

# Nutrición y ejercicio

## como programas estrella



D<sup>a</sup> ANA M<sup>a</sup> MARTÍNEZ SIMANCAS  
DUE CENTRO MUNICIPAL GERIÁTRICO  
AYUNTAMIENTO DE MADRID

El ejercicio regular, la actividad física y un buen estado nutricional son importantes para prolongar la salud y mantener por más tiempo la independencia de la persona mayor, incluso se puede añadir que no hacerlo puede ser una conducta arriesgada.

Conocemos la relación existente entre el ejercicio físico y el estado de nutrición de un individuo, siendo el ejercicio uno de los pilares básicos para mantenerse sano. El también formado por éstos dos parámetros van a contribuir a la consecución de un objetivo primordial que es el mantenimiento de la función, tanto física, cognitiva y social, donde además de conseguir la conservación de la independencia en las AVD vamos a prevenir algunas enfermedades, mejorando su evolución, retrasando la independencia del mayor o compensando la invalidez.

La relación entre el ejercicio físico y la nutrición nos va a acompañar en la prevención primaria (antes de la enfermedad), en la prevención secundaria (con la enfermedad) y en la terciaria (con las secuelas de la enfermedad).

La realización de ejercicio es una conducta saludable que tiene un aspecto preventivo, pero también terapéutico.

Siempre habrá que regular esta actividad en cantidad y calidad según unos objetivos marcados ya que existe una gran diferencia en cuanto a las capacidades funcionales de éste grupo si lo comparamos con el resto de la población. Para nuestros mayores, la independencia ocupa un lugar dominante en la percepción del bienestar tanto físico como mental. Y esto lo conseguiremos favoreciendo la actividad física y previniendo estados de mal nutrición.

En éste grupo etario se van a dar con mayor intensidad aquellas situaciones de riesgo que favorecen la aparición de un estado de malnutrición como son los factores ambientales, económicos y patológicos.

La práctica regular de ejercicio físico conlleva el optimizar mejor la utilización de

oxígeno, lograr beneficios sobre nuestro SNC, aumentar la resistencia muscular. Mejorando la concentración y atención, autoestima, etc.

Está demostrado que el ejercicio físico es el único factor que en el ámbito poblacional puede ser capaz de frenar el deterioro cognitivo.

Para definir el perfil nutricional de los usuarios aplicamos unos protocolos de actuación donde además de clasificar el estado nutricional se llevará a cabo una educación para la salud, controlando factores de riesgo y proporcionando el recurso más adecuado.

Estos protocolos de actuación se aplicarán a todos los mayores de 65 años usuarios de la red de recursos socio-sanitarios.

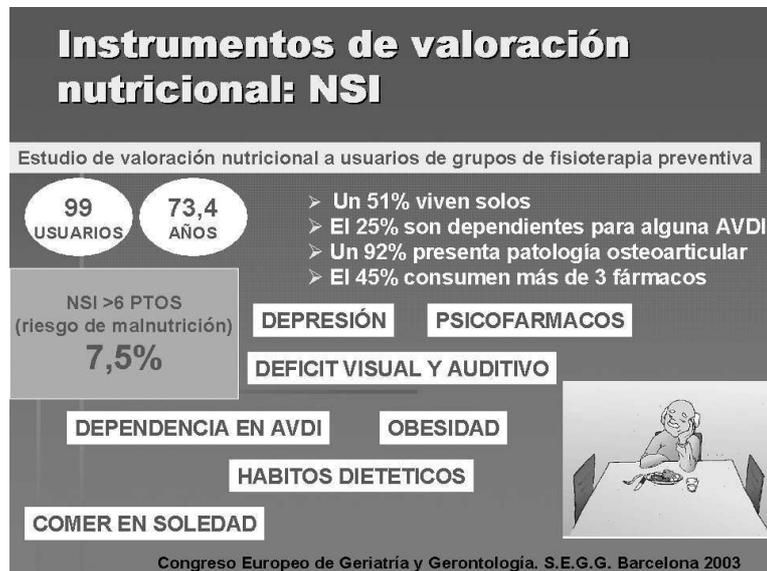
Existen unos instrumentos específicos de valoración nutricional. Las técnicas de screening o despistaje nutricional nos ayudará a identificar factores de riesgo asociados con malnutrición y a detectar personas con riesgo o desnutrición establecida, donde en este caso deberán recibir una valoración nutricional completa y un tratamiento adecuado.

El NSI es uno de los mejores programas de despistaje nutricional en los ancianos sanos. Aplicado en los Centros de Mayores municipales a los usuarios de fisioterapia preventiva. Es un cuestionario sencillo, no es un test diagnóstico, nos informa del riesgo nutricional y puede ser rellenado por el propio usuario o por su cuidador.

Se aplicó este cuestionario a un grupo de usuarios de fisioterapia preventiva. Si bien los resultados obtenidos acerca del riesgo de malnutrición no fueron excesivamente altos (un 7.5 %), llama la atención que con una media de edad de 73.4 años un porcentaje un tanto elevado un 92% presentaba alguna patología osteoarticular, un 45% estaban en una situación de polifarmacia y de ellos un 25% eran dependientes para alguna de las AVDI.

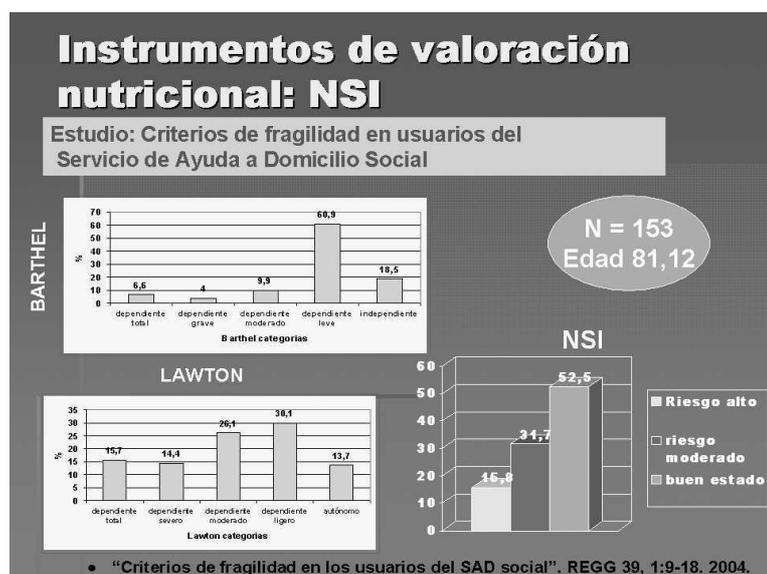
Se debe prestar atención de igual manera a otros ítems que resultaron afectados en un gran porcentaje por la importancia que van a tener sobre la mayor dependencia en las AVD, como la depresión, déficit visual y auditivo, comer en soledad, hábitos dietéticos irregulares y obesidad.

Es importante señalar que nos referimos a la malnutrición en general, tanto por exceso como por defecto.



Este cuestionario nutricional también es aplicable a los usuarios del servicio de ayuda a domicilio. Tal y como lo demuestra un estudio llevado a cabo en el año 2004 para establecer los criterios de fragilidad en este grupo de usuarios, donde al mismo tiempo que detectamos el estado nutricional, vemos la relación directamente proporcional con la mayor o menor dependencia en las AVD tanto básicas como instrumentales a través del Barthel y Lawton.

De esta manera un buen estado nutricional se relaciona con una mayor independencia o con unas dependencias más leves, como ocurre en este grupo de usuarios.



Ante puntuaciones de riesgo alto en el NSI se continuará con la realización del MNA Screening (6 preguntas.)

La escala de evaluación del estado nutricional MNA, es un instrumento validado que permite de forma sencilla y práctica la valoración nutricional como screening y como diagnóstico.

Las 6 preguntas que constituyen el cribaje nos permite una selección de los casos, donde la obtención de una puntuación menor o igual a 11 nos llevará a aplicar el resto de la escala.

El MNA está estructurado en 4 grandes áreas: Índices antropométricos, evaluación global, parámetros dietéticos y valoración subjetiva.

La información aportada por el MNA además de ofrecer una valoración global del estado nutricional, nos permite detectar problemas concretos, información que complementaremos con el resto de la valoración geriátrica de esta manera nos permite desarrollar estrategias para abordar ese factor de riesgo en concreto.

Analizando cada uno de los ítems, buscaremos interrelaciones y elaboraremos estrategias.

Índices antropométricos: Valoramos el IMC hallando el resultado del peso (KG) dividido por la talla (cm.) al cuadrado. La circunferencia del brazo y de la pierna nos mide la masa muscular, su disminución está ligada a la edad y parece evitable cuando se aumenta el ejercicio físico.

En cuanto a la pérdida de peso, se considera la piedra angular de la valoración nutricional, debiendo formar parte de toda valoración clínica.

Potenciaremos la autonomía en la movilidad y forma de alimentación, asegurando comidas completas diarias.

Evaluación global: El riesgo de malnutrición es mayor en personas institucionalizadas que en quienes viven en la comunidad. En estos casos, sobretodo si existe una situación de soledad es importante saber cuales son las capacidades funcionales del individuo y los posibles apoyos sociales que garantizarán una buena alimentación.

La polifarmacia es un factor de riesgo de malnutrición por distintas vías, que influyen en el apetito y en las interacciones fármacos-nutrientes, entre otros. La enfermedad aguda produce un aumento de los requerimientos energéticos y que general-

mente no se cubren por ir asociados a una pérdida de apetito, considerándose por sí misma una causa de malnutrición. La movilidad es la piedra angular de la valoración geriátrica. La capacidad para elegir los alimentos adecuados y cocinarlos se va a ver afectada por el deterioro cognitivo. Siendo mayor el riesgo de aparición de escaras en el estado de malnutrición, intensificándose cuando nos encontramos con un IMC inferior a 19.

Las estrategias irán encaminadas a vigilancia y control de medicación, enfermedades agudas, deterioros cognitivos, potenciando los recursos sociales domiciliarios, técnicas de fisioterapia y apoyos familiares.

Parámetros dietéticos: Comprobar que está tomando suficiente cantidad de alimento y estudiar las causas por las que no puede ser así (falta de apetito, pérdida de las capacidades funcionales, problemas económicos). Una disminución proteica, vitamínica y de fibra puede ocasionar malnutrición sobre todo cuando aumentan las necesidades como en la enfermedad aguda, convalecencias y deterioros cognitivos, y provocar problemas del ritmo intestinal y los efectos que de ellos se pueden derivar.

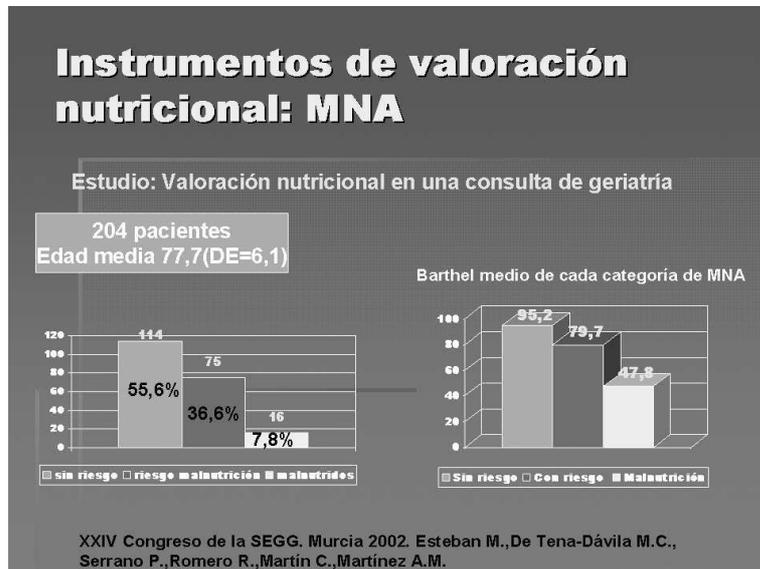
Para detectar la población en riesgo carencial proteico y/o calórico realizaremos dietarios complementándolo con comidas a domicilio, valorando dependencias en AVD básicas e instrumentales y pérdida de apetito. Se realizará educación nutricional individual y de grupos.

La causa de una disminución en la ingesta de líquidos por una disminución de la percepción que acompaña al propio envejecimiento, puede verse agravado por la toma de medicamentos e inducida por los propios cuidadores en usuarios con problemas de incontinencia o trastornos de deglución. La disminución de la movilidad reducirá el acceso a las bebidas y también limitará el acceso al baño.

La valoración subjetiva es importante, ya que existe una buena correlación con la realidad, debiendo preguntar además por qué. De ésta manera nos ayudará a valorar nuestra intervención.

Por todo lo estudiado hasta el momento, encontramos una asociación entre las actividades de la vida diaria y el estado de nutrición en todos los niveles asistenciales. Puesto que esta asociación es una realidad se refuerza la idea de una valoración conjunta, tanto del estado nutricional como de las capacidades funcionales.

Por un lado el estado de malnutrición puede llevar a la pérdida de la capacidad funcional y, por otro, ésta última condicionar el estado de malnutrición, motivo por el que la valoración de cualquiera de ellas de forma negativa debe alertarnos a buscar activamente el otro problema y trabajar conjuntamente en ambos, mediante las her-



ramientas disponibles en los diferentes niveles de atención en los que trabajemos.

Los dietarios recogen las comidas realizadas a lo largo del día, especificando la cantidad aproximada (utilizando medidas habituales usadas en cocina) durante 3 días no consecutivos, uno de ellos festivo. Se aplicará de forma individualizada una educación alimentaria. Equilibrando los aportes de calorías según grupos y realizando las correcciones restrictivas si fuera necesario.

A través del patrón nutricional de la H<sup>a</sup> de enfermería complementamos la información obtenida a través del MNA.

Como conclusión decir que es necesario diagnosticar precozmente la malnutrición y que esto debe ser una medida de rutina en la práctica diaria, siendo también un indicador de pronóstico tanto vital, funcional, de institucionalización y de costes.

### BIBLIOGRAFIA

- La malnutrición en las personas mayores. Guía para la detección y corrección. Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad.
- Miguel A. Rubio Herrera. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Editorial Masson.
- [www.segg.es](http://www.segg.es). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Protocolo de nutrición. Centro Municipal Geriátrico.
- Tena-Dávila Mata MC, Serrano Garito P. Malnutrición en el anciano. Guillen-Llera F, - Ruiperez Cantera. Manual de Geriátría Salgado Alba 3ª edición. Masson. Barcelona. 2002; p. 731-742.
- Salvá A, Bolívar, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: El Mini Nutricional Assessment (MNA). Rev. Gerontol 1996, 6:319-328.
- Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría. Comunicación tipo póster en el XXIV Congreso de la SEGG Murcia.
- S. V. Martínez Gil, S. Pinazo Hernandis, E. Borjano Peirats. Actividad física y personas de edad avanzada.: una revisión. Rev. Gerokomos Volumen IX. Nº 2. 79-86. Mayo 1998.



# Actividad física

## adaptada y fisioterapia

D. RAMÓN HERNÁNDEZ FALCÓN  
FISIOTERAPEUTA CENTRO DE DÍA "ALMOROX"  
AYUNTAMIENTO DE MADRID

Está demostrado sobradamente que cuando se inicia una actividad física regular a cualquier edad, existe paralelamente una reducción de la mortalidad y una mejoría del bienestar.

Las personas mayores sufren un proceso en que se acentúa la progresiva involución de las cualidades psico-físicas. Por tanto este grupo de población es uno de los que más se beneficia de la realización de un ejercicio físico que suavice y retrase este proceso. La realización de ejercicio físico por parte de estas personas tiene efectos beneficiosos para la salud como medida preventiva, de mantenimiento o de rehabilitación.

Además, esta actividad aporta un aspecto recreativo y de relación social muy importante.

Cuando la actividad física va dirigida a mayores sanos o con mínimas secuelas, se tratará de prevenir ciertas alteraciones propias de la edad, como atrofas musculares, rigideces articulares, ciertas insuficiencias, que son fáciles que aparezcan en estas personas aunque estén sanas.

### **ASPECTOS GENERALES**

Daremos prioridad al entrenamiento de la resistencia general aeróbica, que tiene efectos positivos para la prevención y recuperación de posibles problemas cardiovasculares.

A la hora de elegir una actividad, es preferible realizar una de bajo impacto músculo-esquelético. Haremos más hincapié en actividades que preserven la flexibilidad y la amplitud articular por su marcada tendencia a disminuir con la edad. En la progresión del entrenamiento aumentaremos el volumen en lugar de la intensidad. Buscaremos una intensidad que alcance el 50 % – 75 % de la frecuencia cardíaca máxima.

Se trata de ofrecer una actividad física utilitaria y recreativa adaptada a las posibilidades de movimiento de la persona. Los ejercicios y actividades, además de suponer un atractivo para los practicantes, deben tener un carácter social y de recreación.

Prescindiremos de actividades de carácter competitivo para evitar lesiones, accidentes o puntas de intensidad que puedan estar por encima de las capacidades del sujeto.

El calentamiento previo debe ser aún más gradual y progresivo, realizado en profundidad y con una duración más larga.

Es necesario realizar algo de ejercicio todos los días aunque sólo sea el suficiente para estirar suavemente la mayor parte de músculos y articulaciones, y aumentar la frecuencia cardíaca y respiratoria.

No se debe dejar de realizar una actividad física que le resulte agradable por considerarla excesiva para la edad.

El tipo de ejercicio debe seleccionarse de forma individual. Aunque existan muchas posibilidades de entrenamiento aeróbico eliminaremos los saltos, trotes o carreras si existen problemas osteoarticulares importantes.

### **BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

- Sistema cardiovascular
  - Mejora de la circulación, que produce un aumento de la oxigenación de los tejidos.
  - Normalización de la frecuencia cardíaca.
  - Previene y ayuda a controlar la tensión arterial. El ejercicio físico disminuye el riesgo de padecer hipertensión arterial en un 34 %.
  - Mejora la contracción cardíaca, haciéndola más efectiva.
  - Evita el deterioro del rendimiento cardíaco.
  - Mejora el perfil de los lípidos en sangre: reduce los triglicéridos y las LDL y aumenta las HDL. Esto disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión arterial.
  - Reduce la tendencia a la agregabilidad plaquetaria, con lo que disminuye el riesgo de trombosis y embolias.
- Sistema respiratorio
  - Mejora la elasticidad pulmonar, con lo que aumentamos la capacidad pulmonar.

## ■ ■ ■ Actividad física adaptada y fisioterapia

---

- Mejora de la extracción de oxígeno.
- Disminución del trabajo respiratorio, al mejorar la cinética del diafragma.
- Aumento de la capacidad ventilatoria que lleva a una mejor oxigenación de la sangre.
  
- Sistema musculoesquelético
  - Evita la atrofia muscular.
  - Favorece y mejora la movilidad articular.
  - Mantiene y/o mejora la fuerza, elasticidad, tono muscular, flexibilidad, agilidad, etc.
  - Ralentiza la desmineralización ósea.
  - Disminuye la fatiga.
  
- Metabolismo
  - Reduce y controla la obesidad.
  - Frena las insuficiencias hormonales.
  - Favorece la eliminación de sustancias de desecho de la sangre por la orina y el sudor.
  - Disminuye la formación de depósitos en riñones y conductos urinarios.
  - También tiene efectos sobre el aparato digestivo favoreciendo el tránsito intestinal.
  
- Sistema nervioso
  - Refuerza la actividad intelectual.
  - Aumenta la coordinación neuromotora y el equilibrio.
  - Provoca un aumento del apetito.
  - Disminuye el insomnio.
  - Aumenta la memoria.
  - Aumenta la percepción sensorial.
  
- Área psíquica
  - Combate la soledad y el aislamiento.
  - Aumenta la alegría, el optimismo, la ilusión de vivir.
  - Mejora las interrelaciones personales.
  - Aumenta la autoestima.

Estos efectos beneficiosos en el sistema nervioso y área psíquica, se ven más claramente en personas con deterioro cognitivo. Existen artículos que demuestran la

mejoría de un grupo experimental frente a otro de control tras ser sometidos a un programa de fisioterapia consistente en ejercicio físico adaptado y actividades psico-sociales.

Es importante tener en cuenta que ninguna edad, ni ninguna enfermedad o secuela, puede ser una contraindicación a la actividad física, basta con adaptar dicha actividad a cada circunstancia.

Es imprescindible un examen médico previo antes de iniciar una actividad física regular y el control por personal cualificado de las actividades. Esto hará que estas contraindicaciones relativas lo sean aún más, y que las absolutas sean más relativas.

### **CONTRAINDICACIONES RELATIVAS**

- Enfermedades cardiorrespiratorias compensadas.
- Extrasistolia ventricular que no aumenta con el ejercicio físico.
- Bloqueo de rama izquierda.
- Marcapasos cardiaco.
- Enfermedad vascular periférica: tromboflebitis.
- Enfermedad respiratoria: EPOC, asma de esfuerzo.
- Cirugía mayor reciente.
- Diabetes insulino dependiente.
- Enfermedades hepáticas, renales, esplénicas, hemorrágicas.
- Convulsiones.
- Obesidad desmedida.
- Isquemia cerebral transitoria reciente.
- Alteraciones neuromusculares.
- Organomegalias.
- Tratamientos con beta-bloqueantes o digital.
- Infecciones e inflamaciones agudas.
- Enfermedades infecciosas crónicas.
- Procesos tumorales malignos.
- Existencia de graves insuficiencias cardiorrespiratorias, hepáticas, renales o suprarrenales.
- Enfermedades metabólicas no controladas.
- Cardiopatías.
- Aneurisma ventricular o aórtico.
- Extrasistolia ventricular que aumenta con el ejercicio.
- Enfermedad de Wolf-Parkinson-White.
- Embolias pulmonares o sistémicas recientes.
- Quimioterapia antineoplásica.
- Hipertensión no controlada (250/115).
- Afecciones del equilibrio.

¿Cómo hacer que estas contraindicaciones no sean tales? Adaptando la fisioterapia y la actividad física a cada individuo. De esta forma podemos buscar que la actividad a realizar tenga efecto sistémico o local. Así podremos hacer que personas con patologías que contraindican el ejercicio, sí puedan hacer ciertas actividades.

En la introducción se hablaba de la triple vertiente de la actividad física y la fisioterapia: preventiva, de mantenimiento y rehabilitadora. Pero hay que añadir una cuarta utilidad: la paliativa. Con este objetivo, algunas contraindicaciones absolutas, dejarían de serlo.

### **SIGNOS DE ALARMA**

Durante la realización de la actividad, pueden surgir ciertos signos ante los cuales suspenderemos el ejercicio inmediatamente:

- Disnea y dolor torácico.
- Aparición de palpitaciones.
- Sensación de mareo, vista nublada o vértigo.
- Dolor de cabeza.
- Aparición de calambres o espasmos musculares.
- Edemas maleolares.

### **PROGRAMA COMPLETO DE ACTIVIDADES PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

- Actividades básicas y gimnásticas: en las que el objetivo es un acondicionamiento físico general y en las que se trabajará con movimientos globales de grandes grupos musculares.
- Movilidad articular y estiramiento muscular: se busca mantener los rangos de amplitud fisiológicos.
- Reforzamiento muscular en el que prima la resistencia sobre el desarrollo de la fuerza.
- Coordinación general y segmentaria: es importante trabajar con el cuerpo para la construcción de un esquema corporal.
- Actividades en las que se trabaje el equilibrio.
- La destreza y la habilidad.
- Psicomotricidad, con la que podemos trabajar, por ejemplo, el esquema corporal y la lateralidad.

- Corrección postural, a partir de la toma de conciencia de la postura propia.
- Educación de la respiración, con la que se pretende aumentar la capacidad respiratoria y la relajación física y psíquica.
- Relajación para controlar el estrés y disminuir la tensión muscular.
- Masaje como actividad relajante.
- Ejercicios utilitarios, en los que se trabajan situaciones cotidianas relacionadas con el movimiento, buscando la prevención de riesgos.
- Juegos y actividades lúdicas y recreativas: que harán que tengan que utilizar su capacidad de comunicación, atención, concentración, memoria, velocidad, manipulación de objetos, etc.
- Educación de ritmo, danzas: Además de ser una actividad física, el baile es un gran socializador.
- Expresión y creatividad: la expresión corporal es una comunicación no verbal que facilita la comunicación verbal posterior, socializa e inhibe la vergüenza y sensación de ridículo.
- Paseos, mejor al aire libre.
- Deportes adaptados.
- Encuentros e intercambios con otros grupos, donde el objetivo es claramente socializador.
- Fiestas en las que podemos dejar que ellos tengan más responsabilidad en su organización.

### **UNA SESION DE EJERCICIO FISICO**

Un ejemplo de una sesión de actividad física adaptada para la tercera edad comprendería:

- **Calentamiento**

En ancianos debe ser más prolongado (10-15 min.) ya que tardan más en alcanzar niveles estables de frecuencia cardiaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.

Así se realizarán:

- Ejercicios respiratorios.
- Estiramientos musculares insistiendo en los que más van a trabajar en la sesión.
- Movilización de las articulaciones
- Realizando diferentes tipos de marcha: lateral, con pasos cortos, dando zancadas, levantando las rodillas,...

### • Ejercicio aeróbico

Esta segunda parte comenzará durando 15 minutos, pero irá aumentando progresivamente. De modo que podremos realizar diferentes actividades:

- Bicicleta: Según un estudio de fisiólogos, dirigidos por el Dr. Froböse, del Dpto. de salud de la escuela superior de deportes de Colonia, Alemania:
  - 10 min. diarios de bicicleta mejora las articulaciones, especialmente las rodillas, pues disminuye el contacto óseo al amortiguar el sillín un 70 – 80 % del peso de cuerpo. También se fortalece la musculatura de la espalda (sobre todo la de la zona lumbar).
  - 20 min. fortalecen el sistema inmune, pues el pedaleo moviliza los fagocitos.
  - 30 min. mejoran la función cardíaca, reduciendo el riesgo de padecer un infarto de miocardio en un 50 %.
  - 40 min. aumenta la capacidad pulmonar.
  - 50 min. provocan una reducción del metabolismo.
  - 60 min. disminución del peso corporal y antiestrés.

