia Psicológica*, Volumen 13 no. 1 pág. 13- 16. American Psychological Society.

Vugt, M., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Japers, N., Winkens, L., Jolles, J., & Verhey, F. (2004) Do Caregiver Management Strategies Influence Patient Behaviour In Dementia? En: *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. Volumen 19 pág. 85-92.