Para el Dr. Froböse, cuyas investigaciones están siendo aplicadas por la NASA en el entrenamiento de astronautas, no se trata tanto de hacer kilómetros, como de tiempo, por eso recomienda pedalear 45 – 60 min. 2 ó 3 veces por semana al ritmo que uno se marque.

- Ejercicios de vigorización: en los que podemos hacer ejercicios de coordinación, ejercicios encadenados, ejercicios de combinación de partes del cuerpo, ejercicios con pañuelos, cilindros, cuerdas, pelotas, picas, bandas elásticas, etc.

- Paseo: la deambulación a diferentes velocidades es también un ejercicio aeróbico.

### • Ejercicios fuerza-resistencia (10 min.)

- Ejercicios con pesas: lo utilizaríamos sólo si quisiéramos ganar fuerza. Las contracciones excéntricas conllevan peligro de roturas fibrilares; por eso intentare-

mos que predomine el trabajo concéntrico.

- Ejercicios isométricos, que ayudan a mantener el tono muscular pero hay que tener precaución pues aumentan la tensión arterial. Por tanto, haremos que las contracciones sean muy cortas.
- Ejercicios de resistencia que realizaremos con poco peso y muchas repeticiones.

#### •Relajación

En esta última fase pretendemos que se vuelva al estado basal. Al igual que en el calentamiento lo realizaremos de forma lenta (10 – 15 min.) e insistiremos en:

- Ejercicios respiratorios.
- Estiramientos de los grupos musculares que más han trabajado.
- Inducir una relajación muscular.

### ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Existen técnicas complementarias al tratamiento fisioterapéutico muy útiles en el trabajo diario. Coinciden, básicamente, en que enseñan al individuo a que sienta su cuerpo, que tenga conciencia de los cambios que en él se experimentan y en potenciar las posibilidades de vivir con mejor calidad de vida percibiendo la vejez como una etapa más dentro de la propia evolución. A continuación una breve mención de algunas de estas técnicas:

- Reeducción postural global (R.PG): aborda al paciente como una unidad funcional, utilizando posturas de tratamiento en forma global y progresiva, con el objetivo de actuar sobre las cadenas musculares tónicas, logrando una terapia que permite descubrir el origen del problema y eliminarlo.
- Psicomotricidad: basada en una visión global de la persona, integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. Su objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo.
- Eutonía de Gerda Alexander: que tiene como finalidad encontrar el adecuado tono muscular equilibrado o adaptado a la actividad que se realiza en cada momento.
- Musicoterapia: que nos valdrán como complemento para prestar ayuda a mayores inhibidos, a personas paralizadas en su expresión corporal, encerrados en su soledad, a ayudar a encontrar a través del ritmo y la melodía la posibilidad de libe-

ración corporal, de expresión y de comunicación.

- Danzaterapia: los objetivos que se persiguen son la remodelación de la imagen corporal, adaptada a sus propias necesidades y a su entorno. La fisioterapia puede adoptar este modelo de trabajo mediante el intercambio de ritmos y velocidades, la variación en los pasos, el juego de parejas, grupos etc.
- Técnica Alexander: es un método de reeducación corporal. Su objetivo es mejorar la manera en que usamos el cuerpo, de tal forma que nuestros movimientos sean más eficaces. Es decir, nos ayuda a mejorar el *uso que hacemos de nosotros mismos* en las actividades de la vida diaria reduciendo tensiones excesivas y mejorando la coordinación, fluidez en el movimiento, equilibrio y respiración. El trabajo se basa en detectar exactamente qué es lo que estamos *haciendo de más* para poder empezar el proceso de *dejar de hacerlo*, es decir, enseña a las personas a percibir cuándo está haciendo un gasto energético excesivo y la reconduce hacia el gesto más adecuado.
- Actividades acuáticas: añaden al ejercicio los beneficios de la acción del agua sobre el tono muscular, la circulación, las articulaciones, etc.
- Yoga y Tai-chi: mediante posturas y movimientos respectivamente, el control de la respiración son una excelente forma de mantener un estado físico óptimo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Parreño Rodríguez, J,R. Rehabilitación en geriatría 4ª ed. Editores Médicos S.A. Madrid 1994.
- Delgado Ojeda, M.A. Rehabilitación y fisioterapia en geriatría. Formación Alcalá. Jaén 2000: 351-410.
- Vázquez Gallego, J, León Marcano, S, Gassó Beneito, C, Lata Caneda, C. Manual de rehabilitación en geriatría. Mandala Ediciones. 1995: 78-88.
- Xhardez, Y. Vademécum de kinesiología y de reeducación funcional 4ª ed. El Ateneo. Buenos Aires 2000: 739-750.
- López Viña, JM, Rodríguez Menéndez, P, Blanco Parrondo, PA. Programa de asistencia fisioterápica a residencias de la tercera edad del Principado de Asturias. Fisioterapia 1997; 19: 167-176.
- Kligmann, EW, Pepin, E. Actividad física en el anciano: recomendación. Modern

Geriatrics (edición española) 4: 10: 364-374.

- Martínez González, M, Gómez Conesa, A. Programa de fisioterapia y actividades psicosociales en personas mayores de 75 años con deterioro cognitivo. *Fisioterapia* 2000; 22: 207-214.
- Martínez Serrano, S. Fisioterapia en ancianos con deterioro cognitivo. Descripción del programa. *Fisioterapia* 1999; 21: 13-22.
- García Díez, E, Vela Romero, JM. Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia* 2000; 23: 5-19.
- Carrasco Díaz, R. Alternativas terapéuticas complementarias a la fisioterapia en personas mayores: las gimnasias suaves. *Fisioterapia* 1999; 21 (monográfico 1): 23-35.
- Escuela Superior de Deportes de Colonia: [www.cyclingandhealth.com](http://www.cyclingandhealth.com).

# Reeducación

## de las actividades de la vida diaria

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> CARMEN FERNÁNDEZ SAN JUAN  
TERAPEUTA OCUPACIONAL. CENTRO DE DÍA “LEÑEROS”  
AYUNTAMIENTO DE MADRID

La **Terapia Ocupacional** es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre hacia la actividad seleccionada para promover y mantener la salud, prevenir la incapacidad, evaluar el comportamiento y tratar o adiestrar a los pacientes con disfunción física o psicosocial.

Se centra en alcanzar el mayor grado de independencia física, psíquica y social posible, mejorando así la calidad de vida de la persona.

Las **actividades de la vida diaria (AVD)** son aquellas tareas ocupacionales que una persona lleva a cabo diariamente para prepararse en las tareas propias de su rol.

Desde la terapia ocupacional podemos trabajar sobre las áreas de ejecución, los componentes de ejecución y los contextos de ejecución.

Dentro de las **áreas de ejecución** podemos distinguir:

- Tareas de automantenimiento como son el aseo personal, la higiene buco-dental, el vestido, la alimentación, la comunicación y la movilidad funcional.
- Tareas de trabajo o productivas, como por ejemplo la organización y limpieza del hogar, el cuidado de los otros y las actividades vocacionales.
- Actividades lúdicas y de esparcimiento, como pasatiempos, viajes, deportes, etc.

Los **componentes de ejecución** son las habilidades humanas fundamentales que se requieren para una participación satisfactoria en las áreas de ejecución. Pueden ser componentes sensoriomotores, cognitivos, psicosociales, etc.

Los **contextos de ejecución** son las situaciones o los factores que influyen en la participación de un individuo en unas áreas de ejecución. Consisten en aspectos temporales y del entorno.

Centrándonos en las AVD, distinguimos tres grandes categorías que son actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** son aquellas actividades de autocuidado como asearse, alimentarse, vestirse, etc. y la movilidad (que incluye cambios posturales, subir y bajar escaleras, deambulación y transferencias). Se caracterizan por ser universales y por su gran especificidad, así como por ser poco influenciables socioculturalmente. Estas actividades son las primeras en adquirirse convirtiéndose en hábitos, por lo que están automatizadas por el individuo. Ante la aparición de deterioros cognitivos, suelen ser las últimas en perderse.

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** son actividades más complejas como el cuidado de la casa y el dinero, el manejo de medicación, el uso de transporte y la comunicación. Nos indican la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su entorno habitual. Requieren un nivel de organización neuropsicológica más elevado que las anteriores. Factores como el sexo, la educación, la cultura y la edad pueden influir en el desarrollo de estas actividades.

Es importante tener en cuenta que lo que para una persona puede ser básico, para otra puede ser instrumental, y viceversa.

**Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):** son actividades complejas como planificar las compras de una vivienda, manejar aparatos complejos, practicar un deporte, planificar y realizar viajes, etc. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia, aunque a través de ellas se intenta identificar precozmente una disminución de la función. Tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria.

Es frecuente que el individuo sólo se dé cuenta de la importancia de estas actividades tras la pérdida temporal o permanente de las habilidades necesarias para su realización.

**El rol del terapeuta ocupacional en la reeducación de las AVD se centra en:**

- Observar el desempeño de cada tarea.
- Identificar los problemas que interfieren en la independencia del usuario.
- Marcar junto con el usuario los objetivos del tratamiento (en la medida de lo posible).
- Facilitar una ayuda ajustada en la realización de las actividades. (La enseñanza de destrezas resulta preferible al uso de elementos externos, ya que el usuario tiende a rechazarlos).
- Decidir, y en muchos casos confeccionar, los dispositivos de ayuda y de asistencia, tales como férulas y adaptaciones.

## ■ ■ ■ Reeducación de las actividades de la vida diaria

---

- Entrenar convenientemente al usuario en la utilización de cualquier ayuda técnica que se prescriba, para evitar así un mal uso de éstas y la frustración que podría sufrir.

Los pasos que deben seguirse en Terapia Ocupacional desde la llegada del usuario al centro son valoración (inicial, al ingreso del usuario en el centro; continua, durante el proceso de tratamiento y final, que mide la eficacia de nuestra intervención), planificación e implementación del tratamiento.

El principal objetivo de la **valoración inicial** es la recopilación de información relevante sobre el estado funcional del usuario.

A la hora de realizar la valoración, utilizamos unas **fuentes de información** que nos son de gran ayuda. Estas fuentes pueden ser **directas**: Informes médicos y de otros profesionales del equipo, entrevistas con los familiares, registros de huella, historia del objeto e **indirectas**: Entrevista de terapia ocupacional; observación (natural, cuando se realiza en el entorno real del usuario; artificial, cuando se simula la situación en el departamento, actividades diagnóstico-terapéuticas, pruebas específicas (estandarizadas y no estandarizadas).

Entre las **escalas de evaluación de las AVD** estandarizadas más utilizadas en Centros de Día encontramos las siguientes:

- Escalas de evaluación de las ABVD: Escala de Barthel, índice Katz, escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja, Blessed, etc.
- Escalas de evaluación de las AIVD: Escala de Lawton y Brody.
- Escalas de evaluación de la capacidad cognitiva: Test mental abreviado de Pfeiffer (SPMSQ), Mini examen cognitivo de Lobo (MEC), Mini mental de Folstein (MMSE), escala del Deterioro Global de Reisberg (GDS), test del reloj, test de los 7 minutos, CAMCOG, VOSP, PIEN-B, test de Boston, test de Strop, WMS-III, etc.

La **planificación del tratamiento** consiste en analizar los datos relevantes de la valoración inicial; identificar las potencialidades y limitaciones del usuario, así como sus necesidades; definir los objetivos a corto, medio y largo plazo, que deben ser mensurables, realistas y plausible; identificar los indicadores y diseñar el tratamiento.

A la hora de planificar un tratamiento tendremos en cuenta los recursos físicos del usuario (rango articular, coordinación, fuerza, etc.), los recursos intelectuales (atención, memoria, comunicación, etc.), los recursos económicos (que cobran especial importancia a la hora de asesorar sobre ayudas técnicas y modificaciones en la vivien-

da), y otros factores como la cultura, el medio familiar, los apoyos sociales y familiares con los que cuenta el usuario, su rol y su nivel de independencia.

La **implementación del tratamiento** siempre se realiza de manera individualizada; ante dos usuarios con la misma patología, las necesidades de uno serán distintas a las del otro y por tanto nuestra intervención también debe serlo. Durante el tratamiento se realizará una valoración continua en la que registraremos la evolución de cada usuario; dependiendo de los resultados de ésta se eliminarán los objetivos ya conseguidos, se modificarán algunos objetivos y se incorporarán otros nuevos. Dependiendo de las capacidades de cada usuario, el tratamiento será:

- Preventivo: si son independientes en la realización de las AVD.
- Rehabilitador: en los casos en los que se vea disminuida la capacidad para realizar alguna de las AVD.
- Compensatorio: cuando sea necesaria la incorporación de ayudas técnicas para la realización independiente de las AVD.

Desde el departamento de Terapia Ocupacional se informará a la familia y al personal del Centro de Día sobre los objetivos y las actividades terapéuticas que se están realizando con cada usuario, así como de sus progresos para evitar que le ofrezcan más ayuda de la necesaria en la realización de las AVD.

Las tareas del hogar resultan agotadoras para las personas mayores. Según se van afectando las articulaciones de los miembros superiores e inferiores aparecen problemas para el autocuidado, las tareas domésticas y la movilidad. Desde Terapia Ocupacional atenderemos a las prioridades de cada usuario y les ayudaremos mediante la enseñanza de técnicas alternativas para realizar las tareas (técnicas de protección articular, de conservación de la energía, de simplificación del trabajo, etc.) y la utilización de las ayudas técnicas apropiadas para cada caso.

### **TÉCNICAS DE PROTECCIÓN ARTICULAR**

La sobrecarga articular que se produce al realizar gestos simples, habituales y repetitivos, constituye un factor de deterioro, de aparición y agravación de deformidades. Los principales objetivos de la protección articular son reducir el dolor, la inflamación y las cargas articulares. Algunos de estos principios son:

- Distribución de la carga entre varias articulaciones.
- Utilización de las articulaciones más grandes y fuertes.
- Utilización de las articulaciones en sus posiciones más estables y funcionales.

## ■ ■ ■ Reeducación de las actividades de la vida diaria

---

- Reducir el esfuerzo: utilizar ayudas técnicas, electrodomésticos, etc.
- Evitar posiciones favorecedoras de deformidad (como flexión, desviación o posturas que impliquen fuerzas rotatorias).

### **TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA**

Estas técnicas reducen el gasto energético y ahorran trabajo. Destacamos:

- Planificar las tareas con antelación.
- Realizar pequeños descansos durante la actividad.
- Mantener un posicionamiento adecuado (siempre que se pueda, es aconsejable realizar las actividades en sedestación).
- No permanecer en la misma posición durante un tiempo prolongado.

A continuación enunciamos algunas **recomendaciones generales, técnicas alternativas y ayudas técnicas** para la realización de diferentes AVD:

### **ALIMENTACIÓN**

- Si existen deficiencias en la musculatura oral:
  - Posicionar adecuadamente cabeza, cuello y cuerpo para facilitar la deglución.
  - Modificar la consistencia de la comida y/ o bebida.
- En caso de deficiencias del arco de movimiento o disminución de la fuerza muscular:
  - Utilizar un miembro superior asistiendo al otro para llegar a la boca (levantándolo desde el codo).
  - Apoyar el codo sobre una superficie elevada para permitir el acceso a la boca.
  - Utilizar ambas manos para mantener una taza o vaso.
  - Cubiertos con mangos engrosados y más largos.
- En caso de deficiencias de la coordinación de los miembros superiores:
  - Colocar muñequeras lastradas.
  - Utilizar un miembro superior para estabilizar al otro.
  - Comer con los codos pegados al cuerpo.
  - Utilizar platos antideslizantes y con bordes altos.
  - Vasos y tazas con tapa y doble asa.
  - Cubiertos más pesados y engrosados.

- En caso de deficiencias de un miembro superior o hemicuerpo:
  - Si el miembro afectado no es funcional, se apoyará en la mesa para facilitar un buen posicionamiento y así evitar reacciones asociadas.
  - Si es miembro es funcional, se puede entrenar.
  - Se recomienda la utilización de cuchillos de rueda, cuchitenedores, mangos universales, tabla para untar y tablas claveteadas para fijar los alimentos.

### **REPARACIÓN DE LA COMIDA / COCINA**

- Es recomendable la utilización de:
  - Cuchillos y espátulas ergonómicas, ya que permiten que la muñeca esté alineada y los dedos realicen una pinza a plena mano, fuerte, que impida la desviación de los dedos.
  - Abrebotellas, abrebotes, pela patatas, balancines para servir líquidos, ya que facilitan la prensión y evitan posiciones favorecedoras de deformidad.

### **ASEO PERSONAL**

- Se estimulará en primer lugar la higiene buco-dental y facial.
- Los problemas que surgen en el aseo son similares a los de la alimentación y las recomendaciones también.
  - Es recomendable el uso de desodorantes de aerosol para personas con disminución del arco de movimiento y en barra o roll-on si existe incoordinación.
  - Los cepillos de dientes eléctricos son muy útiles para personas con disminución de la coordinación.
  - Existen cepillos de uñas, cortaúñas y limas con ventosas para fijarlos en una superficie, son especialmente útiles en casos de incoordinación, disminución de fuerza y hemiplejía.
  - Dispensadores de jabón líquido.
  - En ocasiones será necesaria la utilización de asientos de inodoro elevados, así como asideros o barras de apoyo laterales que permitan sentarse y levantarse del inodoro con facilidad. El inodoro-catapulta facilita el paso de sedestación a bipedestación realizando los primeros grados de extensión de las caderas.

### **BAÑO Y DUCHA**

- Se aconseja la utilización de:
  - Platos de ducha en lugar de bañeras.
  - Alfombras antideslizantes dentro y fuera de la bañera o ducha.
  - Asientos de baño y ducha ya que previenen las caídas en el baño, y permiten a personas con movilidad reducida o incapacidad para caminar y estar de pie, realizar la transferencia a la bañera, de manera que no tenga que depender de nadie a la hora del baño, ni realizar costosas obras para adaptar su baño.
  - La grifería clásica puede ser adaptada o sustituida por grifos monomando, ya que son más fáciles de manejar, y con termostato para evitar quemaduras si existe disminución de la sensibilidad.
  - Las esponjas de mango largo y los lava-cabezas ergonómicos son especialmente útiles para las personas que tienen limitaciones de la movilidad. De esta manera alcanzarán a todas las partes de su cuerpo de manera independiente.
  - Se recomienda la utilización de albornoz si es posible ya que disminuye el esfuerzo de secarse.
  - Asideros rugosos y distribuidos donde el usuario los necesite. Pueden estar colocados horizontalmente, verticalmente o con angulaciones. No se deben usar los grifos, toalleros, etc. para este uso, ya que no tienen suficiente estabilidad.
  - Los utensilios necesarios deben estar siempre al alcance del usuario.

### **VESTIDO Y CALZADO**

- El entrenamiento del vestido suele comenzar por la actividad más sencilla que es desvestirse.
- Las deficiencias en las capacidades perceptivas y cognitivas pueden complicar esta actividad en algunos casos. Puede que no perciban la prenda en su totalidad, la localización de las partes, distinguir entre derecho y revés, derecha o izquierda, etc.
- Es muy importante guiar a la persona en la secuenciación de la actividad.
- En todos los casos, es aconsejable que las personas mayores realicen esta actividad en sedestación y que dispongan de un taburete pequeño para el vestido de los miembros inferiores.
- Desde terapia ocupacional adiestraremos a los usuarios que lo requieran en métodos alternativos para poner y quitar prendas, atar zapatos, etc. en función de sus posibilidades.
- La ropa debe ser ligera, suelta y abierta por delante.

- Antes de enseñar a una persona a vestirse y desvestirse, debemos entrenar las capacidades para manipular la prenda, mover los miembros superiores en el espacio y abrochar y desabrochar los diferentes sistemas de broches. Se recomiendan sistemas de cierre con botones grandes o cremalleras con anillas, así como la sustitución de éstos por gomas elásticas y velcros.
- Es aconsejable la utilización de ayudas técnicas como ganchos auxiliares para abotonar y subir cremalleras, sube calcetines (indicados para personas que tienen dificultad para agacharse, o que tienen limitaciones en el miembro superior que les impiden llegar hasta el extremo de la pierna), calzadores largos, pinzas alcanzadoras, etc.

### **MOVILIDAD Y TRANSFERENCIAS**

- En algunos casos es adecuado el uso de ayudas técnicas, ya que aumentan la estabilidad de personas con escaso equilibrio, debilidad muscular, incoordinación o falta de confianza.
- Las ayudas técnicas más utilizadas son:
  - Muletas ( axilares, de codo, de antebrazo).
  - Bastones (son las ayudas técnicas más clásicas para la marcha).
  - Trípodes, cuadrípodes.
  - Andadores.
  - Sillas de ruedas (autopropulsadas o conducidas por un acompañante). A la hora de prescribir una silla de ruedas deben tenerse en cuenta las características de la persona que la va a usar y elegir la que se adapte mejor a sus necesidades y dimensiones.
  - Grúas (facilitan la movilización de personas con gran incapacidad que necesitan la ayuda de una tercera persona y evitan lesiones al cuidador).
  - Tablas de transferencias. Las transferencias no tienen un método universal, sino que se elegirá el más adecuado dependiendo de cada usuario. Los planos desde y hacia donde se hace la transferencia deben ser estables y seguros y estar a la misma altura para facilitarla. Debemos frenar siempre la silla de ruedas para evitar que se desplace.

### **OCIO Y TIEMPO LIBRE**

- En terapia ocupacional el juego se entiende como un tipo específico de ocupación esencial para el ser humano, muy útil para mejorar las habilidades sociales.
- Las ayudas técnicas más utilizadas por las personas mayores son:

- Cartas con números de gran tamaño.
- Juego de damas con conos.
- Dominó de colores, texturas, etc.
- Ayudas técnicas para la realización de ganchillo.
- Bastidores para el punto de cruz.
- Sujeta cartas.

### **OTRAS AYUDAS TÉCNICAS**

- Adaptadores para la escritura (evitan tener que realizar una pinza de precisión).
- Portallaves (resuelve los problemas de mucha gente con artrosis, artritis y otras patologías que impiden hacer pinzas finas, para los que antes requería mayor esfuerzo, posiciones viciosas y dolor. Es un elemento simple que permite coger con toda la mano y girar la muñeca con menor esfuerzo).
- Pinzas alcanzadoras (se manejan desde la empuñadura situada en un extremo. En el otro extremo están las pinzas curvas, recubiertas de goma antideslizante para evitar que los objetos resbalen. A veces están dotados de un imán para los objetos metálicos pequeños. Su empleo permite coger objetos que de otra forma estarían fuera de su alcance).
- Giradores multiuso con mango.
- Sillones catapulta (realizan automáticamente la función de la cadera en los primeros grados del paso de sentado a bípedo).
- Tijeras con resorte (después del corte, se abren de nuevo por acción del resorte para facilitar el agarre y el uso).
- Cajas de almacenaje diario /semanal de medicamentos.
- Pastilleros con alarma.

### **RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA VIVIENDA**

Lo ideal es que las personas mayores permanezcan en su domicilio el máximo tiempo posible, para ello en algunas ocasiones es necesario realizar ciertos cambios.

- Los cambios se introducirán de manera gradual y a medida que vayan disminuyendo sus capacidades.

- Los objetos personales deben guardarse siempre en el mismo lugar.
- Suelos antideslizantes, evitando en lo posible que existan diferentes niveles y contrastes de colores que den la impresión de cambios de nivel.
- Las alfombras y felpudos deben fijarse al suelo con adhesivos de doble cara o ser retiradas para evitar tropiezos y caídas.
- Si hay peldaños, estos deben estar bien señalizados. Es aconsejable pintarlos de dos colores, uno para la huella y otro para la contrahuella, o resaltar el borde con una franja de color antideslizante.
- Para facilitar los movimientos por la casa, es aconsejable utilizar pasamanos.
- Los braseros y calentadores son muy peligrosos para las personas mayores, no sólo por el peligro de quemaduras e incendios, sino también por el riesgo de caída que suponen los cables cruzando el suelo.
- Los dispositivos eléctricos para subir y bajar las persianas son más cómodos y seguros que los tradicionales.
- Los teléfonos inalámbricos evitan que la persona mayor se precipite hacia el aparato cuando se producen las llamadas.
- Apartar obstáculos y redondear las esquinas de los muebles.
- Son preferibles los sillones y butacas rígidos a los sofás mullidos, ya que facilitan el paso de sedestación a bipedestación.
- Debemos disponer de asientos distribuidos por toda la vivienda, ya que las personas mayores pueden necesitar sentarse en cualquier lugar, incluido el baño o ante el fregadero.
- Los interruptores y enchufes deben ser abundantes y quedar al alcance de la mano. Son preferibles los interruptores conmutados, que permiten encender y apagar las luces desde distintos puntos de la habitación.
- Es aconsejable la colocación de adhesivos fluorescentes para hacerlos visibles en la oscuridad.
- En casos de deficiencia auditiva, es aconsejable la colocación de señales luminosas para el timbre, teléfono y portero automático.
- Nunca debemos renunciar a introducir ayudas, ya que con cada ayuda se gana autonomía.

## BIBLIOGRAFÍA

- MÁXIMO BOCANEGRA, N., PÉREZ DE HEREDIA TORRES, M. Y GUTIÉRREZ MOROTE, M., “Atención en el hogar de personas mayores : manual de terapia ocupacional”. Ed. Témpora. Salamanca. 2004.
- KIELHOFNER, G. “Terapia ocupacional : Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación” 3ª ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 2004.
- ROMERO AYUSO, D. M. Y MORUNO MIRALLES, P. “Terapia ocupacional: teoría y técnicas”. Ed. MASSON. Barcelona. 2003.
- TURNER, A., FOSTER, M. Y SILVER, E. “Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice”. 5ª ed. Ed. Churchill Livingstone. Edinburgh. 2002.
- CHAPINAL JIMÉNEZ, A. “Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en terapia ocupacional”. Ed. MASSON. Barcelona. 2002.
- POLONIO LÓPEZ, B., DURANTE, P Y NOYA ARNÁIZ, B. “Conceptos fundamentales de terapia ocupacional”. Ed. Panamericana. Madrid. 2001.
- POLONIO LÓPEZ, B. Y cols. “ Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos”. Ed. Panamericana. Madrid. 2001.
- TROMBLY, C. A. “Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente”. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 2001.
- GÓMEZ TOLÓN, J. “Habilidades y destrezas en terapia ocupacional”. Ed.Mira. Zaragoza. 2000.
- DURANTE MOLINA, P Y PEDRO TARRÉS, P. “Terapia ocupacional en geriatría : principios y práctica”. Ed. MASSON. Ba. 1999.
- HELEN L. HOPKINS, HELEN D. SMITH. Y cols. “Terapia Ocupacional”, 8ª ed. Ed. Panamericana. Madrid. 1998.
- GÓMEZ TOLÓN, J. “Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional”. Ed.Mira. Zaragoza. 1997.



# Técnicas de Estimulación

## cognitiva en personas sin demencia

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> EMILIANA DE ANDRÉS MONTES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
UNIDAD DE DETERIORO COGNITIVO Y MEMORIA  
AYUNTAMIENTO DE MADRID

El tema se desarrolla en cinco apartados: los cambios cognitivos que se producen con el envejecimiento, las bases que fundamentan la estimulación cognitiva, cómo estimular las funciones cognitivas, las principales estrategias y técnicas de estimulación cognitiva y de memoria, y la experiencia a lo largo de diez años en este campo desde el Ayuntamiento de Madrid.

### I - CAMBIOS COGNITIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Con el envejecimiento se producen cambios en algunas funciones cognitivas, existiendo gran variabilidad interindividual. Estos cambios son más evidentes a partir de los 75 años. Los cambios cognitivos patológicos en muchos sujetos tienen un largo periodo subclínico.

Hay funciones cognitivas que se conservan y otras que se alteran. Se mantiene el lenguaje en todos sus componentes y algunos tipos de memoria como veremos más adelante. Se puede alterar la velocidad de procesamiento, algunos tipos de memoria, el pensamiento abstracto, las funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoespaciales, etc.

La memoria suele ser la función cognitiva que antes se ve alterada, pero no se afectan por igual todos los tipos de memoria como veremos a continuación:

- La memoria sensorial no se altera, aunque puede enlentecerse.
- La memoria a corto plazo (MCP) el almacén transitorio donde la información permanece durante unos segundos, hasta dos minutos, por ejemplo repetir un número o un nombre..., no se altera.
- La memoria de trabajo, la capacidad para retener la información mientras se trabaja con ella, sí se altera.

- La memoria a largo plazo se altera o no dependiendo del tipo de memoria:
  - La memoria episódica que define qué ocurrió, acontecimientos del pasado, memoria autobiográfica..., es la que más se altera porque requiere conciencia de la información y de su origen.
  - La memoria semántica que es la memoria de los conocimientos en general, del significado de las palabras, de los conceptos, etc, que requiere conciencia de la información, no se altera.
  - La memoria procedimental, la de las habilidades motoras o cognitivas, el saber cómo se hace algo, por ejemplo, andar en bicicleta, escribir a máquina, etc, es muy resistente al tiempo y a los procesos degenerativos y no se altera.
- La memoria cotidiana, puede presentar alteraciones en la memoria de textos, nombres, memoria prospectiva, retrospectiva, espacial, etc. Se mantiene la memoria de las caras.

Con la edad se produce una disminución en el rendimiento cognitivo, especialmente en la memoria. Partiendo de un rendimiento estable en los adultos, los ancianos sanos tienen un rendimiento más variable: algunos presentan declive de memoria asociado a la edad (DMAE), otros cumplen criterios de deterioro cognitivo leve - DCL y de éstos, el 12-15%, en un año, cumplen ya criterios de demencia.

## II - BASES EN LAS QUE SE FUNDAMENTA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

La estimulación cognitiva es la activación de los procesos y funciones cognitivas: atención, percepción, lenguaje, memoria..., mediante ejercicios de tipo mental u otros medios.

Se fundamenta en tres aspectos básicos: la capacidad de reserva cerebral, la neuroplasticidad cerebral y la capacidad de aprendizaje.

- La **capacidad de reserva cerebral** (CRC) es la reserva cognitiva susceptible de ser activada cuando la requerimos.

Para Mortimer (1997) la CRC viene mediada por el número de neuronas y densidad de interconexiones dendríticas que se desarrollan en la juventud, por la cantidad de tejido cerebral global que permanece a cualquier edad y por el conjunto de estrategias cognitivas que utilizamos para resolver problemas.

Stern (1996) relaciona directamente la CRC con la inteligencia, los años de edu-

cación y la ocupación desempeñada.

La utilización de la CRC hace que gran parte de los sujetos mayores no muestren durante años ningún síntoma de deterioro intelectual, permaneciendo en fase subclínica. Muchos de estos pacientes, cuando la CRC se agota, presentan un declive acelerado del deterioro.

La CRC es un factor de vulnerabilidad para el deterioro cognitivo cuando está disminuida y es un factor protector del deterioro cuando es elevada.

- La **neuroplasticidad cerebral** (NC) es la posibilidad de transformación y modificación del sistema nervioso.

La estimulación de la actividad crea nuevas vías de funcionamiento en el cerebro dañado (Musso, 1999).

La experiencia y el aprendizaje modifican y fuerzan la aparición de nuevas sinapsis en el cerebro. Las funciones más específicas como el aprendizaje, pueden reclutar nuevas neuronas con potencial neurogénico (Weiller, 1999).

Las funciones complejas como el lenguaje y la memoria tienen mayor probabilidad de recuperación a través de estrategias como la compensación o la sustitución (Kolb, 1986).

- La **capacidad de aprendizaje** (CA) es el cambio relativamente permanente de la conducta como resultado de la práctica. Al aprender adquirimos conocimientos nuevos.

La CA se puede ver afectada por diversos factores: la situación física general y las capacidades sensoriales, el enlentecimiento cognitivo, los cambios de actitud y prejuicios, la autoeficacia, las transformaciones de la memoria y la capacidad global de aprendizaje (Glass, 1996).

Entre los tipos de aprendizaje que se mantienen con la edad (Vega, 1995) están:

- Condicionamiento clásico: se genera una conducta involuntaria ante un estímulo que antes no lo provocaba
- Condicionamiento operante: relación entre la conducta y las consecuencias de la misma que conllevan a un refuerzo positivo o a un castigo.
- Aprendizaje implícito: no requiere recuerdo consciente. Se da en una situación

incidental en la que no hay intención de aprender.

- Aprendizaje verbal: implicado en las tareas clásicas de memoria, como el aprendizaje de pares asociados que se favorece con el uso de estrategias.
- Aprendizaje de nuevas habilidades: los mayores sanos mejoran en habilidades entrenadas y la mejoría se mantiene con la práctica.

Los mayores sanos tienen potencial de aprendizaje para los aspectos que se deterioran con la edad, los que componen la inteligencia fluida, la capacidad para resolver nuevos problemas. Cuando la capacidad de aprendizaje empieza a alterarse podemos estar ante uno de los primeros síntomas de deterioro cognitivo.

### III - CÓMO ESTIMULAR LAS FUNCIONES COGNITIVAS

La estimulación se puede hacer de forma individual o grupal. La individual se puede plantear desde la consulta para trabajar en el domicilio, preferiblemente con la implicación de la familia, y la grupal se desarrolla desde las instituciones: centros de salud, centros de día, residencias, etc.

Entre las funciones cognitivas que se pueden estimular están: memoria, atención, lenguaje, percepción, razonamiento, lógica, cálculo, funciones ejecutivas, pensamiento abstracto, etc.

A continuación se muestran tipos de ejercicios para estimular algunas de estas funciones. Muchos de los ejercicios estimulan varias funciones cognitivas. Se describen también las principales estrategias y técnicas de memoria.

#### ATENCIÓN

Es la actitud consciente dirigida a la observación de un objeto.

- Atención sostenida: tachar una letra o sílaba de un escrito y contar las veces que sale en cada línea.
- Atención selectiva: escucha de números y hacer una señal concreta, (un golpe, un chasquido,...) cada vez que se oiga el número concreto.
- Atención dividida: hacer dos cosas a la vez
- Búsqueda de objetos: en láminas, fotografías



### LENGUAJE

Guardamos la información y la recuperamos con palabras. Su estimulación favorece la evocación y aumentar la fluidez verbal.

- Logogramas: escribir nuevas palabras con letras de una palabra: Barcelona.
- Denominación de objetos: de una habitación, una lámina, una fotografía...
- Sintaxis: con varias palabras construir frases: “casa-chimenea-montaña”.
- Fluidez: palabras o nombres que empiezan por una letra o sílaba concreta.
- Palabras encadenadas: decir una palabra con la última letra, o sílaba de la palabra anterior.
- Categorías: prendas de vestir, aves, peces, profesiones...
- Explicación sobre un objeto, cómo es, cómo funciona, para qué sirve...
- Explicar el significado de refranes y palabras.
- Producir series : días de la semana, meses...
- Hacer listas: objetos de comedor, transportes, profesiones...
- Pasatiempos: crucigramas, autodefinidos, sopa de letras...

### CÁLCULO

- Operaciones aritméticas: suma, resta, multiplicación, división...
- Series numéricas: contar hacia delante (de tres en tres...), o hacia atrás.
- Problemas aritméticos: para el manejo del dinero.

Podríamos continuar con otras funciones, pero vamos a centrarnos en cómo estimular la memoria, ya que muchas de las herramientas que vamos a plantear son útiles para trabajar algunos ejercicios planteados anteriormente.

#### **IV - PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y DE MEMORIA**

Las estrategias y técnicas son procedimientos que mejoran el funcionamiento de la memoria favoreciendo las distintas fases del procesamiento: registro, retención y recuerdo.

## ■ ■ ■ Técnicas de estimulación cognitiva en personas sin demencia

Las estrategias son procedimientos generales que sirven para múltiples tipos de información. Es una conducta planeada y orientada a un fin. Se adquieren con el uso personal y a través de conductas de imitación.

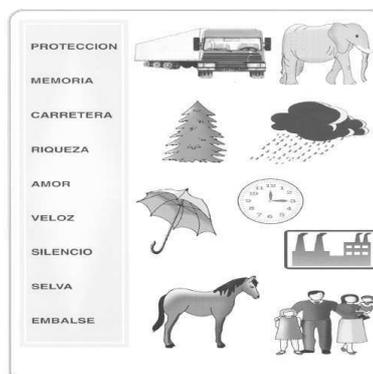
Las técnicas son procedimientos más específicos que se utilizan para materiales concretos. Se adquieren de forma estructurada y deben ser enseñadas.

### • Estrategias de memoria

Las estrategias se pueden clasificar por la fase de la memoria en que intervienen y por el nivel de procesamiento en el que actúan.

- **Estrategias de adquisición o codificación.** *Fase de registro.*
- **Repetición.** Enunciado literal de la información que la mantiene en la memoria a corto plazo.
  - Repetición de mantenimiento. No realiza análisis adicional.
  - Repetición de elaboración. Implica un análisis y el repaso de la información y la elaboración realizada.
- **Estrategias de retención.** *Fase de retención.*
- **Agrupamiento.** Agrupar la información en unidades significativas para aumentar la amplitud de la memoria a corto plazo.
- **Categorización.** Agrupar los elementos en función de sus características comunes. Aporta claves para extraer la información y afianza la organización en la memoria.
- Σ **Elaboración o asociación.** Relacionar información nueva con otra ya adquirida que funciona como gancho. Produce el nivel de procesamiento más profundo.  
Ejercicios: recuerdo de números, lámina de palabras, lámina de figuras y palabras (ver figura), pares de palabras...,etc.

### LÁMINA DE ASOCIACIÓN



Unidad de Memoria Ayuntamiento de Madrid

- **Estrategias de recuperación.** *Fase de recuerdo.*

Son las menos estudiadas. Tienen como objetivo emplear señales para inferir la información almacenada y facilitar la búsqueda de la información a través de:

- **Los Indicios** que pueden llevar al recuerdo.
- **El contexto** en el que se desarrolló el aprendizaje.
- **La capacidad de repensar** sobre el hecho.

- **Técnicas de memoria**

Las técnicas o mnemotecnias son muy numerosas. Hay técnicas para recordar números, nombres, listas de todo tipo, discursos, aprendizaje de idiomas, las cartas o naipes en el juego, etc.

Entre los tipos de técnicas están las visuales y las verbales.

- **Mnemotecnias visuales**

- **Visualización.** Es el intento de producir una simulación interna de la visión, “ver con la mente”. Las imágenes son superiores a las palabras y cuando codificamos de forma dual potenciamos la retención y al usar referencias visuales y contextuales se favorece la recuperación de la información. Es una técnica muy potente para la memoria.

Ejercicios: Visualización de objetos, de láminas (ver figura), de textos, de pares de palabras...

### LÁMINA DE VISUALIZACIÓN



## ■ ■ ■ Técnicas de estimulación cognitiva en personas sin demencia

---

- **Método Loci.** Ordenar secuencialmente una serie de lugares y asociar visualmente cada lugar o “loci” con los elementos a recordar. Cada loci funciona como una clave de recuperación.
- **Mnemotecnias verbales:**

Se emplea el lenguaje como instrumento de procesamiento. Pueden tener una dimensión superficial o profunda. Entre ellas están: aspectos sonoros, palabras clave, rimas, unir iniciales, etc. Entre estas últimas destacan:

- **Acrónimos.** Crear una palabra con las iniciales de todas las palabras a recordar.
- **Acrósticos.** Crear una frase con las iniciales de las palabras a recordar.
- **Otras técnicas:**
- **Técnicas gancho:** Asociar o visualizar los números con una palabra que rime con ellos. Cada gancho funciona como una clave de recuperación.
- **Recuerdo de nombres:** Es la queja más frecuente en los mayores. Se han elaborado sistemas estructurados como la asociación cara-nombre, Entre las estrategias están: atender al nombre, repetirlo, asociar algún rasgo característico con el nombre y buscar un significado al nombre o al apellido.
- **Método de recuerdo de textos:** Se han creado diversos métodos para mejorar el recuerdo de textos.

El PQRST es el más conocido y se emplea en la rehabilitación de lesionados cerebrales. Consta de cinco pasos: P-revisar, Q-preguntas, R-leer, S-respuestas, T-comprobar.

Las mnemotecnias tienen limitaciones como son: el tiempo que requieren para su aprendizaje, la habilidad personal para utilizar imágenes, las interferencias que pueden producirse, la conservación de la técnica que requiere su uso frecuente y la transferencia a la vida diaria. Esto hace que algunas no se apliquen habitualmente con los mayores.

### V - ESTIMULACIÓN COGNITIVA DESDE EL AYUNTAMIENTO DE MADRID

En el Ayuntamiento de Madrid, desde el Área de Salud Pública, en los últimos diez años se viene trabajando en el campo de la promoción y prevención de las alteraciones cognitivas y de memoria, fundamentalmente con el Programa de Memoria para mayores de 65 años, en el que se trabajan muchas de las herramientas planteadas en el apartado anterior y al que corresponden la mayoría de las figuras presentadas.

A continuación se presentan todos los Programas diseñados para trabajar en el campo de la Estimulación cognitiva:

- Programa de Memoria para Mayores de 65 años, desde 1994
- Programa de Memoria para Adultos Menores de 65 años, desde 1997
- Programa de Detección Precoz del Deterioro Cognitivo, se está elaborando.
- Programa de Estimulación Cognitiva en el Domicilio, desde 2001
- Programa de Estimulación Cognitiva para Educación de Adultos, desde 2003

Todos los programas han sido elaborados por la Unidad de Memoria. Los dos primeros se desarrollan en los centros municipales de salud (CMS) y el de Deterioro Cognitivo no existe aún, está en preparación y se va a poner en marcha próximamente. El Programa de estimulación cognitiva en el domicilio se realiza desde el Gabinete de Evaluación de la Unidad de Memoria y el de Educación de Adultos se desarrolla en las aulas de algunos Centros de Mayores, desde Servicios Sociales.

A continuación se describen los aspectos más destacados de cada Programa.

- **Programa de Memoria para mayores de 65 años. Método UMAM**

El Programa de Memoria, conocido fuera de nuestra Institución como Método UMAM (Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid) está dirigido a las personas mayores de 65 años del Municipio y se viene realizando en los trece CMS.

- El Programa tiene tres **objetivos** principales:

- *Evaluar y Diagnosticar* la Pérdida de Memoria Asociada a la Edad diferenciando los déficit reales de las "quejas de memoria".

- *Diferenciar* las personas con PMAE de aquellas cuyos trastornos de memoria son causados por alteraciones específicas como Demencia y Depresión.

- Realizar un *Programa de Entrenamiento* para compensar y disminuir los déficit mnésicos.

- Hay dos **actividades** principales que son los pilares del Programa: la Evaluación o

"Chequeo" de Memoria y el Entrenamiento de Memoria.

- *La **Evaluación** es la primera actividad que se realiza en el Programa en consulta individual. Se utilizan diversas pruebas en función de los objetivos perseguidos:*
- Cribaje para detección de Deterioro Cognitivo o Trastorno Afectivo: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo y cols y Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage.
- *Evaluación de Memoria:* Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT) de Wilson y cols, y Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria (MFE) de Sunderland y cols.
- *Evaluación de Calidad de Vida:* Perfil de Salud de Nottingham de Hunt y cols. De los resultados de la evaluación referidos por el RBMT, se seleccionan las personas que van a pasar a realizar el entrenamiento, fundamentalmente los que presentan memoria débil o trastorno moderado.
- *El **Entrenamiento de Memoria** es la principal actividad de intervención preventiva que se realiza en el Programa.*

El Programa se desarrolla en 11 sesiones, de hora y media de duración cada una y se realiza en grupos de 14 a 16 personas.

- Los *contenidos del entrenamiento* se distribuyen en tres módulos:
  - I. Módulo de **estimulación de procesos cognitivos**: atención, percepción, lenguaje,... y aprendizaje de estrategias y técnicas: visualización, asociación, categorización,...
  - II. Módulo de **conceptos de memoria**: Tipos y fases de memoria. Envejecimiento y memoria. Factores que pueden afectar al rendimiento de la memoria en los mayores.
  - III. Módulo de **aplicaciones a la vida diaria**: Técnica de recuerdo de nombres, Técnica de recuerdo de textos y se hace especial hincapié en la memoria prospectiva y retrospectiva para solucionar los olvidos cotidianos, que es el objetivo principal del entrenamiento. Los dos primeros módulos son la base para lograr este objetivo.

En la figura se presentan los tipos de olvidos y los pasos a seguir para solucionarlos.



- *Modelo de sesión.* Cada sesión tiene su esquema de trabajo con: objetivos, actividades y material necesario para su desarrollo. En una sesión tipo se hace: 1- relajación, 2- revisión de la tarea para casa, 3- aspectos teóricos concretos, 4- ejercicios de estimulación cognitiva específicos de la sesión y 5- tarea para casa.
- *Documentos.* El método UMAM consta de los siguientes documentos publicados:

**Documentos para los profesionales**

- ◆ *Programa de Memoria* y CD-Rom con aplicación informática
- ◆ *Manual Práctico de Evaluación y Entrenamiento* con las pruebas de evaluación y las sesiones de entrenamiento
- ◆ *Láminas para el entrenamiento* para trabajar en las sesiones
- ◆ *Diálogos sobre la memoria* para hacer educación sanitaria
- ◆ *Cuaderno de evaluación* con todas las pruebas

**Documentos para los usuarios**

- ◆ *Cuaderno de Entrenamiento* para trabajar en las sesiones
- ◆ *Manual de Recomendaciones "cómo mejorar nuestra memoria"*
- ◆ *Cuadernos de Ejercicios para la Memoria nº 1*
- ◆ *Cuadernos de Ejercicios para la Memoria nº 2*, para hacer estimulación cognitiva en el domicilio

• **Resultados**

La cobertura del programa realizado en los CMS, tomando los datos desde 1995 hasta 2003, es de 18.058 personas evaluadas preentrenamiento. Se han realizado un total de 882 Grupos de Entrenamiento en los que han participado 10.908 usuarios.

El análisis estadístico de los resultados refleja un índice de mejoría en memoria global del 40%. También se obtiene mejoría en el estado de ánimo.

• **Cursos de Formación Externa en el Método UMAM**

La difusión del Método UMAM en distintos ámbitos científicos y académicos desde 1997 en que se publicaron los primeros documentos del Programa, ha llevado a la realización de estos cursos para cubrir una demanda constante de profesionales de distintos ámbitos e instituciones.

El curso se desarrolla en 25 horas a lo largo de tres días, con contenidos teóricos y desarrollo de actividades prácticas, donde se hace entrega de todos los documentos. Está acreditado por la Agencia "Laín Entralgo" con 4,5 créditos.

Hasta 2005 se han realizado XXVI ediciones. Se han formado un total de 617 profesionales de todas las CCAA, entre psicólogos, médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales,... En ciertos ámbitos el Programa se desarrolla con ciertas adaptaciones.

• **Programa de detección precoz del deterioro cognitivo**

Está prevista la creación de una Unidad Central de Deterioro Cognitivo y Memoria con mayor dotación de recursos humanos y materiales que permita continuar el estudio después del cribaje de deterioro cognitivo realizado en los CMS.

• Entre los **objetivos** planteados están:

- Detectar y diagnosticar precozmente el Deterioro Cognitivo.

- Informar del proceso y los recursos sanitarios y sociales existentes.
- Hacer seguimiento del perfil neuropsicológico y funcional de los sujetos con deterioro.
- Identificar los cuadros reversibles de deterioro para su tratamiento.
- Realizar actividades de prevención y promoción de la salud.
- Las **actividades** se desarrollarán en cuatro fases:
  - “Screening” del deterioro cognitivo.
  - Diagnóstico precoz y determinación del perfil neuropsicológico y funcional del paciente.
  - Tercera Fase:
    - Información, asesoramiento y orientación.
    - Seguimiento y valoración.
    - Estimulación cognitiva con el apoyo de familiares.
    - Promoción de la salud en las personas en riesgo de padecer, o que ya padecen deterioro cognitivo.
  - Derivación de los casos con probable demencia a la red asistencial
- **Programa de entrenamiento de memoria para adultos menores de 65 años**

El programa se basa en el Método UMAM con adaptaciones. Se ha puesto en marcha en 5 de los 13 CMS, de forma complementaria al Programa para mayores que resulta prioritario si hay demanda suficiente. Está dirigido a adultos menores de 65 años, entre 45 y 65.

• Entre los **objetivos** planteados, además de los del Método UMAM, está potenciar las capacidades de memoria para mejorar el rendimiento profesional.

- **Las actividades principales son la Evaluación y el Entrenamiento:**
  - En la **Evaluación** se ha sustituido la Escala Geriátrica de depresión-GDS por la Escala de Zung y se ha incluido el Test de retención visual de Benton.
  - En el **Entrenamiento** se mantiene el número de sesiones y el modelo de sesión. En los contenidos, se mantienen los ejercicios de estimulación cognitiva en sus tres cuartas partes, incluyendo además ejercicios de activación con cálculo mental y seguimiento de una noticia de actualidad y ejercicios nuevos con mayor grado de dificultad. Se hace especial hincapié en la metamemoria.

### • Resultados

Se han realizado 37 grupos de entrenamiento desde 1997. La edad media de los usuarios es de 53 años, la mayoría mujeres procedentes del Programa de Menopausia. El rendimiento de memoria es superior al de los mayores de 65 años y presentan menos alteraciones de memoria. La mejoría que se produce con el entrenamiento se mantiene a los 6 meses. El índice de mejoría global es del 57%.

#### • Programa de estimulación cognitiva en el domicilio

El programa se desarrolla desde las consultas del Gabinete de Evaluación de la Unidad de Memoria. Los pacientes mayoritariamente proceden de los Centros Municipales de Salud, donde se realizan las siguientes pruebas que aportan a la Unidad:

- MEC - Miniexamen Cognoscitivo de Lobo y cols.
- GDS - Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage.
- RBMT–Rivermead Behavioural Memory Test de Wilson y cols.

Fundamentalmente se derivan pacientes con trastorno severo de memoria y algunos con trastorno moderado, para realizar una evaluación más específica en la Unidad. También se reciben usuarios de otras instituciones.

### • Objetivos

El Gabinete tiene como objetivos:

- Realizar evaluación cognitiva y funcional orientada a la detección precoz del deterioro.
- Intervenir con usuarios y familiares para modificar la evolución. *Programa de estimulación cognitiva en el domicilio.*
- Realizar seguimiento del proceso evolutivo con revisiones periódicas y adaptación de la intervención.

### • Metodología

El Programa se realiza en el Gabinete desde las consultas programadas de la Unidad de Deterioro Cognitivo y Memoria:

- Actividades de **Evaluación.**
  - CAMCOG - Examen Cognitivo del CAMDEX.

- Escala Funcional de Lawton.
- Otras pruebas complementarias: Stroop, Wisconsin, TAVEC, NPI, PIEN-B, WMS-III...

- Actividades de **Intervención**.

Están reflejadas en el Programa de estimulación cognitiva y más ampliadas en el poster del Programa.

- **Programa de estimulación cognitiva en el domicilio**

El Programa, además de la estimulación cognitiva que persigue ejercitar los recursos cognitivos conservados, entre ellos algunos tipos de memoria, y potenciar los que tardan más en perderse, con el objetivo final de mantener la autonomía funcional el mayor tiempo posible y mejorar la calidad de vida, persigue otros objetivos que se desarrollan a través de las actividades realizadas desde las distintas áreas de intervención:

- *Informativa*: del proceso de deterioro y de los recursos existentes.
- *Funcional*: orientada a mantener la autonomía y la independencia.
- *Cognitiva*: estimulando funciones cognitivas para frenar el deterioro.
- *Conductual*: se refuerza el trabajo y se detectan trastornos para su atención.
- *Relacional*: se potencia la relación con el entorno y se evita el aislamiento.
- *Preventiva y de promoción de la salud*: a través de las actividades de educación sanitaria que buscan disminuir la progresión del deterioro.

- **Documento con los Ejercicios de Estimulación Cognitiva**

El documento incluye tres tipos de ejercicios ofreciendo un abanico de posibilidades de trabajo para los usuarios:

- *Ejercicios cognitivos básicos* para establecer un hábito de trabajo.
- *Ejercicios de estimulación cognitiva y funcional* de su entorno.
- *Ejercicios de reminiscencia* para trabajar la memoria del pasado

Además, el documento recoge las *Recomendaciones sobre Educación Sanitaria*.

La participación de la familia es imprescindible en este Programa y está implicada en todo el proceso actuando de mediador, facilitador y receptor de muchas de las actividades planteadas, además de las cognitivas generales, las que se ofrecen desde

la Educación Sanitaria.

En el poster del Programa de Estimulación Cognitiva en el Domicilio se amplía información sobre objetivos específicos, actividades, ejercicios propuestos y resultados.

- **Programa de estimulación cognitiva para educación de adultos**

Este programa trata de cubrir la demanda realizada desde la División de adultos de Servicios Sociales, como herramienta de trabajo para sus contenidos docentes para los alumnos que acuden a sus aulas.

Entre los **objetivos** planteados están:

- Introducir la estimulación cognitiva de forma sistematizada dentro de las actividades de la División de Educación de Adultos.
- Dotar a los usuarios de herramientas para mejorar el aprendizaje y el rendimiento cognitivo.
- Mejorar algunos problemas de memoria de la vida cotidiana, como los olvidos cotidianos, y contribuir así a mejorar su calidad de vida.

Los **contenidos** se recogen en el Documento del Programa donde se incluyen cuatro módulos de trabajo:

- I - Procesos cognitivos básicos: atención, percepción, lenguaje, copia.
- II - Estrategias de memoria: visualización, asociación, categorización; y metamemoria.
- III - Técnicas de memoria: recuerdo de nombres, recuerdo de textos.
- IV - Conceptos de memoria, aplicación a los olvidos cotidianos y ayudas externas.

En todas las sesiones se realiza Relajación y se envía Tarea para casa que se recoge en la siguiente sesión.

La distribución de los contenidos se desarrolla en ciclos de cuatro semanas, un módulo por semana, a lo largo del curso escolar de octubre a junio. Se trabajan dos horas a la semana, en sesión única o repartida a lo largo de la semana. Los ejercicios van incrementando su dificultad progresivamente a lo largo del curso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros, S. Aprendizaje y memoria en la Vejez. UNED Ediciones. Madrid, 2002.
- Ballesteros, S. Gerontología, un saber multidisciplinar. Cap. 15, Mejora y mantenimiento de la memoria en los mayores, 545-594. Ed. Universitas SA, UNED, Madrid, 2004.
- Baltes, M.M., Willis, S.L., Plasticity and enhancement in intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment. En Craik FIM, Trehub S, Eds. Aging and cognitive processes. Plenum, New York, 1982.
- Fernández-Ballesteros R., Izal M., Montorio I., González JL., Díaz P, Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Ed. Martínez Roca, 75-108, Barcelona, 1992.
- Israel, L. Método de entrenamiento de memoria, Barcelona, Laboratorios Semar. 1992.
- Le Poncin, M. Gimnasia cerebral, Madrid, Temas de Hoy. 1992.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 1999. Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. Rev Española de Geriatria y Gerontología, 34 (4) 199-208.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 2001. Programa de Memoria, Madrid. Díaz de Santos.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 2003. Manual práctico de Evaluación y Entrenamiento de Memoria. Madrid. Díaz de Santos.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 1997. Manual de recomendaciones. Como mejorar la memoria
- Montenegro, M., Montejo, P, Reinoso, A.I., Montes, M.E., Claver, M.D 1998. La memoria en los mayores. Revista de Psicología. Enginy, 8: 129-15.
- Musso, M., Weiller, C., Kiebel, S., Muller, S.P, Bulau, P, Rijntjes, M. 1999. Training-induced brain plasticity in aphasia. Brain, 122, 9: 1781-1790.
- Stengel, F., Trzoska, M., Bourgeois, J.F. 1993. Entrenamiento de la memoria. Profilaxis de la pérdida de memoria. Mejora de la capacidad de memoria en personas de edad avanzada. En Meier-Ruge,W. Formación y entrenamiento en Geriatria. El paciente de edad avanzada en medicina general. Barcelona, Sandoz, 1993.
- Stigsdotter, A., Backman, L. 1989. Multifactorial memory training in old age: How to foster maintenance of improved performance. Gerontology, 35, 260-267.

## ■ ■ ■ Técnicas de estimulación cognitiva en personas sin demencia

---

- Verhaeghen, P, Marcoen, A., Goosens L., 1992. Improving memory performance in the aged through mnemonic training a metaanalytic study. *Psychology and Aging*, 7(2): 242-251.
- Weiller, C., Rijntjes, M.(1999). Learning, plasticity and recovery in the central nervous system. *Experimental Brain Research*, . 128 (1-2): 134-138.
- Wilson, B. 1989. Models of cognitive rehabilitation. En Eames, P, Wood, R. Eds., *Models of Brain Rehabilitation* London. Chapman & Hall.



# El Ocio Terapéutico

D. QUICO MAÑÓS DE BALAZÓ  
ÁREA DE MAYORES. COORDINADOR PROYECTOS SOCIALES  
FUNDACIÓN PERE TRES

La **animación estimulativa** (AE) no se desmarca del concepto de animación socio-cultural. De hecho, la animación es per se estimulativa. En esta línea se enfatiza el concepto de estimulación para darle relevancia frente al concepto de animación únicamente como distracción, como tradicionalmente se ha entendido en estos ámbitos.

La animación **estimulativa** debe ser entendida **desde dos perspectivas**:

- a) **Como una filosofía** que se inserte en un proyecto educativo o de intervención, trabajando desde el equipo interdisciplinar; por tanto, como una manera de hacer que implique a todos los profesionales
- b) Como un **conjunto de técnicas y actividades** que se realizan en relación a unos usuarios con la finalidad de potenciar procesos de normalización de las actividades en su vida cotidiana, de provocar el desarrollo de las capacidades que todavía mantiene así como de potenciar la creatividad, la libertad de decisión de la persona.

La AE se basa en la participación del usuario que tendría **que participar en la toma de decisiones** que tienen incidencia en su propio proceso. Decide voluntariamente cómo gestiona su tiempo, en qué lo utiliza, qué sentido relacional le da. Incide en la socialización e integración social de la persona. La AE es complementaria a otras intervenciones de carácter más asistencial y tecnocrático. Rehabilitación y animación no son la misma tarea pero la una sin la otra no aportan una intervención global de la persona.

La AE pretende dar continuidad y sentido relacional a la rehabilitación, por tanto potenciar las dinámicas y la filosofía de la intervención que permitan el hecho de globalizar la propuesta de intervención socioeducativa.

**Animación Sociocultural**

- Participación en procesos colectivos
- Participación voluntaria en actividades
- Participación desde los propios valores y significados
- Participación e integración social a partir de las decisiones de la persona
- Participación que implica, responsabiliza, que compromete al usuario en relación con el entorno

**Animación Estimulativa**

- No pretende rehabilitar
- Intenta dar sentido relacional a la rehabilitación
- Pretende dar continuidad y utilidad a los procesos rehabilitadores
- Potencia la relación con el entorno desde las capacidades reales de la persona
- Rehabilitación (Fisioterapia - Logopedia - Terapia Ocupacional)

**Estrategias de la animación estimulativa**

Las estrategias de animación estimulativa son importantes para potenciar procesos de autoayuda en la persona.

Animación que debe proporcionar a la persona atendida la capacidad de relación y conexión con el entorno (dominio del entorno) además de potenciar los procesos de interacción con otras personas (ya sea la familia, el educador o la gente del propio barrio).

Estimulativa porque utiliza los estímulos propios del entorno más cercano al usuario, así como de las capacidades propias de la persona para poder vencer, prevenir y/o adaptarse a las situaciones creadas por la situación discapacitante y que, obviamente, limitan su autonomía.

La animación estimulativa deberá ser entendida como el conjunto de técnicas que se realizan en relación a unos usuarios, con la finalidad de potenciar procesos de normalización de las actividades de vida diaria, de provocar el desarrollo de las capacidades conservadas, así como de potenciar la creatividad y la libertad de decisión de la persona que recibe nuestra intervención.

La animación estimulativa no podrá ser una realidad si no es entendida como una intervención globalizada, desde el trabajo en equipo interdisciplinar respondiendo a un proyecto de vida individual y personalizado para cada usuario.

La AE debe tener en cuenta los aspectos más significativos de cada usuario (hábitos, hechos referenciales, reminiscencias, historias de vida...). Solamente a partir de la valoración de los intereses propios de cada individuo, de las propias capacidades reales, de los significados personales, podremos potenciar procesos de relación entre la persona y su entorno. Este entorno debe ser potenciado como estímulo.

Se debe pasar de una intervención de suplencia, de entretenimiento, de asistencia pura a una intervención que potencie procesos de autonomía. Pasar de las dinámicas que generan dependencia a las que potencian procesos de desarrollo personal. Debemos buscar los estímulos dentro de cada persona y en el entorno que la rodea. De no ser así, necesitaríamos constantemente recursos externos que, a menudo, estarían vacíos, inútiles, si no parten del propio interés de la persona atendida.

La animación estimulativa da sentido a los procesos de desarrollo mejorando aspectos de autonomía y de autoestima en la persona. Solamente podemos potenciar estos procesos si provocamos la existencia de espacios en los que el usuario pueda decidir, en los que pueda participar en los aspectos de la intervención asistencial que lo implican, espacios en los que el usuario pueda optar por sí mismo. Éste será el mejor estímulo.

La dinámica de trabajo viene determinada por unas tareas asistenciales básicas realizadas en un horario rígido, a veces rutinario, que puede provocar que sea más importante la tarea que la persona que recibe la intervención.

### Ejemplo

El hecho de levantar a una persona por la mañana (en una residencia de personas mayores, de disminuidos, etc.) puede ser afrontado de diversas maneras. Si lo más importante es la dinámica de trabajo es posible que entremos de manera poco esmerada, sin cuidar los detalles de educación, abriendo la luz, gritando a la persona para que se levante, es posible que automaticemos nuestra secuencia de tareas a realizar, que las hagamos deprisa ya que en seguida tenemos que estar en la otra habitación para levantar a otra persona, después las tenemos que vestir, lavar y llevarlas al comedor, para después hacer las camas, etc... Si lo más importante es el hecho de tener en cuenta a la persona es posible que cuidemos los detalles de entrar con cierta cautela, llamando a la puerta, acercándonos tranquilamente para potenciar que la persona tenga un despertar agradable. Asimismo, el proceso de levantarse hasta ir a desayunar es a veces similar al de una cadena de producción. Levantar-lavar-vestir-llevar al comedor podría ser equiparable a coger una botella de refresco – pasarla por la máquina de lavado -vestirla con una etiqueta nueva y limpia y ponerla en la caja para ser distribuida. Se debe, pues, pensar en la intervención desde la persona, teniendo en cuenta a la persona a la que estamos atendiendo.

Debemos evitar la intervención que nos lleva a considerar (no mentalmente, sino de hecho) que el usuario es un “objeto” más de nuestra intervención. Este hecho comporta el peligro de pasar de atender a personas, con un nombre propio, a atender casos, con un número de expediente, con una situación concreta. Este sistema comporta la anulación de la personalidad, la anulación de la capacidad de decidir lo que tengo que hacer, cuándo lo tengo que hacer, cómo lo tengo que hacer. El reto es el de combatir este sistema que tiende a la anulación del usuario, por muchas atenciones asistenciales que reciba, para dar paso a una intervención que potencie la decisión de la persona atendida para poder favorecer procesos de auto-autonomía mejorando así su autoestima.

Las actitudes del educador son importantísimas en los procesos de estimulación. El usuario es una persona que tiene su escala de valores, su historia personal, sus costumbres, sus realidades, sus “batallitas”, su carácter, sus sentimientos, sus problemas, sus motivaciones. Todas estas sensaciones deben ser tratadas con respeto, que sería la actitud principal a desarrollar.

Otro aspecto importante es la comunicación, la interacción que toda relación conlleva. En este sentido debemos cuidar la comunicación no verbal (como miramos, los gestos que utilizamos, el tono de voz, las posturas que tenemos ante los usuarios, el uso que hacemos de las caricias) sin olvidar la comunicación verbal que utilizamos continuamente. Nuestra relación debe perseguir la autenticidad. Sólo con autenticidad podremos potenciar procesos interactivos de cambio conductual. La autenticidad y la coherencia en la relación provocará que la persona mayor crea en su proceso.

La animación estimulativa pretende potenciar procesos de desarrollo personal (proyectos de vida) a partir de las capacidades reales y de los significados personales de cada individuo. Asimismo, la dinamización estimulativa debería dar continuidad y sentido racional a los procesos de rehabilitación y asistencia de los que pueda disfrutar la persona, partiendo de los estímulos que nos ofrece el entorno.

Otra finalidad de la AE es la de potenciar los procesos de readaptación a las situaciones de pérdida, para poder orientar la tarea estimulativa hacia actividades que potencien el mantenimiento de la autonomía personal.

Si partimos de los aspectos significativos y referenciales de cada individuo, así como de los objetivos, prioridades, estrategias y responsabilidades definidas para cada usuario en el proyecto de vida, le podremos proponer dinámicas de estimulación a partir del propio proyecto de progreso personal. Las dinámicas que proponemos deben partir no sólo de la individualización, sino también de la personalización de la intervención.

### Ejes básicos de la animación estimulativa

Los ejes básicos de la AE son persona, entorno, participación e interacción. Es sobre ellos que se construye la intervención. En la intervención debemos priorizar a la persona ante la situación.

- **La persona**

¿Qué entendemos por persona? Podemos conceptualizar a la persona en diversos aspectos. La persona física, entendida como todo ser humano, es individual y única, sea o no reconocida como persona jurídica (sujeto de derecho). La persona es capaz de trascender la realidad bio-psico-social para disfrutar de autonomía propia y realizarse en la relación interpersonal, decidiendo por ella misma su propio destino, hecho que le confiere el aspecto de persona moral. La persona, al nacer, tiene la necesidad de relacionarse y, a lo largo de la vida, tiende al encuentro con los demás, hecho que conlleva la dimensión de persona social.

Como profesionales de la intervención deberíamos valorar al usuario en todas sus dimensiones. La persona afectada de disminución vive unas situaciones concretas, específicas y por tanto, observables y evaluables.

Pero, ¿qué se debe observar? La observación que nos debe permitir valorar el afrontamiento del usuario ante las Actividades de Vida Diaria (AVD) (alimentación, capacidad de vestirse, lavarse, ducharse, incontinencia, sueño...), la movilidad, las funciones cognitivas (lenguaje, comprensión, orientación en el tiempo y en el espacio, memoria, percepción, atención...), los sentidos (visión y audición) y la relación social.

La observación de todos estos aspectos situacionales nos permitirá definir unas necesidades específicas prevalentes y objetivables. Asimismo, esta observación no recoge el componente significativo de la persona. Debemos plantearnos que la persona tiene, además de una situación física y de salud concretas y de una situación económica y familiar, un entorno vivencial concreto, una cultura que la determina, pero, aún más importante que esto, tiene unos significados personales propios, únicos, que la hacen única, individual e irrepetible. Estos significados personales son el gran tesoro personal que tiene cada individuo. Sólo si intervenimos teniendo en cuenta estos significados personales podremos intervenir de una manera eficaz. El trabajo que podemos hacer hacia los sentimientos y motivaciones personales de los usuarios serán más efectivos en el proceso educativo que las tareas puramente asistenciales y de suplencia.

- **Significados**

Nuestra vida cotidiana está llena de significados, de cosas, de personas, de hechos, de sensaciones que tienen para nosotros un significado específico. Por ejemplo: intenta recordar qué hiciste el día 17 de octubre de 1986 (1 minuto). Ahora piensa si recuerdas el día en que te casaste o cualquier día importante en tu vida. Ej: cómo conociste a tu pareja, el primer día de trabajo, el nacimiento del primer hijo, el día que hiciste los votos, ...

Seguro que recordamos más aquello que para nosotros significa más. El día 17 de octubre del año 1986 Barcelona fue declarada ciudad olímpica (no he propuesto esta fecha en vano) tal vez alguien lo ha recordado.

Otro ejemplo sería el uso de los significados personales en los medios de comunicación: si recordamos el anuncio del jabón “Heno de Pravia el aroma de tu hogar”, y analizamos lo que dice podemos pensar que todas las casas deben tener el mismo olor (olor Heno de Pravia), de hecho el anunciante juega con los significados del recuerdo del propio hogar de los que ven el anuncio con la intencionalidad de que la persona compre el producto. Los programas de TV3 “Te acuerdas” y “Los días que cambiaron nuestra vida” son ejemplos claros de programas televisivos que piensan en la estimulación de los significados colectivos. Otros programas del ideario colectivo como el Nodo , o canciones de Nat King Cole podrían ser ejemplos de significación emotiva personal. En la vida más cotidiana guardamos lo más significativo en álbumes de fotos, en armarios o en cajones y, de vez en cuando, buscamos aquel estímulo, aquel objeto, aquel detalle que nos da significado.

La persona que atenderemos, además de los problemas de salud, económicos y de relación social (ésta es la información que tenemos de ella en los expedientes), tiene capacidades. Forma parte de un sistema interactivo. La comunicación presupone que toda persona es capaz de percibir, si no percibiéramos no tendríamos ningún tipo de información y por tanto no seríamos capaces de procesar ni de producir mensajes, ya sean verbales o conductuales.

En la vida cotidiana ocurren muchas cosas que nos afectan. De hecho, **hay tres ejes** que condicionan el desarrollo del ser humano. El ser sería el hecho de ver y vivir la realidad objetiva, las cosas son y son inamovibles, no se pueden cambiar. La realidad es una y sólo es aquella. **La percepción pasa por el eje del conocimiento.** Cada persona estructura los hechos reales de una manera posible y racional, razonadamente atribuye la realidad a la experiencia personal subjetiva. La percepción es un proceso subjetivo de asimilación de las realidades. De hecho se dice que es un mecanismo que depende en un 75% de los procesos mentales del individuo.

### Actividad

#### Dinámica de la percepción

Observa durante cinco minutos la calle desde una ventana y apunta en un papel lo que vas observando. Lee después lo que has observado y analiza con qué criterio has hecho la observación. Entenderemos por criterios de observación, aquellos aspectos que han condicionado previamente nuestra percepción. Podemos observar: contando las personas que pasan por la calle (criterio cuantitativo); explicando los hechos que han ocurrido en forma de listado o sumario (criterio objetivo); fijándonos en el estado de ánimo que expresan los personajes (cualitativo-subjetivo); situando primero cuál es nuestra posición (criterio situacional);

Envía los resultados de la observación al tutor.

Si es posible hazlo con otra persona, una al lado de la otra, sin decir nada observad durante cinco minutos y haced la lista. Acabada esta fase comparad las listas de cosas observadas. Analizad y comparad los criterios de observación personal sobre una misma realidad.

Lo que se percibe genera en la persona la capacidad de sentir. El sentir es la primera reacción ante cualquier estímulo.

El sentimiento nos conduce al razonamiento, a pensar, a reflexionar sobre lo que nos conviene, o lo que creemos que debería ser, o lo que querríamos que fuera. Pensar es otra de las capacidades que tenemos y es también un canal por donde pasa la vida.

El sentimiento, que incide en el componente emocional y el pensamiento que nos permite decidir, optar, tender a hacer, aproximarnos... no tiene ninguna fuerza sin la motivación. De hecho, la motivación es el motor que empuja la capacidad de actuar de la persona. Yo puedo sentirme muy mal y pensar que para cambiar la situación tengo que hacer algo, pero si no estoy motivado, es posible que no haga nada por cambiar una situación que considero no adecuada. De hecho, tendemos a dar valor a lo que percibimos, a lo que vemos y que nos conduce a la interpretación (a veces equivocada) de los primeros indicios, a la vez que valoramos lo que las personas hacen y dicen. Obviamos el sentimiento, el pensamiento y las motivaciones personales en la acción percibida.

Hay que redescubrir las capacidades de sentir, pensar y tener motivaciones. Tal vez fijándonos en estos canales vivenciales descubriremos los potenciales personales de las personas discapacitadas ya sean mayores, física o mentalmente afectadas. Habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes, necesidades, deseos, etc. conforman un mundo

único, un universo personal que debe ser tenido en cuenta al plantear la intervención.

- **El entorno**

Otro de los ejes básicos citados anteriormente es el entorno. Entendemos por entorno el espacio en el que vive la persona. Este espacio puede ser entendido desde ópticas diversas. Primeramente, está claro que la persona vive, mayoritariamente, en su domicilio, que está en una casa de vecinos, que es la suya y es donde viven sus vecinos. Esta casa está situada en una calle, su calle. Tal vez va a comprar al mercado, el de su barrio, donde se encuentra con la carnicera, con el marido de la pescadera, con el Sr. Ramón que le vende pollos; son sus amistades, sus vecinos.

Del análisis del entorno se desprenden muchas informaciones. Primeramente vemos un entorno físico donde la persona desarrolla una serie de actividades concretas, cotidianas, a veces rutinarias, pero que son sus actividades. Estos espacios descritos (domicilio, calle, barrio) son los entornos vivenciales donde la persona desarrolla su vida cotidiana. Se deben pensar estrategias, técnicas, actividades que potencien el dominio de dichos entornos por parte del usuario. Cada espacio de los descritos tiene una gran cantidad de estímulos que pueden ser relevantes para la persona atendida. Hay que pensar en el entorno como una fuente de estímulos que nos permite plantear la dinamización a partir del uso estimulativo de los espacios vivenciales del individuo. El uso estimulativo del entorno es esencial.

- **El entorno físico**

La importancia del entorno físico y de su dominio es evidente. Sólo hay que observar los siguientes ejemplos. Las residencias de personas mayores a menudo están planteadas como centros cerrados, en los que la persona mayor no necesite salir fuera. Todos los servicios los tiene en el centro ya que tiene asistencia médica, peluquería, podología, etc. Incluso hay algunos centros que en la visita de acogida dicen “aquí tienen de todo, no hace falta que salgan para nada”. Tal vez estemos marginando, separando, creando un entorno que no genera expectativas de participación social. La Residencia de mayores disminuidos físicos Amilcar del Instituto Municipal de Disminuidos de Barcelona, genera una dinámica en la cual los usuarios del recurso deben utilizar necesariamente los recursos de la red comunitaria. Es bastante diferente encontrar una residencia que está a tres kilómetros de una población que una que está dentro de un barrio. Los estímulos del entorno son mucho más ricos cuanto más integrados pueden sentirse sus usuarios. Por otro lado, encontraríamos que el entorno del propio centro puede ser usado de manera estimulativa. Imaginemos una persona que a partir de hoy vivirá en el centro. Si las actividades que le proponemos tienen en cuenta el hecho de hacerle presente el entorno para que lo pueda reconocer habremos intervenido de una forma más efectiva que si hubiéramos planteado actividades de

pura distracción que no tuvieran en cuenta el entorno. Aún una anécdota más sobre el entorno y su uso estimulativo. En la unidad de demencias de la Clínica de Salud Mental de Santa Coloma de Gramenet de la Diputación de Barcelona, cambiaron los grifos “monomando” por grifos antiguos con el criterio de que las personas mayores no sabían utilizar los monomandos y sí las otras. El entorno posibilita el desarrollo personal. Debemos, pues, plantearnos la intervención desde el entorno.

Por otro lado estos entornos son espacios de relación interpersonal, de interacción, de comunicación. Los entornos relacionales son básicos en la conformación de la persona social.

En la intervención confluyen diversas realidades de relación que rodean a la persona atendida. El usuario interacciona con la familia, con los vecinos y con los profesionales y, de alguna manera, también tiene una interacción con la sociedad, percibe la sociedad fuera de los ámbitos más cercanos y se hace una idea de ellos. Precisamente la **interacción** de la persona con la **familia** y con el educador es la que conforma la **red básica de relaciones** de la persona atendida. Más aún, no podemos obviar la relación entre el profesional y la familia, en la que el usuario no participa, pero en la que a menudo es el usuario principal. Si no hay familia, los vecinos suelen ser la red primaria de relación con la persona. El profesional debe tener en cuenta estos espacios de relación para fomentar la interacción positiva entre el usuario, la familia y el equipo. De hecho, el profesional debe saber leer las dinámicas relacionales existentes en cada entorno, adaptarse según las necesidades de la persona, potenciando el uso estimulativo de las capacidades personales y de los entornos vivenciales que configuran el mundo personal. Debemos trabajar desde las potencialidades que nos permite cada entorno.

*El entorno familiar (la familia es uno de los agentes más importantes en el cuidado de las personas afectadas por trastornos a nivel de discapacidad) es de los más importantes en el desarrollo personal, a la vez que es el que se ve afectado en un primer momento. La familia, por la poca distancia afectiva, a menudo es demasiado subjetiva en las percepciones que tiene de la situación. A menudo se dan casos de claudicación. Por otro lado, la familia no está considerada como un agente capaz de intervenir. Nos tendríamos que cuestionar qué potencialidades, capacidades, ... puede aportar la familia. Además, los centros deberían plantearse qué rol podría tener el núcleo familiar en la intervención con la persona. En ningún caso el profesional podrá proponer la intervención desde sus necesidades o desde su óptica a partir de estrategias que provocan que sea el usuario el que se tenga que adaptar a la dinámica del profesional.*

Debemos tener claro que la intervención se realiza desde el usuario, para el usuario y teniendo en cuenta al usuario, si no es así, la intervención pierde toda eficacia.



# Alternativas de ocio

saludable en los programas de atención a los mayores

ELENA JIMÉNEZ SUAREZ.

CENTRO DE SERV. SOCIALES "TERESA DE CALCUTA".

JUNTA MUNICIPAL DE BARAJAS (MADRID).

## **OCIO Y TIEMPO LIBRE**

El concepto de tiempo libre como espacio para la realización de actividades de ocio tiene cada vez mayor relevancia en nuestra sociedad. El ocio no es un fenómeno que aparece en nuestros días sino que ya tuvo su importancia en la antigüedad. Ya en el mundo griego, el ocio constituía una de las tres metas de la vida humana junto con la filosofía y la felicidad. Era en sí mismo un fin, no un camino para alcanzar las otras metas.

En nuestra sociedad actual cada vez está más extendida la llamada "cultura del ocio"; las alternativas de ocio son hoy objeto de consumo.

En relación a las personas mayores, la disponibilidad de tiempo libre junto con la idea de que la jubilación no tiene por que ser inactividad, impulsa el desarrollo de iniciativas para llenar de contenido su tiempo libre. Estas iniciativas pueden ser exclusivamente lúdicas o tener una finalidad terapéutica.

Desde la perspectiva de la gerontología psicosocial, el ocio aparece relacionado básicamente con el bienestar físico y psíquico, así como con los índices de satisfacción y de calidad de vida.

La idea de ocio como antítesis del trabajo, no es válida en el mundo de la gerontología, en el que la realización de talleres, gimnasia, cursos de memoria, etc. está estrechamente relacionada con la prevención de situaciones de dependencia de toda índole, tanto física como psíquica.

Se ha comprobado que la práctica de ocio beneficia la propia salud ya que hace que la persona mayor tenga una imagen más positiva de sí misma. De hecho, algunos estudios han corroborado la relación entre longevidad y mantenimiento de actividades relacionadas con el ejercicio físico.

Así pues, desde este punto de vista, el ocio en las personas mayores debería ser un recurso para prevenir situaciones de deterioro a la vez que mantener la autonomía personal y una imagen más positiva de si mismas.

### **LA ANIMACIÓN SOCIO CULTURAL**

Cuando hablamos de la planificación de actividades para las personas mayores, surge la figura del animador/a socio cultural, como un elemento fundamental.

La animación tal como hoy la conocemos surgió en Francia en los años sesenta. Fue a partir de la década de los setenta cuando se introdujo en nuestro país y a partir de los ochenta cuando experimentó un crecimiento tanto desde el punto de vista del número de actuaciones como desde la calidad de las mismas.

En esos primeros años la Animación es un concepto casi exclusivamente lúdico. El animador/a se limitaba a la programación de excursiones, bailes y talleres . Aún, hoy en día, son muchas las personas que siguen teniendo esa imagen de este/a profesional. Pero el concepto de la animación ha evolucionado, al mismo tiempo que la imagen que tenemos de nuestros mayores. Las personas mayores tienen otras aspiraciones y deseos para esta etapa de sus vidas más amplias que pasar exclusivamente las tardes jugando a las cartas.

En la actualidad entendemos la animación como un proceso de acompañamiento de la persona centrado sobre sus deseos, e intereses. El animador/a trabaja con las personas mayores en ámbitos distintos:

el paso brutal y brusco del mundo del trabajo a la jubilación, el deterioro físico y psíquico, el duelo ante el fallecimiento de un ser querido, y otras múltiples situaciones, en coordinación con otros profesionales (trabajadores/as sociales, Psicólogo/a, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc.).

Este trabajo se lleva a cabo a través de la programación de actividades adecuadas y del conocimiento (colectivo, personal) de los mayores, objeto de su intervención. No hay que olvidar que por mucho que se insista en el error de identificar la vejez como sinónimo de enfermedad, pobreza y dependencia, no es menos cierto que tales casos existen y en consecuencia el abordaje que deben recibir estas situaciones debe ser diferente del que se realizaría con aquellos/as mayores que tienen buena salud y condiciones económicas y sociales favorables.

### **EL CENTRO DE MAYORES**

Los clubs de mayores se entendieron como centros donde las personas mayores se encontraban con sus iguales y donde “mataban el tiempo” con juegos de mesa

como actividad principal. Estos centros contaban con servicios como peluquería, podología y cafetería, y se llevaban a cabo talleres de manualidades y gimnasia principalmente, además de la organización de viajes.

Este modelo de centro responde a una concepción de la Tercera Edad como la etapa del merecido descanso en la que deben realizarse las actividades recreativas que no han podido disfrutarse durante la vida profesional. Es un modelo que reduce a la persona mayor a un consumidor de servicios.

La población mayor hoy en día ha evolucionado, sanitariamente se goza de mejor salud y la esperanza de vida cada vez alcanza una edad más avanzada. Económicamente se ha dado un avance en las pensiones en comparación a hace algunas décadas. Culturalmente nuestros/as mayores poseen un mayor nivel de instrucción y una inquietud por las nuevas tecnologías. Todo esto nos lleva a una visión más amplia de estas nuevas generaciones de mayores que reivindican otros modos de vida en la jubilación.

En lugar de buscar exclusivamente actividades de ocio, se buscan actividades de interés social donde la persona mayor pueda expresar sus capacidades y posibilidades de contribuir con su experiencia, aprender nuevos conocimientos, apoyar a los demás, en definitiva sentirse mejor consigo mismo/a.

Para dar cabida a todas estas expectativas las estructuras de los Centros también tienen que cambiar. Normalmente se cuenta con pocas salas para dedicarlas a actividades de grupo o taller, teniendo que coexistir forzosamente diversos modelos de ocio.

El modelo de Centro debería transformarse en un centro abierto a la Comunidad que contara con salas polivalentes que hagan las veces de salas de reuniones, conferencias; donde se pueda realizar talleres y actividades grupales.

Este modelo de Centro existe, pero habría que avanzar para que fueran todos así y crear espacios donde puedan coexistir mayores que desean realizar juegos de mesa, así como compañeros que deseen participar en otro tipo de actividades.

En el Distrito de Barajas contamos con un Centro Integrado donde coexiste un Centro de Mayores, Centro de Día, Centro de Servicios Sociales y Centro Cultural. Lógicamente la gestión de este modelo de Centro plantea múltiples problemas “domésticos”: falta de espacio, desperfectos de instrumentos por la utilización de muchas personas, problemas de convivencia intergeneracional, pero también aporta muchos beneficios. Es un modelo de Centro mucho más normalizado, pues los mayores no conviven exclusivamente con personas de su misma generación, sino que existe un intercambio

de personas: jóvenes que acuden a la sala de estudio, mujeres que participan en actividades del Centro Cultural, mayores usuarios del Centro de Día, personas que vienen a ver las exposiciones de pintura, etc.

Las salas del Centro de Mayores y Centro de Día son utilizadas por grupos de jóvenes, mujeres, grupos del Centro de Servicios Sociales, produciéndose un intercambio intergeneracional que contribuye a que el Centro esté en constante movimiento de personas y actividades.

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DEL DISTRITO DE BARAJAS**

### **A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MAYORES DEL DISTRITO**

La población mayor del distrito (pese a ser proporcionalmente la más baja del municipio) presenta características muy heterogéneas.

Junto a personas mayores con un alto nivel de autonomía personal y económica se encuentran mayores sobrevejecidos (mayores de 75 años) que residen solos o al cuidado de sus familias y con un nivel de autonomía personal muy reducida.

Este último caso es especialmente significativo en el Casco HISTÓRICO de Barajas donde junto con una mayoría de mayores que viven de forma autónoma en su propio domicilio, encontramos también un numeroso grupo de personas muy mayores con un índice de dependencia acusado y que viven solos en su domicilio con apoyos puntuales de sus familias.

En el barrio de la Alameda de Osuna, la mayoría de estos mayores sobrevejecidos y con diversos grados de dependencia conviven con familiares (hijos/as) recibiendo cuidado por parte de estos.

### **MAYORES DE 65 AÑOS**

DISTRITO: 3.957  
HOMBRES: 1.713  
MUJERES: 2.244

#### BARRIOS

|                | <b>A. OSUNA</b> | <b>Bº AEROPUERTO</b> | <b>Cº HISTÓRICO</b> |
|----------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| <b>HOMBRES</b> | <b>627</b>      | <b>125</b>           | <b>871</b>          |
| <b>MUJERES</b> | <b>819</b>      | <b>187</b>           | <b>1.238.-</b>      |
| <b>TOTAL</b>   | <b>1.446.-</b>  | <b>312</b>           | <b>2.109.-</b>      |

### MAYORES DE 75 AÑOS

DISTRITO: 1.608

HOMBRES: 586

MUJERES: 1.022

#### BARRIOS

|         | A. OSUNA | Bº AEROPUERTO | Cº HISTÓRICO |
|---------|----------|---------------|--------------|
| HOMBRES | 198      | 36            | 352          |
| MUJERES | 421      | 69            | 532          |
| TOTAL   | 619      | 105           | 884          |

### TASA DE VEJEZ

DISTRITO: 10,9%

MADRID: 19,6%

$\frac{\text{Población} > 75 \text{ años} \times 100}{\text{Población} > 65 \text{ años}}$

|       | A. OSUNA | Bº AEROPUERTO | Cº HISTÓRICO |
|-------|----------|---------------|--------------|
| TOTAL | 7,6%     | 16,6%         | 14,1%        |

### TASA DE SOBRE ENVEJECIMIENTO

DISTRITO: 40,6%

MADRID: 42,2%

$\frac{\text{Población} > 75 \text{ años} \times 100}{\text{Población} > 65 \text{ años}}$

|       | A. OSUNA | Bº AEROPUERTO | Cº HISTÓRICO |
|-------|----------|---------------|--------------|
| TOTAL | 42,8%    | 33,6%         | 41,9%        |

### ÍNDICE DE DEPENDENCIA

DISTRITO: 31,1%

MADRID: 46,2%

$\frac{\text{Población de 0 a 14 años} + \text{Población} > 65 \text{ años}}{\text{Población de 15 a 64 años}}$

|       | A. OSUNA | Bº AEROPUERTO | Cº HISTÓRICO |
|-------|----------|---------------|--------------|
| TOTAL | 23,9%    | 43,5%         | 38,8%        |

### ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO

DISTRITO: 0,8%

MADRID: 1,6%

$\frac{\text{Población} > 65 \text{ años}}{\text{Población de 0 a 14 años}}$

|       | A. OSUNA | Bº AEROPUERTO | Cº HISTÓRICO |
|-------|----------|---------------|--------------|
| TOTAL | 0,6%     | 0,8%          | 1,02%        |

Entre las dos situaciones extremas de los mayores con problemas de dependencia y los que gozan de una situación socioeconómica desahogada, hay muchas personas mayores que viven solos o en pareja y en algunas ocasiones con hijos/as no independizados en su propio domicilio y que gozan de un buen nivel de autonomía personal y una situación socioeconómica estable, muy orientados hacia las actividades de ocio y tiempo libre.

Podemos distinguir varios grupos con características comunes dentro de lo heterogéneo del colectivo de los mayores del distrito:

- Un grupo cuya experiencia personal está fundamentalmente ligada a lo rural, con bajos recursos personales, muy envejecido y que se localiza fundamentalmente en el Casco Histórico.
- Mayores que han emigrado de sus lugares de origen y que han trabajado en Madrid en fábricas, construcción o en el Aeropuerto y que participan en muchas de las características de grupo anterior. Se localizan en su mayoría en los centros del Casco Histórico y Bº del Aeropuerto.

- Mayores urbanos de nivel socioeconómico medio o medio-alto con intereses específicos centrados en lo formativo, lo cultural y en el ámbito de la participación localizados sobre todo en el barrio de la Alameda de Osuna.

Todos estos estratos dentro de un mismo colectivo aparentemente homogéneo, desarrollan un tipo de demandas específicas que deben ser atendidas y que son determinantes en el desarrollo de la intervención con los mayores del distrito.

## **Centros Municipales de Mayores**

### **1. Centro Casco Histórico:**

Situado en la Pza. del Mercurio en los bajos de la Junta Municipal de Barajas

Tiene 2572 socios . Se compone de una sala de juegos con una puerta que permite dividirla en dos, un despacho para la junta Directiva, cafetería y peluquería (para los socios de los tres centros del distrito).

### **2. Centro Alameda de Osuna:**

Situado en la Pza. del Navío dentro del C. I. Teresa de Calcuta.

Tiene 1872 socios. Se compone de: espacios comunes (compartidos en el caso de la cafetería con los usuarios de las actividades del Centro Cultural), Un despacho para la Junta Directiva, almacén, sala de lectura e informática, sala de usos múltiples (que se comparte con actividades de otros programas de la Unidad de Servicios Sociales), gimnasio y sala de manualidades (compartida con las actividades del C. Cultural), comedor (para los socios de los tres centros de Mayores) y servicio de podología (para los socios de los tres centros de Mayores).

### **3. Centro B° del Aeropuerto:**

Situado en la Calle Pradoluengo s/n.

Tiene 392 socios (Abril de 2003). Es un prefabricado que dispone de dos salas y un despacho para la Junta Directiva.

Todas las actividades del centro salvo los juegos de mesa y las fiestas se realizan en el C. I. Teresa de Calcuta, ante la imposibilidad de realizar actividades de grupo en un espacio reducido.

## **B) EL PROGRAMA DE MAYORES: OBJETIVOS E INTERVENCIONES**

### **Programación del Centro de Mayores**

El objetivo básico del programa de Mayores es ofrecer asistencia integral a los mayores del distrito y para ello no sólo es necesario intervenir con el propio colectivo; en muchos casos ofrecer una asistencia integral a las demandas y necesidades de la población mayor implica intervenir en todo aquello que constituye su entorno más inmediato (fundamentalmente las familias que se ocupan de ellos).

Para conseguirlo es necesario integrar también los recursos, prestaciones y los/as profesionales que están en contacto con los/as mayores y su entorno de bienestar.

Desde la Unidad de Servicios Sociales de la Junta Municipal de Barajas se ha tratado de organizar el programa de mayores partiendo de esas premisas, creando los instrumentos de coordinación entre los profesionales implicados dentro del Departamento (Jefatura de Departamento, Dirección del Centro, UTS, Psicólogo, Servicio de Animación socio cultural) y de otras entidades (Centros de Salud, ONG y Asociaciones) para conseguir el objetivo antes enunciado.

Ese trabajo no se realiza en un año, sino que es resultado de una labor continuada a lo largo de muchos años. El punto de partida era la existencia de unos centros de mayores, donde la programación se basaba en las excursiones, taller de manualidades, fiestas y bailes. El programa de mayores estaba aislado de la programación del Centro de Servicios Sociales, y apenas se contaba con la participación de los propios socios de los Centros.

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, se fue contando paulatinamente con la colaboración de las Juntas Directivas de los Centros, manteniendo con ellos una estrecha relación (se mantiene una reunión bimensual con las tres Juntas Directivas del distrito con la responsable del programa y el animador socio cultural), con el objetivo de programar conjuntamente las actividades del Centro y haciéndoles partícipes no sólo de la organización de excursiones y bailes, sino también de los talleres y de los grupos dirigidos por los trabajadores sociales.

Así mismo, se intenta integrar a otros profesionales y proyectos que se van desarrollando en el Centro de Servicios Sociales, como es por ejemplo a través de las actividades desarrolladas en la novena semana cultural de los centros de mayores del distrito, dedicada este año a la "Inter-Culturalidad en los Centros de Mayores", haciendo de éstos, espacios abiertos donde se reflejan los cambios que se están desarrollando en nuestra sociedad.

El trabajo del equipo de Servicios Sociales es transversal a todos los programas, incluido claro está el Programa de Mayores. La UTS de Primera Atención tiene en cuenta las actividades del Centro a la hora de atender a una persona mayor o familiar de ésta, así mismo desarrolla con el animador sociocultural un Proyecto de apoyo a cuidadores. La UTS de Zona trabaja en el programa de voluntariado conjuntamente con el programa de mayores, llevando así mismo un proyecto de mayores que viven solos en su domicilio o carecen de una red social, con el objetivo de poner en contacto personas en esa misma situación, desarrollando recursos personales para vivir con mayor bienestar personal.

En cuanto al Centro de Día (situado físicamente en el mismo edificio que el Centro de Mayores de la Alameda de Osuna), se trabaja la participación de sus usuarios en las actividades del Centro de Mayores, Bailes, Semana Cultural, Fiestas de Navidad, relajación, etc.) en coordinación con la responsable de la empresa que presta el servicio.

### **AREA DE COORDINACION Y PROGRAMACION**

Dentro del programa de Mayores, se trabajan casos individuales donde la problemática planteada por el Mayor no es solo social, sino también sanitaria. El abordaje de estos casos necesariamente ha de ser interdisciplinar y este se realiza a través de la Comisión Sociosanitaria del Distrito. Dicha Comisión esta integrada por profesionales del Centro de Servicios Sociales, Centro de Salud, Cáritas, Centro de Salud Mental y la empresa que gestiona el S.A.D y el Centro de Día del Distrito).

El Distrito de Barajas también ha intervenido en las “1ª Jornadas de Coordinación Sociosanitaria de Madrid”.

### **AREA DE INTERVENCION SOCIAL**

Dentro de esta área se incluyen los servicios encaminados a favorecer el mantenimiento de la persona mayor en su entorno. Estos servicios son:

- Servicio de Ayuda a domicilio (SAD)
- Centro de Día para Mayores
- Espacios de prevención y mantenimiento para Personas Mayores

### **AREA INFORMATIVA**

Difusión de las actividades del programa de mayores, prestaciones de los Servicios Sociales y en general toda información que pueda resultar útil o de interés al colectivo mediante carteles, folletos o entrevistas personales.

### AREA EDUCATIVA-FORMATIVA

- **Talleres de Manualidades:** Un taller en cada centro de Mayores del Distrito.
- **Cerámica:** Un taller en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta para todos los centros del distrito.
- **Gimnasia:** Cuatro grupos en el CMM Casco HISTÓRICO, tres en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta y uno en el C.M.M B° del Aeropuerto.
- **Tai-Chi:** Un grupo en el CMM Casco HISTÓRICO y otro en el CI Teresa de Calcuta.
- **Expresión Corporal:** Un grupo en el Centro Integrado Teresa de Calcuta para todos los socios del distrito.
- **Taller de Memoria:** todos los años se realiza en función de la demanda en los tres centros de Mayores del distrito dirigido por el Animador Sociocultural y el Psicólogo de apoyo de la Unidad de Servicios Sociales.
- **Taller de Relajación:** A raíz del éxito del grupo de relajación dirigido por una voluntaria en el Centro Integrado Teresa de Calcuta y para facilitar el acceso al recurso a los/as mayores interesados socios del CMM Casco HISTÓRICO que no se podían desplazar hasta allí, se crea un grupo de relajación dirigido por el Psicólogo de apoyo de la Unidad de Servicios Sociales.

### AREA DE PARTICIPACION Y VOLUNTARIADO

Fomentar la idea de solidaridad es uno de los objetivos preferentes del programa y una de las prioridades sociales del trabajo con los mayores del distrito.

Dentro del programa de mayores se vienen llevando a cabo una serie de actuaciones dirigidas a fomentar la participación de las personas mayores dentro de los propios centros, creando y apoyando grupos y talleres dirigidos por mayores destinados a los propios mayores del distrito.

Fruto de este trabajo y en coordinación con el programa de Voluntariado de la unidad de Servicios Sociales (que aporta a los/as voluntarios/as el seguimiento y las herramientas técnicas para llevar a cabo su labor) han surgido toda una serie de grupos y talleres.

- **Taller de Inglés:** Dirigido por una voluntaria socia del Centro de Mayores. Se realiza en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta.

- **Taller de Pintura:** Es un espacio abierto a mayores que están interesados en pintar y no disponen de un espacio donde poder hacerlo. Está coordinado por una socia miembro de la Junta Directiva del CMM Alameda de Osuna. Se realiza en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta.
- **Taller de Relajación:** Dirigido por una voluntaria en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta.
- **Taller de música clásica.**
- **Grupo de Informática:** En virtud del convenio entre la ONG “Mensajeros de la Paz” y el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía. Actualmente el grupo está formado por cuatro formadores voluntarios socios del centro de Mayores y coordinado por el presidente de la junta Directiva del CMM Alameda de Osuna. Se desarrolla en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta.
- **Coral Teresa de Calcuta:** Dirigida por una voluntaria del distrito.
- **Rondalla y Coro “Virgen de la Soledad”:** Dirigida por un voluntario socio del CMM Casco HISTÓRICO.
- **Juntas Directivas de los Centros de Mayores del Distrito:** Su labor es fundamental no solo como mediadores entre los/as técnicos del programa y los propios mayores, sino que su trabajo se entiende desde el programa de mayores como una labor voluntaria y por tanto sujeta a los mismos derechos y obligaciones que el resto de los/as voluntarios/as del distrito.

Se les ofrece formación continua para la realización de su tarea (habilidades sociales, técnicas de trabajo en equipo, resolución de conflictos, motivación...) y un espacio mensual de reunión con los/as técnicos del programa para programar y evaluar las actividades en curso o en preparación.

En la relación con el resto de los/as voluntarios/as su papel también se cuida mucho como puente entre estos y los socios participantes en las actividades y con los/as técnicos del programa.

- **Grupo de Acogida:** Se crea como consecuencia de la inauguración del CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta, que produjo una elevada demanda de carnets del centro de mayores Alameda de Osuna. En colaboración con la UTS de Primera Atención y la Junta Directiva del centro, se realizan una serie de reuniones periódicas con los nuevos socios con el objetivo de facilitarles la integración en el centro mediante una serie de “personas de referencia” a las que poder acudir para

solventar sus dudas y demandas (Animador Sociocultural y miembros de la Junta Directiva) a la vez se les muestran las instalaciones del centro y se les presentan las actividades que tienen lugar en él.

### **ÁREA LUDICA**

Se incluyen aquí las actividades que tienen que ver con el Ocio y Tiempo Libre. En estas actividades se fomenta el interés y el disfrute del patrimonio artístico, cultural y natural.

- **Visitas de medio día:** Museos, exposiciones y otras actividades culturales.
- **Excursiones de jornada completa:** A pueblos, ciudades y/o lugares de interés por su patrimonio artístico y/o natural.
- **Fiestas y Bailes:** Se realizan, organizados desde el programa de mayores con independencia de actividades similares organizadas por las Juntas Directivas de los Centros de Mayores del distrito, en Carnavales y Navidad.
- **Semana de Mayores:** Se entiende como un espacio de encuentro lúdico entre los socios de los diferentes centros del distrito, realizando una serie de actividades comunes.
- **Semana Cultural:** Espacio de encuentro entre los diferentes talleres y grupos de Mayores de los centros del distrito y de fuera de él y visibilizar de cara al resto de la comunidad las actividades de los centros mediante exposiciones, actuaciones etc.

### **AREA DE INTERVENCIÓN CON MAYORES DEPENDIENTES**

En la línea de trabajo antes enunciada de buscar una atención integral de las necesidades y demandas de los mayores del distrito, la atención a las situaciones de dependencia en todos sus aspectos es una de las principales prioridades sociales de trabajo. Es desde la experiencia del trabajo diario de intervención en las UTS de Zonas y la UTS de primera atención de donde han ido surgiendo las diferentes propuestas de intervención.

#### **Grupo de Apoyo a Cuidadores**

El peso de la atención a la población mayor recae fundamentalmente en las familias (el apoyo informal).

La incorporación de la mujer al mercado laboral, la atomización de las familias extensas en el territorio y el menor tamaño de las unidades familiares, unidas a la gran carga asistencial necesaria para la atención a las situaciones de dependencia y la insuficiencia de recursos sociales de apoyo han motivado lo que se conoce como la “crisis del apoyo informal”.

Asimismo los conflictos personales no resueltos, las relaciones familiares conflictivas o violentas, las enfermedades mentales, la falta de habilidades y recursos personales ante situaciones de crisis, las expectativas personales de autorrealización truncadas por el cuidado y el síndrome de “Burn Out” en cuidadores profesionales o la presencia del “Síndrome del Estrés de Cuidador” en cuidadores familiares van a contribuir a que se produzcan situaciones de conflicto.

Esta situación se venía observando desde la atención de los trabajadores sociales, tanto de zona como de primera atención en las demandas de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día, etc.

En las entrevistas, los familiares, nos reflejaban situaciones de angustia, soledad, culpabilidad y otros muchos sentimientos relacionados con el cuidado del mayor y nos demandaban la solución a sus problemas, que obviamente no solamente se resuelve con la prestación de un recurso.

En muchos casos, no se trataba tanto de tramitar la solicitud de un recurso como de descubrir, debajo de esa demanda, la vivencia de las dificultades emocionales y personales de la situación de cuidado.

A partir de esta situación se crea el “Grupo de Apoyo a Cuidadores”.

Este grupo se viene desarrollando desde hace cuatro años en el distrito con una evaluación muy positiva

El grupo se realiza anualmente en el CENTRO INTEGRADO Teresa de Calcuta con una duración de 12 sesiones semanales de una hora y media de duración. A las participantes se les entrega una carpeta de materiales desarrollada por los/as profesionales a cargo del proyecto (UTS de Primera Atención y Animador Sociocultural del Programa de Mayores).

A lo largo de la intervención grupal se trabajan con las asistentes todos los aspectos emocionales que se ponen en juego en la relación cuidador-cuidado (síntomas de estrés, autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos) y se fomentan en las participantes aquellas habilidades y recursos personales que las pueden ayudar a vivir de una forma más sana e integrada la relación consigo mismas y con la persona a la

que cuidan, facilitando la creación y desarrollo de estrategias alternativas a aquellas que les causan dificultades emocionales.

### **Grupo de Autoayuda Para Cuidadores**

El grupo nace de la demanda de continuidad de las personas que ya había pasado por el grupo de apoyo a cuidadores.

Se crea entonces un grupo orientado al soporte psico afectivo grupal (sentirse parte de un grupo de iguales, con igual problemática), que sirva a los/as participantes como espacio de “descarga emotiva” y de resolución de los conflictos y dificultades que les origina la situación de cuidado.

El objetivo final es que el grupo pueda funcionar sin la supervisión de los técnicos responsables del proyecto (UTS de Primera Atención y Animador Sociocultural del Programa de Mayores).

La dinámica de trabajo grupal supone el desarrollo de habilidades de escucha, aceptación y empatía en las participantes con el objetivo de crear habilidades y lazos que faciliten colaboración entre ellas para resolver los conflictos emocionales asociados a su situación como cuidadoras.

Se utilizan técnicas de resolución de conflictos como esquema de trabajo en cada sesión: una de las participantes expone una situación que la causa una dificultad, se define el problema y entre todas se aportan posibles soluciones.

Actualmente el grupo ha funcionado de forma muy dinámica y se han incorporado personas de otras ediciones del “Grupo de Apoyo Cuidadores” (requisito previo para participar en este, puesto que se entiende como una prolongación del proceso de desarrollo personal iniciado en él).

### **Grupo “En Contacto”**

(apoyo a mayores usuarios del servicio de ayuda a domicilio con baja frecuencia de contactos sociales):

Este grupo nace de la realidad constatada desde el trabajo social de zona de que la mayoría de los/as usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio son personas mayores con un grado moderado a severo de dependencia funcional.

La dependencia puede producir en las personas mayores un efecto de dependencia patológica: cuanto más dependientes se sienten del apoyo de otros (familia, insti-

tuciones), tienen menor confianza en sus propios recursos personales, desciende su nivel de autoestima y se muestran menos competentes para su autocuidado en los niveles físico y, sobre todo, emocional con el resultado de una mayor dependencia. Esta situación se alimenta a sí misma como un círculo vicioso y las impide desarrollar y aplicar sus recursos personales para vivir su situación con el mayor bienestar posible.

Como consecuencia, reducen cada vez más su movilidad y con ello sus contactos sociales (amigos/as, vecinos/as y familiares), pasando la mayor parte del tiempo en casa y en algunos casos con las únicas visitas de los trabajadores/as del S.A.D, trabajadores sociales y familiares (hijos e hijas) y rechazando otras opciones de intervención.

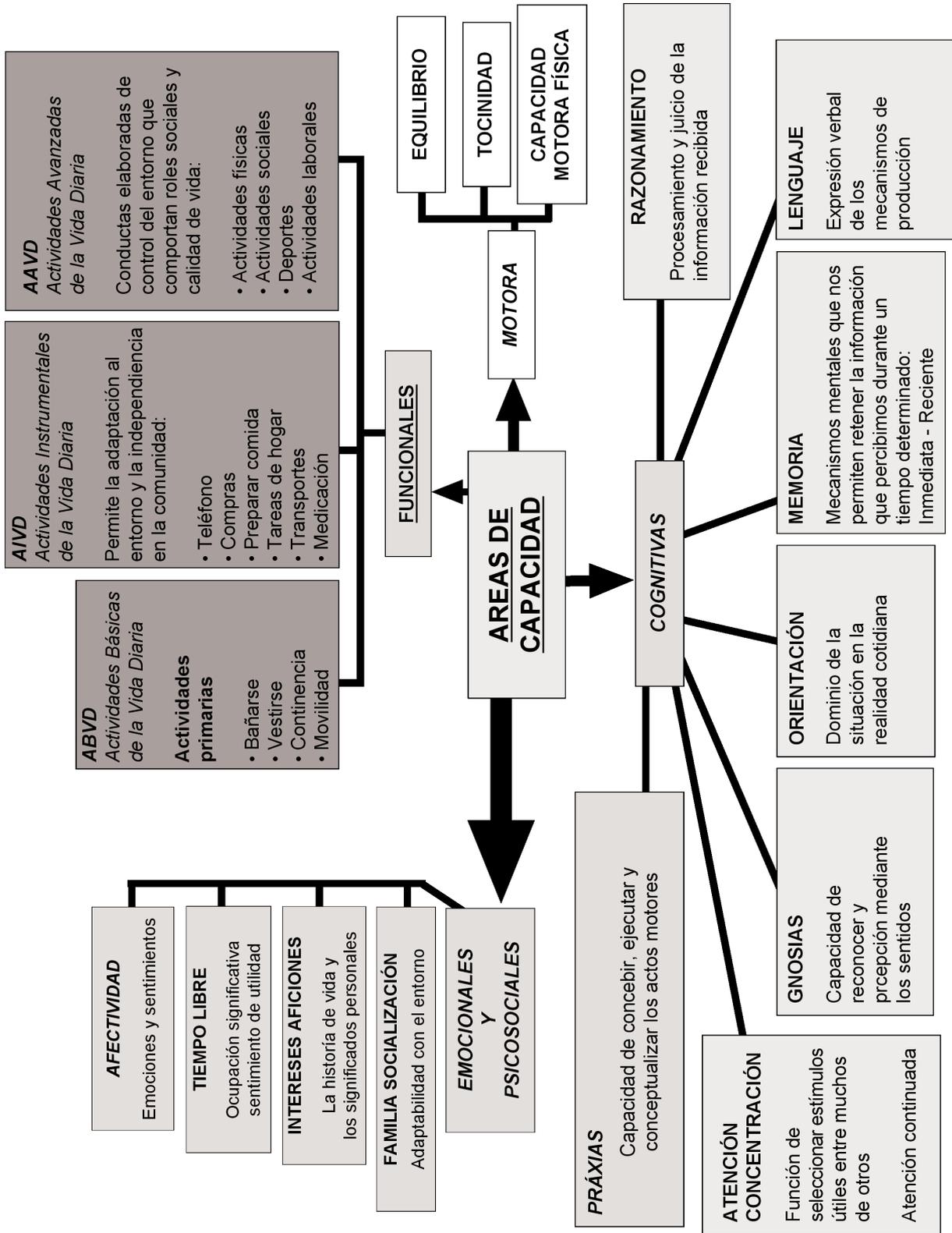
Su estado de ánimo suele ser depresivo, manifestando un discurso obsesivo en torno a sus enfermedades y a lo que han perdido (autonomía, pareja, actividades); constantes demandas de atención y sentimientos de soledad.

Nuestra actuación estará dirigida a ofrecer a estas personas un espacio de comunicación y encuentro con iguales, con el grupo como principal herramienta de apoyo entre los/as participantes. El objetivo será por tanto “poner en contacto” consigo mismos/as y con otros/as a los/as participantes.

Para ello se ha creado un espacio de coordinación con los/as profesionales implicados en la atención a los/as mayores destinatarios del proyecto: los/as profesionales de la empresa prestataria del Servicio de Ayuda a Domicilio (Trabajadora Social responsable de la coordinación y Auxiliares de Ayuda a Domicilio) como con los del Centro de salud (Trabajadora Social, Médicos).

El grupo se reúne una vez a la semana en los locales de usos múltiples de la Pza. de los Hnos. Falcó en sesiones de una hora y media de duración durante todo el año salvo el mes de agosto.

Se cuenta con un servicio de acompañamiento para los/as mayores que necesiten apoyo por su movilidad reducida a cargo de voluntarios/as del distrito.



# Experiencias prácticas

## En centros de día para personas mayores dependientes

FÁTIMA MORENO SÁNCHEZ  
PSICÓLOGA DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE ALZHEIMER JAZMÍN.  
AYUNTAMIENTO DE MADRID

### **Beneficios que reportan los Programas de Dinamización y Ocio para las personas mayores:**

Como ya delimitó Joffre Dumazedier “*el ocio es un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente voluntaria, sea para descansar, sea para divertirse, sea para desarrollar su información o formación desinteresada, su participación social voluntaria, tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales*”.

Descanso, Diversión y Desarrollo son los conceptos fundamentales que vienen a delimitar los campos del ocio.

Sin duda alguna, las actividades de ocio y tiempo libre entrañan un componente terapéutico; numerosas investigaciones han puesto de relieve los beneficios que reporta la realización de dichas actividades, a saber:

- Disminuye la sintomatología depresiva y los sentimientos de soledad mejorando en consecuencia la autoestima del sujeto.
- Las actividades de ocio y tiempo libre son maneras de socialización y de participación.
- Estimulan, entre otras capacidades personales, la expresión, iniciativa y la creatividad de las personas.
- Mejora la salud física y previene o ralentiza el deterioro de las funciones cognitivas.
- En definitiva, las actividades de ocio y tiempo libre contribuyen al bienestar físico y psíquico del individuo así como a su satisfacción vital.

Todo ello respalda la necesidad de implementar programas de dinamización y ocio en los centros de atención a personas mayores.

**Puntualizaciones:**

*A la hora de diseñar las actividades de ocio y tiempo libre destinadas a personas de edad proveya conviene tener presentes una serie de consideraciones:*

- Los tipos de ocio en la vejez se basan principalmente en los tipos de ocio de épocas anteriores aunque también pueden desarrollarse nuevos estilos de comportamiento.
- Dentro del colectivo de las personas mayores, existen subgrupos bien diferenciados en base a factores educativos, culturales, económicos, de salud... Es recomendable crear grupos lo más homogéneos posible y en los que se fomenten las relaciones sociales.
- Cada persona mayor tiene sus propios gustos y preferencias. Es necesario ahondar además en sus valores y en los roles que haya desempeñado a lo largo de su vida a la hora de proyectar las actividades.
- Es importante permitir a los participantes elegir el tipo de actividades en los que desean tomar parte.
- La planificación de las actividades de ocio y tiempo libre ha de ser flexible y dinámica atendiendo siempre, como ya he mencionado, a las características e idiosincrasia de la población con la que trabajemos. Como ejemplo, diremos que las aficiones de un señor de 65 años pueden diferir substancialmente con las de un señor de 80, aún siendo ambos personas mayores. También es cierto que es probable que los jóvenes de hoy no jueguen a la petanca cuando lleguen a la senectud pero que por el contrario, empleen el ordenador como herramienta básica de ocio.
- Cuando se trabaja en el seno de un equipo multidisciplinar, todas las opiniones y sugerencias profesionales son importantes con vistas a desarrollar una actividad de ocio, como por ejemplo, una excursión: el trabajador social y el animador socio-cultural pueden darnos idea de la historia de vida y aficiones de la persona mayor; el psicólogo, de sus valores, personalidad, grado de deterioro o presencia de alteraciones comportamentales; el terapeuta ocupacional, de su nivel de dependencia y de la necesidad de ayudas técnicas; el médico, de la existencia de déficits sensoriales que haya que tener en cuenta, etc.

| MES               | ACTIVIDAD  |
|-------------------|--|
| <b>ENERO</b>      | <p>Visita de los Reyes Magos.<br/> <i>En el año 2002 visitamos la Casa de la Moneda con motivo de la instauración del euro.</i><br/>                     Visita al Centro Comercial Arturo Soria Plaza con motivo del inicio del período de rebajas.<br/>                     Celebramos el día de San Antón, cada usuario deberá traer su animal favorito (en peluche).</p> |
| <b>FEBRERO</b>    | <p>Día de San Valentín: se pintan corazones y cupidos para decorar el Centro. Se escribe además una carta de amor para un ser querido.<br/>                     Baile de disfraces y máscaras -que previamente se habrán confeccionado- para celebrar los Carnavales.</p>  |
| <b>MARZO</b>      | <p>Encuentro intergeneracional y chocolatada con motivo del Día del Padre.<br/>                     Visita al colegio Joaquín Turina.<br/>                     Excursión al Jardín Botánico para conmemorar la llegada de la primavera.</p>  |
| <b>ABRIL</b>      | <p>Actuación de un grupo flamenco con motivo de la Feria de Abril.<br/>                     Misa por Semana Santa.</p>   |
| <b>MAYO</b>       | <p>Gymkhana para celebrar el Día del Trabajo (previamente se diseñarán carteles con las distintas profesiones).<br/>                     Actuación de chulapos y chulapas para festejar el día de nuestra Comunidad.<br/>                     Taller de rosquillas.<br/>                     Excursión al Museo Taurino con motivo del inicio de la temporada.</p>           |
| <b>JUNIO</b>      | <p>Excursión al Zoológico.<br/>                     Bienvenida al verano: baile y degustación de helados.</p>  |
| <b>JULIO</b>      | <p>Visionado de los encierros de San Fermín.<br/>                     Expojazzmín: exposición, y posterior mercadillo, de los trabajos realizados en el taller de manualidades por nuestros usuarios.<br/>                     Actuación de la Tuna con motivo del aniversario del Centro.<br/>                     Salida a tomar un refresco.</p>                          |
| <b>AGOSTO</b>     | <p>Videofórum de la Verbena de la Paloma.</p>  |
| <b>SEPTIEMBRE</b> | <p>Excursión al Museo del Ferrocarril.<br/>                     Vendimia de Globos.<br/>                     Preparación de motivos otoñales con los que decorar el Centro.</p>  |
| <b>OCTUBRE</b>    | <p>Excursión al Museo del Ejército.<br/>                     Actuación de un grupo de jotas.<br/>                     Misa por la Virgen del Pilar.</p>  |
| <b>NOVIEMBRE</b>  | <p>Excursión a la Catedral de la Almudena.<br/>                     Visita a la Residencia de Móstoles que se haya en fiestas.<br/>                     Sesión de Cuentacuentos.<br/>                     Castañada.</p>   |
| <b>DICIEMBRE</b>  | <p>Día de la Constitución: ese día los usuarios votarán y según el recuento, tomarán un postre u otro.<br/>                     Actuación de villancicos (Colegio Joaquín Turina).<br/>                     Excursión a la Plaza Mayor para ver los tenderetes.<br/>                     Preparación de adornos navideños y posterior decoración del Centro.</p>             |

### **Población a la que va dirigido un Programa de Dinamización y Ocio:**

Todo lo expuesto anteriormente está referido a la población de personas mayores que acude a Centros de Día, sin embargo, no hay ninguna consideración que no pueda ser aplicable tanto a personas mayores sin ningún tipo de dependencia como a personas mayores con algún grado de deterioro físico y/o psíquico.

Una idea fundamental que quisiera recalcar es que **las personas mayores con demencia, en contra de la creencia popular, se pueden beneficiar de la participación en programas de dinamización y ocio de igual forma que el resto de sus coetáneos siempre que las actividades se adapten a su grado de deterioro**. Buena prueba de ello se la mostraré un poco más adelante cuando les enseñe el cronograma de actividades de ocio y tiempo libre que venimos desarrollando desde hace más de tres años en el Centro de Atención de Alzheimer Jazmín.

### **Actividades que se pueden llevar a cabo en un Centro de Día:**

A pesar de que vamos a enumerar algunas actividades que pueden conformar un programa de dinamización y ocio en un centro de día para personas mayores dependientes, vuelvo a insistirles en la necesidad de revisar y adaptar dichas actividades en función de la población a la que atendamos.

Algunos ejemplos serían:

- Actividades deportivas y de carácter físico: psicomotricidad, paseos, tablas de gimnasia...
- Actividades de carácter intelectual y cultural: grupos de lectura, creación de revistas, video forum...
- Actividades de carácter social: encuentros intergeneracionales, excursiones, visitas a otros centros de día...
- Actividades de carácter artístico: talleres de costura, cerámica, pintura...

Dado que el título de la ponencia alude a experiencias prácticas desarrolladas en centros de día para personas mayores dependientes, les voy a mostrar ahora un resumen de las actividades de ocio y tiempo libre que venimos desarrollando desde el Centro de Atención de Alzheimer Jazmín.

Notarán ustedes que todas las actividades hacen referencia a algo significativo que haya acontecido durante ese mes. Constituye una forma de orientar temporalmente a nuestras personas mayores (aquí estaría también reflejado el componente terapéutico del que les he hablado).

En resumen, reseñaré que espero haberles persuadido de que los centros de atención a personas mayores dependientes no son pues espacios de personas viejas que no tienen posibilidades sino centros de vida ya que estas personas, a pesar de su enfermedad, tienen su riqueza personal propia.

Finalizaré ya mi exposición con una cita de Lyn Yutang:

**“La meta de las buenas teorías políticas ha de ser que todas las personas sean capaces de gozar ocios o que el goce del ocio sea general”.**

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- VV.AA. (1998): *Actividades dirigidas a personas mayores*. Ayuntamiento de Madrid.
- VV.AA. (1996): *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Documentos Técnicos del IMSERSO.
- VV.AA. (1994): *Deportes para minusválidos psíquicos*. Colección “Rehabilitación” del IMSERSO.
- VV.AA. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología*. Editorial Caja Madrid / IMSERSO.
- VV.AA. (1994): *Una aproximación multidisciplinar al entorno de la vejez*. Fundación Caja Madrid.
- Fernández Ballesteros, R. et al. (1992): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Fundación Caja Madrid.
- Miguel Badesa, S. (1995): *Perfil del animador sociocultural*.
- Merino Fernández, J. (1997): *Programas de Animación Sociocultural: instrumentos, diseño y evaluación*.
- QUAVITAE (2000): *Curso sobre Animación Sociocultural*. Documentos internos.
- *Documentos internos del Centro de Atención de Alzheimer Jazmín (de titularidad municipal y gestionado por la empresa MAPFRE QUAVITAE S.A.)*.



# Perfil y Adecuación



## de los usuarios

Dr. Jose Ramón Campos Dompedro  
Director Técnico Mapfre Asistencia Oro

### **INTRODUCCIÓN**

Es difícil establecer una aproximación al perfil y adecuación de los usuarios de un centro de día dado las características y variables que hay que tener en cuenta en la definición del centro de día.

*Si hablamos de Centros de día para personas con demencia, todavía entendemos que haya una mayor dificultad, ya que algunas características relacionadas con el perfil de usuario y con los aspectos a tener en cuenta dificultan aún más si cabe esta aproximación para definir el modelo de atención.*

Durante esta exposición vamos a comentar algunos aspectos relacionados con el perfil de usuario de un centro para personas con demencia.

### **NORMATIVA ACTUAL**

Si realizamos un análisis de la normativa actual, observamos como en la mayoría de las Comunidades Autónomas, no se establece una definición del perfil de usuario a atender en los centros de día.

El análisis de la normativa actual nos llega, en su gran mayoría, a las siguientes conclusiones:

- Definiciones diversas del mismo recurso (Centros de Día, Centros de estancias diurnas, Unidad de estancias diurnas, centros de acogimiento diurno, centros de día sociosanitario, etc.). Aspecto relevante si queremos compartir experiencias, datos y programas a través de la comunicación científica.
- No se establecen perfiles de usuarios claros y definidos
- En la mayoría el perfil queda englobado dentro de la definición del recurso para personas con limitaciones físicas o deterioro cognitivo.

- Al no especificar modelos de centros diferentes en el desarrollo de la normativa, queda implícito que las diferentes tipologías de usuarios estarían atendidas dentro de un mismo centro (sólo en Baleares se hace referencia a la posibilidad de especialización).
- No se establecen diferencias de “tipos de centros de día” en función del perfil de usuario.
- En la mayoría no se habla de tamaños y/o número de plazas (en Asturias se habla de unidades de 30 plazas como máximo, en otras se definen módulos de 10)
- Los requerimientos arquitectónicos y de espacios son muy diversos y en la mayoría de los casos no tienen en cuenta la tipología de usuarios, tamaños de los centros, necesidades ambientales y arquitectónicas específicas de determinadas poblaciones.
- En cuanto al personal no se establecen necesidades de profesionales relacionados con tipología de usuarios (en alguna se habla de “personal adecuado en cantidad y especialización)
- En la mayoría no se exige la presencia de determinados profesionales técnicos (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.)
- La presencia de personal de atención directa, en su mayoría, se establece en 1/10 usuarios
- Para definir la exigencia de personal no se tiene en cuenta:
  - Presencia física
  - Número total de personas que componen la unidad
  - Tipología de usuarios

Podemos concluir, por tanto que:

- La normativa no establece diferenciación en modelos de centros de día
- No se definen perfiles de usuarios a atender en los centros de día.

### **MODELO DE CENTRO DE DÍA**

Para poder aproximarnos a la definición del perfil de usuario y su adecuación es conveniente analizar previamente las variables que tienen un protagonismo crucial en el desarrollo del modelo de centro de día y que valoradas en su conjunto permitirán

definir la tipología de usuario a atender y ayudar a establecer las conclusiones finales respecto al modelo de centro de día.

VARIABLES A DEFINIR PREVIAMENTE

### **1) Definición del centro de día:**

Se define el Centro de Día como:

“Servicio Socio-Sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día, a través de programas individualizados y previa valoración por el equipo multidisciplinar, atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de discapacidad física y/o psico-social, promoviendo la permanencia en su entorno habitual”.

*La definición de un único modelo de centro de día con diferentes tipologías de usuarios a atender nos hace que nos planteemos las siguientes cuestiones:*

¿Hay que diferenciar centros de día en función de la tipología de usuarios atendidos? En el caso de centros de día para personas con demencia, ¿tenemos que diferenciar modelos/centros en función del deterioro?, ¿cuál es la ubicación correcta para personas con deterioro cognitivo y graves trastornos conductuales?

### **2) Objetivos del centro de día**

Habitualmente hablamos de objetivos relacionados con el usuario, la familia, la sociedad:

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

##### **Para el usuario:**

- Recuperar y/o mantener el mayor grado de autonomía posible.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas.
- Participación en Programas individuales o colectivos dependiendo de las características físicas y psíquicas de cada anciano
- Ofrecer un marco adecuado donde la participación en las actividades y servicios del Centro consiga disminuir la pasividad, el aislamiento y aumento de su grado de socialización

**Para la familia:**

- Facilitar el apoyo social y asistencial necesario para continuar con la atención de su persona mayor .
- Intervención sobre el stress y los conflictos ocasionados por el cuidado permanente de las personas ancianas.
- Proporcionar formación de distintos aspectos relacionados con el cuidado del anciano.

**Para las Instituciones:**

- Reducir el número de ingresos a nivel institucional
- Potenciación de la Red Comunitaria de Servicios Sociales
- Optimización de los Recursos Sociales.
- Nivel de actuación a nivel local: acercamiento de los servicios sociales a las personas mayores

Plantear unos objetivos de manera general sin relacionar con los usuarios atendidos y los programas de intervención que se establezcan, nuevamente nos hace plantearnos las siguientes cuestiones:

¿Cuáles son los objetivos que nos planteamos en un centro de día para personas con demencia?

¿Son los mismos objetivos para los diferentes niveles de deterioro?

¿Necesitamos los mismos profesionales para dar respuesta al cumplimiento de los objetivos?

Cuándo hablamos de atención a población con demencia. ¿no son tan importantes (o más) los objetivos que nos planteemos con la familia, con los cuidadores, con los recursos complementarios que con los del usuario?

**3) Recurso de distrito/barrio/área**

Parece obvio, cuando hablamos de las grandes ciudades, y referirnos a este tipo de centros de atención diurna hacer referencia a que son “recursos de cercanía”. La ubicación de los centros, dado el carácter diurno de la atención y la necesidad de volver al domicilio por la tarde, obliga a que se sitúen en un área de influencia que permita realizar el transporte de la manera más ágil, rápida y eficaz. Más aún, cuando al hablar de grandes poblaciones el problema del tráfico complica la situación y hace necesario limitar el área de influencia.

## ■ ■ ■ Perfil y adecuación de los usuarios

La necesidad de ubicar el recurso en un área determinada nos plantea las siguientes interrogantes:

¿Tenemos que diferenciar varios tipos de centros en un área en función de la tipología de usuarios a atender?  
¿Hay suficiente población en el área para diferenciar tipos de centros?  
¿cuál es la demanda actual y futura que nos permita dimensionar el centro de una manera adecuada?

### 4) Tamaño del centro

La normativa de las diferentes comunidades autónomas no habla de un tamaño estándar de centro. En alguna ocasión define módulos de atención diurna (sin limitar número de módulos) y solamente en una ocasión limita el tamaño a un número máximo de 30 plazas.

Evidentemente el dimensionado de un centro tiene una gran importancia en la reducción de costes (garantizando una mayor demanda de plazas), viabilidad del proyecto y la menor rotación de personal (teniendo una relación directa con unas jornadas de mayor intensidad horaria)

Las preguntas a resolver son:

¿Cual es el tamaño ideal del centro?  
En el caso de un centro de reducidas dimensiones ¿cómo podemos rentabilizar el proyecto?, ¿qué tipo de jornadas y profesionales son necesarios?  
En el caso de un centro dimensionado ¿cómo evitar la masificación? ¿cómo poder ofrecer una atención personalizada y de calidad?

### 5) Financiación

En el momento actual, podemos decir que la viabilidad de los proyectos de centros de día realizados desde la iniciativa privada dependen en su mayoría de la financiación, vía concertación, de la administración pública. La respuesta a esta situación se basa en que resulta un recurso “excesivamente caro” en comparación con otros recursos (residencias), fundamentalmente debido al problema de transporte (se exige pero no se garantiza). La dotación de un número suficiente de profesionales para poder dar una atención suficiente, el tamaño y dimensionado del centro y el transporte, anteriormente mencionado, son los elementos

que dificultan la comercialización privada de este tipo de recurso a un precio competitivo y accesible para el usuario y su familia.

Esta situación está produciendo efectos adversos:

- Mínima inversión del sector privado por los riesgos e interrogantes de viabilidad del proyecto.
- Mayor demanda en la concertación de plazas públicas que la oferta actual existente.
- Incertidumbre futura sobre la evolución del recurso
- Elección de recursos que no ofrecen suficiente garantía de cumplimientos de condiciones y objetivos previstos.

¿Cuál es la respuesta del sector público y privado ante la situación planteada?  
¿cómo debemos adaptarnos a la situación actual?  
¿Deben de responder de manera conjunta (financiación, planes de crecimiento, diseño de centros, etc.) el sector público y privado?

Las dudas que se nos plantean son:

## 6) Temporalidad

El objetivo inicial de los centros de día era conseguir la mayor recuperación, potenciación de capacidades residuales y dotar de las suficientes habilidades a la persona que le permita integrarse en su medio social de una manera satisfactoria. Esto significaba que el concepto de “alta” era un elemento que, al menos conceptualmente, estaba contemplado en el diseño inicial de los centros de día.

Hoy la situación actual en los centros de día es que el usuario que ingresa en el recurso a través de una asignación de plaza pública permanece en el centro hasta que la familia (en el caso de personas con demencia) decide su derivación a otro recurso, fallece o presenta alteraciones graves de la conducta que impide la normal convivencia y no puede seguir asistiendo. Además el ingreso en el centro de día lleva implícito un horario establecido de permanencia en el centro y que generalmente contempla alrededor de 8 horas de presencia en el mismo

¿Debemos establecer un horario fijo para las personas que asisten al centro de día?  
¿Debe ser el recurso más flexible y adaptado a las necesidades de los usuarios y familiares?

Cuestiones a resolver:

### **7) Necesidades ambientales y arquitectónicas**

Es evidente que cuando hablamos de personas con demencia ubicadas en un determinado recurso, inmediatamente relacionamos aspectos de arquitectura, ambientales, seguridad, confort, etc. específicos para la atención a personas mayores.

El diseño de un centro de día tiene que estar relacionado con la tipología de usuarios, los profesionales que desarrollarán su actividad (horarios, jornadas, etc.) y el modelo y programas de atención.

¿Cuál es el diseño más apropiado para los centros de día, cuando en su concepción no sabemos cual va a ser la población a atender?

¿Cuáles son las necesidades mínimas, relacionadas con esta variable, para exigir a un centro que va a atender a población con demencia?

Las preguntas relacionadas con este concepto serían:

### **8) Profesionales**

Es evidente que el número, titulación y tipo de jornada de los profesionales es fundamental para desarrollar de una manera adecuada los objetivos previstos y realizar una atención suficiente y de calidad a las personas atendidas.

Los profesionales del centro influyen de manera directa sobre la tipología de usuarios a atender y los programas de intervención a desarrollar. Es evidente que los profesionales necesarios deben estar supeditados a la población de personas que serán atendidas en el centro de día, aunque teniendo en cuenta la relación directa con la financiación de las plazas, insistimos, debe contemplarse en conjunto todas y cada una de las variables.

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Como verán ustedes hay demasiadas preguntas que debiéramos de contestar antes de definir el perfil de usuario. La decisión y orientación de la respuesta en uno u otro sentido puede hacernos variar los modelos elegidos y consiguientemente el “perfil de usuario” que debiéramos definir en nuestro recurso.

La situación actual que podemos encontrarnos relacionados con el perfil de usuario en los centros de día es la siguiente:

- falta de definición clara del perfil de usuario en los centros de día
- asignación de plazas por parte de la administración sin tener en cuenta las características del recurso (la balanza se inclina cada vez más hacia atención de una población con demencia produciendo un desajuste en la relación de profesionales que atienden)
- ingreso de población con necesidad de mayores cuidados socio-sanitarios
- ingreso de población con trastornos conductuales que obligan a dotación de mayores recursos personales y situaciones indeseables que provocan stress continuado en el cuidador y problemática en la atención
- demanda (¿excesiva?) de familiares en un tipo de atención al cual el centro no está preparado
- problemática legal asociada (aumento del número de demandas)
- la falta de ajuste entre población atendida/profesionales/trastornos conductuales/financiación/características arquitectónicas y ambientales de los centros va a suponer un stress entre los profesionales y muy probablemente una respuesta inapropiada a las necesidades del conjunto de la población.

### PERFIL DE LOS USUARIOS

He querido hacer mi ponencia relacionando los aspectos que considero básicos e imprescindibles y sin los cuales no podemos llegar a poder definir el perfil de usuarios en un centro con demencia y que al final en el capítulo de conclusiones recogeré y aportaré mis impresiones al respecto.

Algunas de las conclusiones que adelanto por su relación directa con la definición del perfil de usuario son las siguientes:

- Necesidad de flexibilizar el recurso, orientándolo hacia las necesidades que pueden presentar las personas, situación familiar, horarios de atención, etc. Ello permitirá la atención de un mayor número de usuarios y una atención más personalizada.
- Complementación del recurso con otros existentes en el área (SAD, centros de servicios sociales, ingreso temporal, etc.)
- Coordinación con recursos sanitarios (equipos de atención primaria, geriatras, equipos de salud mental, especialistas zona)
- Diferenciación de espacios

## ■ ■ ■ Perfil y adecuación de los usuarios

| <b>PERFIL DE USUARIO</b>   | <b>UBICACIÓN</b>  | <b>NECESIDADES</b>   | <b>PROFESIONALES</b>  |
|--|---|--|---|
| DETERIORO COGNITIVO LEVE   | Centro de Servicios Sociales  | Establecer programas específicos (memoria, psicoestimulación, etc)<br>Creación de grupos de autoayuda<br>Destinar una sala o espacio para desarrollar las actividades  | Psicólogo<br>Apoyo de familiares (cuidador)<br>Grupos de autoayuda<br>Voluntariado  |
| DETERIORO COGNITIVO LEVE (estancia corta-programa de intervención) | Centro de Día específico para personas con demencia.<br>Centro de Día | Definir y organizar los horarios en función de las necesidades de usuarios y familiares<br>Valoración de la modalidad de transporte  | En función del programa de intervención:<br>psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapia, DUE, médico                                       |
| DETERIORO COGNITIVO LEVE   | Centro de Día específico para personas con demencia.<br>Centro de Día | Diferenciación de espacios para la atención y el cuidado continuado (personas con discapacidad física o deterioro cognitivo de mayor nivel)<br>Compartir (en diferente horario) salas de intervención<br>Valoración individualizada del horario de permanencia en el centro (implicación familiar)                                   | Médico (+)<br>DUE<br>Psicólogo (++)<br>Terapeuta ocupacional (++)<br>Trabajador social (+)<br>Fisioterapeuta<br>Auxiliares de clínica         |
| <b>PERFIL DE USUARIO</b>   | <b>UBICACIÓN</b>  | <b>NECESIDADES</b>   | <b>PROFESIONALES</b>  |
| DETERIORO COGNITIVO MODERADO                                       | Centro de Día específico para personas con demencia.<br>Centro de Día | Diferenciación de espacios para la atención y el cuidado continuado (personas con discapacidad física o deterioro cognitivo de mayor nivel)<br>Compartir (en diferente horario) salas de intervención<br>Diferenciación y adaptación, en función del deterioro, de programas de intervención<br>Mayor prestación de cuidados en ABVD | Médico (+)<br>DUE<br>Psicólogo (+)<br>Terapeuta ocupacional (++)<br>Trabajador social (+)<br>Fisioterapeuta (+)<br>Auxiliares de clínica (++) |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| DETERIORO COGNITIVO SEVERO                            | Centro de Día específico para personas con demencia.<br>Centro de Día | Diferenciación de espacios para la atención y el cuidado continuado (personas con discapacidad física o deterioro cognitivo de mayor nivel)<br>Compartir (en diferente horario) salas de intervención<br>Diferenciación y adaptación, en función del deterioro, de programas de intervención<br>Mayor prestación de cuidados en ABVD | Médico (++)<br>DUE (+)<br>Psicólogo<br>Terapeuta ocupacional (+)<br>Trabajador social<br>Fisioterapeuta<br>Auxiliares de clínica (+++)                                 |
| DETERIORO COGNITIVO CON TRASTORNO CONDUCTUAL ASOCIADO | Centro de Día específico para personas con demencia.<br>Centro de Día | Valoración inicial y continuada acerca del trastorno conductual y la posibilidad de continuar en el centro (interferencia con la normal convivencia)<br>Valoración de la capacidad y recursos humanos disponibles para realizar su atención<br>Individualización de programas<br>Implicación de la familia                           | Médico (+++)<br>DUE (++)<br>Especialistas (+++)<br>Terapeuta ocupacional<br>Trabajador social (++)<br>Fisioterapeuta<br>Auxiliares de clínica (+++)                    |
| <b>PERFIL DE USUARIO</b>                              | <b>UBICACIÓN</b>  | <b>NECESIDADES</b>   | <b>PROFESIONALES</b>   |
| DETERIORO COGNITIVO CON TRASTORNO CONDUCTUAL ASOCIADO | Centro de Día específico  | Valorar ubicación para poder ser un recurso accesible (zonificar)<br>Establecer requisitos, objetivos, número de profesionales, características del centro, etc.<br>Coordinación con otros recursos  | Médico (+++)<br>DUE (++)<br>Especialistas (+++)<br>Terapeuta ocupacional<br>Trabajador social (++)<br>Fisioterapeuta<br>Auxiliares de clínica (+++)<br>Cuidadores (++) |

## ■ ■ ■ Perfil y adecuación de los usuarios

---

La tipología o perfil de usuario en un centro para personas con demencia estaría establecida de la siguiente manera:

### **VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PERFIL DE USUARIO EN CENTRO DE DÍA CON DEMENCIA**

A continuación voy a señalar los aspectos relacionados con la valoración, adecuación y seguimiento del perfil del usuario ingresado en un centro para personas con demencia.

- Establecimiento de los niveles de atención, para personas con demencia, posibles en el distrito o área de influencia (Centros de Servicios Sociales, SAD, Centros de Día)
- Utilizar instrumentos estandarizados para realizar la clasificación de la persona con deterioro cognitivo. Se utilizarán historia clínica (diagnóstico y evolución de la enfermedad), escalas funcionales y mentales e instrumentos y evolución que midan los trastornos conductuales (importante de cara a comunicaciones posteriores, tanto a nivel de investigación como para demostrar la evolución y cambios que se puedan producir en la persona).
- Realizar un baremo para la asignación de plaza que tenga en cuenta los aspectos recogidos en el párrafo anterior pero también la situación social, familiar, económica y nivel de deterioro y objetivos previstos.
- Programación del ingreso de una manera estructurada y previo al ingreso de la persona en el centro de día: evaluación de informes, entrevistas con la familia, información de la cartera de servicios, limitaciones, plan de cuidados, etc.
- Periodo de adaptación de la persona al centro de día: valoración por parte del equipo interdisciplinar de la adaptación de la persona a la dinámica del centro de día. Emisión de informes a la administración pública.
- Valoraciones periódicas de la evolución de la enfermedad, de la estancia en el centro (adaptación al mismo) así como de los factores de riesgo, problemática asociada al usuario, etc. Se utilizarán de manera estructurada los instrumentos utilizados en el periodo de evolución.
- Comunicación periódica a la familia respecto a la adaptación al centro, problemática asociada, evolución de la enfermedad, cumplimiento de objetivos y participación en programas y actividades.

- Informes periódicos a la administración pública de los cambios en la evolución de la persona en el centro de día que puedan tener trascendencia en un futuro.
- Emisión de informes negativos, en el caso que las circunstancias hayan cambiado y el centro de día no sea el recurso más apropiado
- Valoración conjunta por parte del equipo interdisciplinar del centro y del equipo técnico de la administración para valorar alternativas y toma de decisiones.

## CONCLUSIONES

A continuación voy a recoger las impresiones personales, consecuencia de mi experiencia y de los comentarios realizados en el texto anterior y que en parte vienen a responder a alguno de los interrogantes aparecidos en el mismo:

- El Centro de Día debe ser un recurso de barrio/distrito/área de influencia que permita que las rutas del transporte tarden el menor tiempo posible
- Debe existir una buena coordinación entre profesionales del sector social y sanitario de una forma institucionalizada
- El Centro de Día es un recurso que debe complementarse con otros, sociales y sanitarios. Esta complementación, fruto de la relación institucional, debe estar coordinada por los profesionales.
- Deben establecerse otros niveles de intervención para personas con deterioro cognitivo leve que permita realizar programas de intervención (para mejorar su enfermedad y ocupacional), descarga del familiar y formación e información respecto a la enfermedad. Se proponen los centros de servicios sociales, los “hogares”, “clubs” (en la Comunidad de Madrid, se denominan como Centros de Día)
- El recurso debe poder permitir ser flexible, en cuanto al horario asignado a cada usuario. Siendo el equipo de valoración (Equipo interdisciplinar del centro y equipo de valoración y asignación) el que decida en función de las circunstancias que rodeen al usuario. Se proponen estancias largas (horario completo), estancias medias (mañana o tarde) y estancias cortas (revisiones, programas de intervención, etc.)
- Dado el carácter de recurso de barrio/distrito/área se propone la construcción de Centros de Día que puedan responder a todas las demandas de la población (problemática física, mental o social).

## ■ ■ ■ Perfil y adecuación de los usuarios

---

- No se da importancia al tamaño del centro sino que lo fundamental es la diferenciación de espacios de atención, pudiendo compartir servicios generales y espacios dedicados a profesionales (vestuarios, despachos, etc.).
- La atención a personas con deterioro cognitivo en el Centro de Día, necesariamente se realizará diferenciando espacios y programas en función de los niveles de deterioro.
- Debe establecerse un plan conjunto de desarrollo de Centros de Día entre la administración y la empresa privada, encontrando fórmulas que permitan el crecimiento de este recurso de una manera ordenada y que de respuesta a la demanda actual y futura.
- Debe revisarse la financiación de plazas de Centros de Día, fundamentalmente en lo referido al transporte y necesidades de personal en función del deterioro.
- Debe establecerse instrumentos que permitan la valoración y clasificación de personas con demencia referidos a su nivel de deterioro y carga de trabajo que se relacionen directamente con el número de profesionales necesarios.
- Realizar un documento que recoja los objetivos, programas de intervención, necesidades arquitectónicas y ambientales, profesionales, etc. que permita ser la base del desarrollo futuro y normalización de la situación actual.
- Dar un papel más importante a la familia en todas las fases de la estancia del usuario en el centro de día (preingreso, ingreso, periodo de adaptación, estancia, alta, seguimiento)
- Establecer los indicadores de calidad que permitan realizar la evaluación del Centro de Día.
- Establecer los mecanismos y órganos necesarios que permitan realizar de una manera coordinada el trabajo entre empresas/administración, centros de día/otros recursos, etc.
- Realizar una evaluación continuada del recurso que permita adaptarlo a las nuevas necesidades y demandas de la población.
- Potenciar la investigación y comunicación de resultados entre Centros de Día (del sector privado y público) como mecanismo de mejora y de evaluación continuada.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Moragas Moragas, Ricardo; Bartolomé Puerto, Ángel, El centro de día psicogeriatrico: modelo y economía, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31

(Monogr.1): 23-28.

- Francés Román, Inés; Albéniz Ferreras, Ángel; Gracia Franco, Ana, Programas asistenciales en un centro de día psicogeriatrico, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 17-22.
- Hornillos Calvo, Mercedes, Cuidados diurnos para ancianos: hospitales y centros de día geriátricos y psicogeriatricos, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 11-16.
- Jiménez Herrero, Fernando, Orígenes y evolución de los centros de día con dedicación psicogeriatrica, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 3-10.
- Martín Carrasco, Manuel; Artaso Irigoyen, Begoña, Evaluación económica del Centro de Día Psicogeriatrico: aspectos metodológicos, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 29-36.
- Miguel de la Huerta, José Javier; López, Itziar; Delgado, Olga; Santamaría, Juan Luis; Axpe, Amaya, Evaluación de las necesidades psicosociales de personas mayores usuarias de cuatro centros de día en Vizcaya, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 37-44.
- Nadal Álava, Susana, Intxaurrondo Arrarás, Benar; Barroso Benito, Ángeles, La atención socio-familiar desde un centro de día psicogeriatrico, Revista española de geriatría y gerontología, 1996, 31 (Monogr.1): 45-50.
- Campos Dompédro, J.R.. Necesidades ambientales de las personas con demencia. Residencias para personas mayores. Manual de Orientación SG Editores, 1995. Pags.74-91
- Campos Dompédro, J.R “ Servicio de Estancias Diurnas ( SED ), un nuevo recurso sociosanitario del Área 10: población atendida “, en las III Jornadas del Área 10: Ancianos y Adolescentes: un reto para la Atención Primaria, celebradas el 17 de Diciembre de 1.994 en la Universidad Carlos III de Getafe, Madrid.
- Campos Dompédro, J.R “ Servicio de Estancias Diurnas: Población atendida”, en la XVII Reunión de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y III Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología celebradas en Zaragoza, del 15 al 17 de Junio de 1.995 ( comunicación oral )
- Campos Dompédro, J.R Gestión de un Centro de Día”, en Centros de Día para personas mayores dependientes (documento técnico), del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), 1996
- Campos Dompédro, J.R, Centro de Día: experiencia en la Residencia para personas mayores de Alcorcón, en Revista Española de Geriatría y Gerontología; volumen 31, diciembre 1996, nº monográfico 1, pags.62-68.

# Programas específicos

## de intervención en centros de día

DÑA. CONSUELO CASTELLANOS GARCÍA  
FUNDACIÓN INSTITUTO SAN JOSÉ DE MADRID  
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Si consideramos que el anciano que ocupa plaza en un Centro de Día, no es una suma de déficits acumulados, sino una persona con necesidades sociales, sanitarias, afectivas, religiosas..., que no ha cerrado su proyecto vital, entonces podemos afirmar que todas las actuaciones que intenten mejorar el futuro de los ancianos, interviniendo en el presente, producirán una mejora en la calidad de vida de los mismos.

Existe una relación inversa entre la fragilidad, la dependencia y el deterioro y la necesaria relación adaptativa con nuestro entorno. Cuanto mayor es la primera (o cuanto mayores son las carencias) menor es la segunda, lo que provoca, a corto y medio plazo, un gran déficit en la estimulación. Principalmente, es para este tipo de ancianos para quienes se han diseñado programas de actuación concretos derivados de los modelos médicos, psicológicos y sociales.

Si toda intervención (fisioterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional, habilidades sociales, intervención familiar...) es importante y necesaria, destacamos aquí la psicoestimulación considerada como abordaje integral no farmacológico, cuyo objetivo general es maximizar las capacidades residuales del mayor para así mejorar su calidad de vida y retrasar el presumible deterioro.

Nos referimos a un conjunto de técnicas y estrategias de intervención proactivas que movilizan al anciano a la vez que reducen la tendencia a la pasividad creada por nuestros mimetismos.

La aplicación sistemática de estas técnicas exige, previamente una valoración neuropsicológica de las funciones cognitivas. Esto nos va a permitir establecer grupos de trabajo con características similares optimizando así tanto los recursos de intervención como los recursos humanos disponibles.

En definitiva, los Centros de Día son el necesario puente entre la vida activa y la posible institucionalización, un puente que debe prevenir y retrasar el anclaje en el medio residencial mediante una adecuada intervención y una secuencial aplicación de programas de actuación.

### · PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Actualmente, los programas específicos que se utilizan para la estimulación de funciones en el tratamiento del deterioro son, entre otros:

- FISIOTERAPIA
- TERAPIA OCUPACIONAL
- HABILIDADES SOCIALES
- INTERVENCIÓN FAMILIAR
- PSICOESTIMULACIÓN
- PSICOMOTRICIDAD
- TÉCNICAS CONDUCTUALES

El objetivo general de estos programas es:

- Maximizar las capacidades (cognitivas, funcionales, sociales...) residuales del mayor, mejorando su calidad de vida e intentando retardar su deterioro, para al mismo tiempo conseguir mejorar la calidad de vida del familiar y del cuidador.

La aplicación de estas técnicas pretende conseguir los siguientes objetivos:

### · PSICOMOTRICIDAD

- Potenciar y favorecer la función motora, cognitiva y afectivo-relacional.
- Integración del esquema corporal.
- Adaptar al anciano a su discapacidad.

### · FISIOTERAPIA

- Favorecer la independencia funcional.
- Mantener y/o mejorar el nivel de bienestar.
- Contribuir al equilibrio físico y mental.

Con la psicomotricidad y la fisioterapia pretendemos:

- Aumentar la capacidad funcional, habilidad y destrezas en las ABVD.
- Mejorar las capacidades físicas básicas.
- Prevención de riesgos asociados al sedentarismo.
- Incremento de estrategias frente a caídas.
- Orientación respecto al entorno.

### · **TÉCNICAS CONDUCTUALES**

Su aplicación debe estar fundamentado en los principios expuestos por Richard Corney (1995).

- Dignificar y respetar.
- Evitar enfrentamientos.
- Facilitar la independencia (promover la autonomía).
- Minimizar el estrés.
- Adaptarse.

### · **HABILIDADES SOCIALES**

- Mantenerle en relación con la comunidad.
- Potenciar la sociabilidad, la convivencia y el ajuste social.

### · **INTERVENCIÓN FAMILIAR**

- Formación / información.
- Psicoterapia de apoyo.
- Colaboración y participación en el proceso rehabilitador.
- Catarsis emocional.
- Evitar síndrome de sobrecarga.

De todos los programas citados, queremos prestar especial atención a la psicoestimulación, entendida como un abordaje integral no farmacológico que adquiere su máxima importancia apoyándose en el concepto de plasticidad neuronal.

Comprenderemos mejor el concepto si definimos los siguientes términos:

- Abordaje: introducirse en algo, estar dentro.
- Integral: que esta completo, que tiene todas sus partes. Dicese de las partes que integran un todo.
- Farmacológico: ausencia de medicación.
- Plasticidad neuronal: La respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión.

### · **PSICOESTIMULACIÓN**

- ¿QUÉ ES?

Método terapéutico no farmacológico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitivas que se utilizan con personas que padecen pérdida de memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje....

· ¿EN QUE CONSISTE?

Estimular funciones intactas (residuales) para evitar pérdidas progresivas.  
Los objetivos específicos son:

- Estimular / mantener las capacidades mentales.
- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal.
- Estimular la propia identidad y autonomía.
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.

Una vez definida pasamos a enumerar los programas específicos de psicoestimulación integral:

- Orientación a la realidad.
- Terapia cognitiva.
- Adaptación cognitivo funcional del entorno y técnicas de comunicación.
- Reminiscencia.
- Terapia de validación.
- Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria.
- Actividades técnicas terapéuticas.
- Lenguaje.
- Activemos la mente.

· **ORIENTACIÓN A LA REALIDAD**

Programa para tratar las alteraciones de memoria, la desorientación temporal y espacial y los problemas de confusión estimulando al paciente para que reaprenda los datos sobre ellos mismos en el entorno.

Este programa está indicado en fases tempranas del deterioro y en pacientes motivados.

Dentro de la residencia nosotros añadimos el objetivo de mantener y/o crear un vínculo entre el anciano institucionalizado y el mundo exterior, además de fomentar la comunicación y las relaciones sociales entre ellos.

- Material: agendas
- Fichas: día, mes, estación, año...
- Diarios guiados: recuerdos de vida estructurados
- Lecturas de periódico, noticias y posterior debate

### • **TERAPIA COGNITIVA**

- Indicada para pacientes con un deterioro leve-moderado.
- Activa y mantiene las capacidades y retrasa el deterioro cognitivo en patologías que cursan con demencia.
- Estimulación de la memoria
- Estimulación de la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo, la coordinación el esquema corporal.
- Materiales: Reconocimiento táctil de objetos.
- Imágenes de elementos por categorías.
- Laminas temáticas....

### • **ADAPTACION COGNITIVO FUNCIONAL DEL ENTORNO Y TECNICAS DE COMUNICACIÓN**

Supone una modificación y adaptación del medio a las necesidades y capacidades del paciente.

- Se trata de favorecer la realización de las ABVD mediante ayudas técnicas o adaptaciones necesarias.
- Hay que adaptar el medio físico y la forma de interactuar del cuidador con el paciente.

### • **REMINISCENCIA**

- Recuerdo sistemático de memorias antiguas.
- Es una forma de activar el recuerdo personal
- Consiste en pensar o hablar sobre la propia experiencia vital a fin de compartir recuerdos y reflexionar sobre el pasado
- El elemento desencadenante es cualquiera que haga evocar sensaciones o traiga recuerdos a la mente.
- Objetos, fotografías, olores, texturas, gusto (sabores), sonido, música.

### • **TERAPIA DE VALIDACIÓN**

- Actitud de empatía y respeto con el paciente.
- El cuidador debe aceptar y validar la conducta del paciente.
- Aproximación opuesta a la orientación a la realidad
- Fases avanzadas.

### · **ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS (OCUPACIONALES) Y DE LA VIDA DIARIA. ACTIVIDADES TECNICO-TERAPEUTICAS**

Es un método de rehabilitación y de readaptación. Se pretende rehabilitar a través del trabajo (terapia ocupacional) o de cualquier actividad que conduzca a un fin.

Se adapta al medio donde se realiza la actividad.

#### **Actividades:**

- Cestería, baile, pasear, cocinar.
- Carteles relacionados con la estación del año.
- Manualidades relacionadas con diversas festividades de año (carnavales, navidad, S.J.D.).
- Actividad física para evitar la disminución de la fuerza y de la masa muscular. Se trata de evitar la dependencia y las caídas.

El objetivo es trabajar habilidades manipulativas, orientación tempero-espacial y fomentar las relaciones entre los residentes.

### · **ACTIVEMOS LA MENTE**

- Programa de intervención neurocognitiva de carácter terapéutico no farmacológico cuyo objetivo es preservar funciones y prevenir deterioros mediante la puesta en funcionamiento de programas que mejoren y actualicen el rendimiento cognitivo, la autonomía personal y funcional.
- Se intenta mejorar el futuro interviniendo en el presente. Son **técnicas proactivas**.

Una vez expuesto el marco teórico, es necesario precisar que hacer una aplicación adecuada de todos estos programas, no supone sobreestimar de forma desorganizada, ni utilizar todos los programas con todos los ancianos independientemente de su deterioro.

Para que esto se pueda llevar a cabo necesitamos un marco de trabajo adecuado, que viene definido por la existencia de un equipo interdisciplinar, donde cada uno integra su capacidad individual/profesional en un mapa de actuaciones conjuntas para el tratamiento integral de las necesidades del anciano.

## ■ ■ ■ Programas específicos de intervención en centros de día

| Intervenciones en las fases evolutivas de la E. A. |                           |                           |                      |
|--|---------------------------|---------------------------|----------------------|
| GDS 3 (preliminar)                                 | GDS 4 (estimulación)      | GDS 5 (intervención)      | GDS 6 (carga)        |
| Actividad social y pedagógica                      |                           |                           |                      |
| Creación del libro de la memoria                   | Libro de la memoria       |                           |                      |
| Reminiscencia                                      | Reminiscencia             | Reminiscencia             |                      |
| Orientación a la realidad                          | Orientación a la realidad | Orientación a la realidad |                      |
| Terapia cognitiva                                  | Terapia cognitiva         | Terapia cognitiva         | Terapia cognitiva    |
|  | Act Significativas        | Act Significativas        | Act. Significativas. |
|  | Act. Del entorno          | Act. Del entorno          | Act. Del entorno     |
|  |                           |                           | Validación           |

### ¿Que funciones nos interesa conocer?

- Memoria
- Orientación
- Lenguaje oral y escrito
- Capacidad viso espacial
- Praxis
- Capacidades ejecutivas dependiendo del deterioro cognitivo que nos encontremos seleccionaremos la aplicación específica de un programa u otro, ya que como hemos dicho anteriormente, no se trata de que pase el tiempo sino de que el tiempo que pase sea productivo.

La aplicación de estos programas implica una participación personal, un contacto social, la movilización de recuerdos, de emociones, la expresión de vivencias, de opiniones, en un marco de trabajo, a veces, grupal donde se exige la privacidad y respeto enmarcado dentro de un compromiso ético.

Concluiremos diciendo que todas las intervenciones tienen un objetivo único.

Nuestra intervención tiene un objetivo único, la calidez y la calidez de vida de los ancianos, si cada año retrasamos un tiempo el deterioro de nuestros anciano habremos cumplido nuestro objetivo.

Porque como acertadamente expresaba Jorge Casesmeiro (en el diario el Mundo):

**SI NO RECORDAMOS, NO SOMOS.**

*Cada vida es un libro escrito en el tiempo, que no es sino el espacio entre nuestros recuerdos, cualquier tipo de intensidad es mejor que la nada, incluso el sufrimiento, pero existe una muerte en vida, se llama Alzheimer y lentamente arranca las páginas de aquel libro que tanto nos ha costado escribir. Llega un momento en que solo somos lo que recordamos y si no recordamos, no somos.*

# Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

DR. PEDRO GIL GREGORIO  
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA. ASISPA. MADRID

## INTRODUCCIÓN

Los centros de atención diurna tienen su origen en forma de hospital de día en Rusia a principios del siglo XX. Aunque inicialmente fueron dedicados a pacientes con patología neuropsiquiátrica posteriormente se fueron dedicando a otros de pacientes y especialidades medicas según el desarrollo de los sistemas sanitarios.

En nuestro país existen básicamente dos tipos de recursos diurnos:

- 1.- Hospitales de Día:** consiste en un recurso de orientación más diagnóstica y terapéutica. Son candidatos pacientes que precisan la realización de pruebas diagnósticas o tratamientos de base hospitalaria. En el hospital de día se incluyen programas de rehabilitación activa, valoración integral y cuidados médicos y de enfermería complejas
- 2.- Centros de Día:** presentan objetivos de índole cultural y social en forma de descarga de cuidadores y terapia recreativa, aunque también pueden disponer de los medios necesarios para realizar terapia ocupacional y fisioterapia de mantenimiento de la capacidad funcional, así como enfermería y control médicos con una actuación preventiva.

Los objetivos del Centro de Día son ayudar al usuario a mantener y mejorar su situación física y afectiva, facilitar sus contactos sociales y proporcionar apoyo a los cuidadores. Se debe hacer especial énfasis en separar los cuidados puramente sociales y de descarga de los sanitarios y terapéuticos, insistiendo en que los primeros deben trasladarse a los Centros de Día, centrándose los hospitales de día en aspectos de valoración, rehabilitación, tratamiento médico y de enfermería.

## OBJETIVOS EN DEMENCIA

Los objetivos de los Centros de Día para pacientes con demencia es mantener al paciente en su domicilio, en su más alto nivel de funcionamiento físico, psíquico y social alcanzable y mantener ese nivel el mayor tiempo posible. En el momento actual

se pueden establecer dos grandes objetivos para el cuidado de los pacientes con demencia:

- 1.- Mantener al paciente en su entorno en su mayor grado posible de autonomía en función de los distintos estadios evolutivos de la enfermedad.
- 2.- Ofrecer educación, soporte y descanso o respiro al cuidador principal. El estrés del cuidador es un riesgo directo de que el cuidado del paciente con demencia sea deficiente y, en consecuencia, este objetivo del Centro de Día va a tener un impacto claro y directo sobre el enfermo.

El cuidador aliviar su estrés a través de dos acciones que realiza el Centro de Día. El tiempo que permanece en el centro puede y debe ser utilizado por el cuidado para realizar las actividades sociales y laborables que de otro modo no podría realizar al estar dedicado al cuidado del paciente. Por otro lado, el equipo interdisciplinar proporciona asesoramiento directo en el cuidado del día a día del paciente, lo cual ayuda a evitar miedos sobre la demencia, a resolver problemas de manejo, a proporcionar pautas de actuación y a organizar un entorno social adecuado e incluso terapéutico

Podemos establecer los siguientes objetivos específicos para el cuidado de pacientes con demencia en un Centro de Día:

- 1.- Ofrecer un ambiente protector y familiar que sea capaz de prevenir y cubrir las necesidades de atención bio, psico y social para mantener y conservar la mejor calidad de vida posible.
- 2.- Ofrecer apoyo de tipo social y también emocional a los cuidadores. También se deben incluir aspectos de formación e información sobre las características clínicas y evolutivas, así como de los problemas asociados que van a presentarse en el curso evolutivo de la demencia.
- 3.- Retrasar el máximo tiempo posible la institucionalización del paciente mediante el apoyo continuo y permanente a la familia.
- 4.- Control precoz de los procesos que provocan el empeoramiento a nivel cognitivo, funcional y psicologico-conductual del paciente.
- 5.- Promoción de las diferentes actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en función del momento evolutivo del paciente.
- 6.- Supervisión y seguimiento del paciente con relación a enfermedades concomitantes, tratamiento farmacológico, alimentación y soporte social familiar.

- 7.- Intentar la posible resocialización del paciente. Un Objetivo que deben cumplir los Centros de Día es favorecer la socialización del paciente con demencia que, como consecuencia, de su enfermedad, suele ser cada vez más disminuidos sus contactos sociales y el nivel de estímulos que recibe.

### SERVICIOS DE UN CENTRO DE DÍA

Los servicios prestados por un Centro de Día van a depender del perfil de los profesionales que trabajan y de la orientación del centro. Para pacientes con demencia debe incluir los siguientes elementos:

- 1.- Servicio de comedor: se deben incluir dietas para adaptarse a las diferentes patologías del usuario. Se debe realizar un valoración nutricional correcta para detectar aquellas personas en riesgo de malnutrición. Los pacientes con demencia presentan con mucha frecuencia problemas de malnutrición de origen multifactorial. Los trastornos de conducta alimentaria pueden llegar a ser una norma más que una excepción en algunos momentos evolutivos de la enfermedad.
- 2.- Cuidados generales de salud. Todos los Centros de Día deben ofrecer la posibilidad material y personal de un adecuado control de las diferentes enfermedades que presentan los ancianos con demencia, de la administración de la medicación, de la toma de constantes y de la provisión de cuidados generales de enfermería.
- 3.- Terapias de mantenimiento de la situación física.

En el momento actual no existen terapias estandarizadas para el tratamiento en el área física de estos pacientes, lo cual contribuye a una gran diversidad en las técnicas empleadas en función del Centro de Día.

Casi todos los Centros de Día realizan ejercicio físico de forma reglada. Algunos centros disponen de programas específicos de fisioterapia para el tratamiento de las funciones perdidas o, sobre todo, para el mantenimiento de la movilidad. Algunos centros ofrecen técnicas de psicomotricidad.

Es conveniente y necesario la realización de entrenamiento en autocuidados. Son técnicas encaminadas al mantenimiento de la autonomía funcional del paciente. Se deben emplear medidas higiénicas para prevenir la incontinencia, preservar otros hábitos como lavado de manos, afeitado y cepillado de dientes entre otros. Se deben utilizar órdenes o gestos sencillos, a horas fijas, adecuando los vestidos a los déficits del paciente. En resumen, son técnicas dirigidas a preservar y

potenciar todas las capacidades residuales del paciente con demencia, estimulando la realización autónoma de todas aquellas actividades que el paciente pueda realizar.

Los pacientes con demencia se ven relegados en la realización de tareas sociales y domésticas porque pierden de forma progresiva habilidades, por el enlentecimiento en su realización y los errores frecuentes que cometen. Las actividades sencillas en el hogar y las culinarias permiten al paciente estar más cerca de su entorno y aumentar su autotestima. Estas actividades se deben planificar de forma individual en función del deterioro cognitivo del pacientes, su estado evolutivos y sus habilidades previas. Estas actividades requieren una dotación de personal mayor en el Centro de Día pues suelen ser necesarios tiempo y mucha supervisión.

4.- Terapia social: muchos pacientes con demencia que en el medio familiar se encuentran sobreprotegidos o tienden al aislamiento, encuentran en el Centro de Día un buen medio para desarrollar sus habilidades sociales con otros usuarios. Se pueden establecer dinámicas de relación social incluso entre los pacientes con estadios evolutivos más severos.

5.- Programas de asesoramiento familiar: este es un servicio básico y obligatorio en cualquier Centro de Día. Se debe informar a la familia de la evolución de la enfermedad y de la aparición de nuevos problemas, educar a la familia en el manejo de los problemas más frecuentes, asesorar en las dudas existentes e informar sobre nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas.

### INTERVENCIÓN COGNITIVA

La intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer se construye a partir de los principios de la rehabilitación neuropsicológica y de la selección de algunas de las técnicas específicamente desarrolladas para las demencias y los trastornos de memoria. El concepto de intervención cognitiva en un sentido amplio abarca todo un conjunto de métodos y estrategias cognitivos que pretenden optimizar la eficacia de los rendimientos de los pacientes.

El momento evolutivo, su gravedad y el perfil cognitivo concreto que presente el paciente indicará cual será la mejor intervención posible. La aplicación debe ser personalizada, flexible y fundamentada en un conocimiento profesional.

Los objetivos específicos en el paciente con demencia son:

- 1.- Estimular /mantener las capacidades intelectivas del paciente.
- 2.- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- 3.- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente.

## ■ ■ ■ Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

- 4.- Estimular la propia identidad y la autoestima.
- 5.- Disminuir el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.
- 6.- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- 7.- Mejorar el estado y sentimiento de salud.
- 8.- Mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares/cuidadores.

### MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

A continuación expondremos los diversos métodos y técnicas de aplicación a pacientes con enfermedad de Alzheimer.

#### 1.- ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

La orientación a la realidad es una forma de ayudar a superar los problemas de la memoria episódica a corto y medio plazo y facilitar los sistemas de acción (ejecutivos) cerebrales. Existen dos posibilidades prácticas:

Orientación a la realidad de veinticuatro horas: es un proceso continuado de realización de actividades a lo largo de todo el día, de forma que al paciente se le va suministrando información que le ayuda a orientarse. Este procedimiento presupone organizar un programa sistemático de actividades desde el momento de levantarse, hasta el momento de acostarse. Se trata de animar y dar apoyo con el objetivo de disminuir el número de situaciones de desorientación y ansiedad. Es fundamental el uso de letreros en las puertas, así como de calendarios o pizarras con el listado de cosas a realizar.

Orientación a la realidad en sesiones: Consiste en la celebración de sesiones de unos 30-60 minutos de duración donde se trabajan una serie de aspectos concretos de la orientación. Según el estadio del paciente se diferencian tres niveles:

- 1.- Básico: se tratan y repiten las informaciones actuales y se trabaja material de orientación a nivel elemental: día, mes, fiestas, el tiempo los nombres.
- 2.- Estándar: se mantienen discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje.
- 3.- Avanzado: se establecen temas de discusión y de trabajo que, en cierto modo, se diferencian poco lo que se efectuaría en personas normales.

#### 2.- REMINISCENCIA

La reminiscencia constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes y emociones. La

reminiscencia constituye una forma de activar el pasado personal. Se trata de centrar el recuerdo en los aspectos personales de los acontecimientos más que en la perfección del recuerdo y su correcta localización en el tiempo.

La reminiscencia se puede realizar diariamente, varios días a la semana o semanalmente, adaptándose la periodicidad al plan general de intervención establecido. Puede realizarse en todo momento, ya que el amnésico inevitablemente se referirá a sus recuerdos antiguos. Estimular la reminiscencia permite dar un espacio propio y un respeto a la persona. En cualquier momento, al ir de compras, en el baño o en la cocina se puede estimular la reminiscencia y mantener conversaciones sobre recuerdos del paciente. La clave está en que siempre exista una buena receptividad por parte del cuidador.

Dado que la reminiscencia se caracteriza por el hecho de que un recuerdo conduce a otro, cualquier estímulo que evoque recuerdos (una fotografía, un sonido, un olor...) puede actuar como primer elemento de una cadena de recuerdos.

Generalmente, los estímulos adecuados para la reminiscencia han de tener una relación o parecido con la experiencia que evocamos. Los objetos personales desempeñan un gran papel en la reminiscencia. Una buena ayuda ha de estar adaptada a la edad, la cultura, la profesión, el estilo de vida y la experiencia.

Entre los recursos prácticos para trabajar la reminiscencia se encuentran:

- 1.- El libro de la memoria: historia de la vida en forma de libro independiente.
- 2.- La línea del tiempo: constituida por acontecimientos nacionales-mundiales y los hechos personales.
- 3.- Ayudas para reminiscencia temáticas: deportes, cine, música, teatro, ciencia y tecnología, etc.

### 3.- PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN Y ACTIVIDAD COGNITIVA

La estimulación cognitiva pretende realizar tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales. El conjunto de técnicas se relaciona en parte con el concepto de psicoestimulación integral.

Se incluyen actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación, el esquema corporal etc. Estas tareas no se limitan a los aspectos de recepción de estímulos (a partir de la estimulación), sino que tienen también un importante componente de acción. Por este motivo, es mejor hablar de programas de estimulación y actividad cognitiva.

## ■ ■ ■ Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

Las técnicas de estimulación y actividad cognitiva se pueden agrupar en distintos niveles de complejidad en función de la gravedad del trastorno neuropsicológico del paciente. Los grandes ámbitos de las capacidades neuropsicológicas son: lenguaje, orientación, esquema corporal, atención-concentración, memoria, gestualidad, lectura y escritura, problemas aritméticos, funciones ejecutivas y actividades significativas.

### 4.- TERAPIA COGNITIVA ESPECÍFICA

La terapia cognitiva representa un conjunto de técnicas de neuropsicología rehabilitadora en las que el paciente es sometido a ejercicios experimentales dirigidos a modificar aspectos concretos de las capacidades mentales. En este caso, la actividad terapéutica se puede concretar, por ejemplo, en tareas que pretenden mejorar las capacidades lexicosemánticas o en superar trastornos de denominación.

### 5.- TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y DE VALIDACION

Las técnicas de comunicación establecen cuales deben ser las actitudes y como debe interactuar el cuidador con el paciente. Estas técnicas se basan en los principios de simplificación de los mensajes y de la combinación de informaciones verbales con la comunicación no verbal, con la regulación de las distancias y las posiciones entre cuidador y paciente.

La validación constituye una técnica de comunicación. La terapia de validación se basa en una actitud de respeto y empatía con los pacientes y ofrece una aproximación distintiva en la cual el cuidador tiene una serie de principios:

- Nunca discute ni se enfrente con el paciente.
- No trate de orientar al paciente si este no desea ser orientado.
- No emplee refuerzos positivos (renocimientos) o negativos (indiferencia) para modificar la conducta del paciente.
- No emplee terapias individuales o de grupo basadas en reglas precisas o en la orientación en el tiempo actual.

Las principales técnicas de validación son las siguientes:

- 1.- Concentrarse: se trata de que el cuidador se libere al máximo de toda su cólera y frustración a fin de estar mas abierto a los sentimientos del demente. El cuidador puede realizar ejercicios de relajación, respiraciones profundas.
- 2.- Usar palabreas que se refieran a hechos y que den confianza.
- 3.- Parafrasear o repetir. Repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente empleando sus propias palabras, imitando el tono de voz y la cadencia del habla.

- 4.- Usar polaridades: se trata de preguntar sobre el ejemplo más extremo de su queja.
- 5.- Imaginar lo opuesto: con frecuencia, permite evocar soluciones al problema.
- 6.- Realizar reminiscencias: evocando el pasado se pueden restablecer métodos de control.
- 7.- Mantener contacto ocular próximo: las personas confusas se sienten más seguras cuando el cuidador muestra afecto a través de un contacto ocular más cercano.
- 8.- Emplear la ambigüedad: Ante comentarios o expresiones sin significado podemos hacer comentarios o preguntas ambiguas que puedan ser válidas para el sujeto.
- 9.- Usar un tono de voz amable, claro y suave.
- 10.- Observar e imitar los movimientos y emociones de las personas: Si se realiza con empatía, la imitación puede ser efectiva y crear confianza.
- 11.- Relacionar la conducta con una necesidad humana no satisfecha: Las personas necesitan estar activas y ocupadas, así como expresar sus emociones a una persona que escucha con empatía.
- 12.- Usar el tacto: La aproximación táctil se realizará por delante para evitar asustarlos. El tacto constituye un acto de intimidad y los cuidadores deben siempre respetar a las personas que lo eviten.
- 13.- Usar la música: Las melodías aprendidas en una edad temprana pueden reaparecer en estados de confusión y demencia moderada. El canto al unísono puede reforzar la autoestima del paciente.

#### 6.- ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS Y DE LA VIDA DIARIA

La realización de actividades significativas (con una finalidad) y de la vida diaria constituye un método de rehabilitación y de readaptación. Para planificar un programa de actividades significativas deberán evaluarse previamente las capacidades cognitivas funcionales del paciente.

Durante la selección se deben valorar las preferencias del paciente y las relaciones entre las tareas y las actividades de la vida diaria. Las actividades deberán escogerse con una finalidad terapéutica y, lógicamente, en función del grado de deterioro.

Las actividades pueden encuadrarse dentro de diferentes áreas como son: logopedia, técnicas de relajación, cinesiterapia tanto activa como pasiva, mecanoterapia, psicomotricidad, ludoterapia, musicoterapia entre otras.

## ■ ■ ■ Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

### NORMAS DE INTERVENCION COGNITIVA

1.- Momento del día y lugar: buscar el mejor momento del día y el contexto más natural y tranquilo.

2.- Respetar a la persona:

Se debe tener en cuenta las características e intereses individuales de la persona, no se deben forzar tareas que no tengan interés para el paciente.

Dirigirse al paciente por su nombre, solicitándoles las tareas por favor, no darle ordenes. Sonreír en lugar de poner mala cara ante errores y problemas.

3.- Tareas y desarrollo:

Utilizar las capacidades preservadas y centrarse en ellas.

Se trata de estimular, animar, acompañar, incitar al paciente para que haga esfuerzos en el medio mental.

Seguir rutinas, ser sistemáticos y ordenados.

Simplificar las tareas y fraccionarlas por etapas, puede ser de gran ayuda el facilitar la secuencia de una tarea.

Interrumpir las tareas que generen ansiedad y rechazo.

4.- **Las instrucciones**

Dar las instrucciones paso a paso, de forma concreta y sencilla, repitiéndolas cuando sea conveniente.

Eliminar posibles distracciones. La persona ha de tener una sola actividad y una sola fuente de estímulo. Se debe mantener el contacto visual.

5.- La actitud

Evitar enfrentamientos y no forzar nunca las situaciones: no discutir cosas evidentes.

Mantener la calma. Hacer las cosas al ritmo necesario adaptado al paciente.

### PROGRAMAS Y ESTADIO EVOLUTIVO

Las diferentes actividades y programas de intervención cognitiva deben tener en consideración el estadio evolutivo del paciente. No todas las técnicas son aplicables en las diferentes fases de la enfermedad (Tabla I). Utilizamos como método del estadio evolutivo la clasificación Global Deterioration Scale (GDS):

GDS 3: Déficit cognitivo leve. Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos. MEC: 20-27

GDS 4: Enfermedad de Alzheimer leve. Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos, personales o planificación de comidas cuando hay invitados. MEC: 16-23

GDS 5: Enfermedad de Alzheimer moderada. Decremento de la habilidad para escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones. MEC: 10-19

GDS 6: Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave. Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse, lavarse. MEC 0-12

### **ACTUACIÓN SOBRE LA FAMILIA**

El cuidador de un enfermo de Alzheimer es una labor dura y complicada que inevitablemente van a tener sobre el familiar cuidador una serie de repercusiones físicas y psicológicas como son:

- 1.- Alteración en las relaciones familiares.
- 2.- Cambio de roles.
- 3.- Disminución del rendimiento laboral.
- 4.- Disminución de la capacidad económica.
- 5.- Alteraciones físicas y psicológicas: ansiedad, depresión, estrés... son alteraciones que los cuidadores de enfermos de Alzheimer padecen en múltiples ocasiones. La consecuencia de un cuidado sin medida, de querer llegar a todas y cada una de las demandas solicitadas por el enfermo conlleva una fatiga constante del cuidador.

La atención individual de los cuidadores debe estar basada principalmente en dos corrientes: la humanística y la cognitiva conductual. La primera porque es importante empatizar y comprender la situación por la que está pasando. La segunda porque se tiene que perseguir el cambio de aquellos patrones del pensamiento y de la conducta que están interfiriendo en el mal afrontamiento del proceso degenerativo de la enfermedad, llevando al cuidador a la toma de decisiones erróneas.

### **PROGRAMAS DE INTERVENCION GRUPAL**

Los objetivos sobre los que deben desarrollarse los programas de intervención grupal, para la atención al cuidador, deben estar asentados en cuatro puntos principales: perseguir el cambio, desculpabilizar, formar y motivar.

El trabajar en grupo va a presentar una serie de ventajas en los miembros parti-

## ■ ■ ■ Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

cipantes como son: reducción de la ansiedad inicial, facilitar el afrontamiento del problema que se quiere tratar y aumentar la sensación de apoyo.

Para trabajar con grupos se debe hacer en forma de talleres en donde se combinen actividades formativas, con la finalidad de aprender pautas de comportamiento adecuadas a los problemas difíciles de llevar en la enfermedad. Estos talleres van a tener una duración de dos horas /día y se pueden realizar un día a la semana. No obstante, los aspectos temporales son modificables y adaptables. Entre los talleres a realizar se encuentran los siguientes:

- Taller de manejo de alteraciones de conducta
- Taller de masaje y autotratamiento
- Taller de transferencias
- Taller de comunicación
- Taller de toma de decisiones
- Taller jurídico

A modo de ejemplo se exponen los pasos a seguir para que un cuidador aprenda a solucionar problemas con el paciente con enfermedad de Alzheimer:

- 1.- Prepararse cognitivamente antes de afrontar el problema:  
Bueno, tengo un problema ¿y que? Voy a solucionarlo.
- 2.- Definir el problema:  
Quisiera tener más tiempo libre y para ello necesito delegar en alguien.
- 3.- Recoger el máximo de información sobre el problema:  
Conseguir información sobre donde me pueden dar asistencia.
- 4.- Responder a dos preguntas claves:  
¿tiene solución el problema? y ¿depende de mí la solución?
- 5.- Pensar en soluciones:  
Generar una lluvia de ideas sobre cualquier tipo de solución sin rechazar ninguna por absurda que parezca.
- 6.- Evaluar cada alternativa:  
Identificar las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo.
- 7.- Toma de decisión:  
Toma una o una combinación de varias comprobando que se dispone de los medios.

8.- Puesta en práctica: Elaborar un plan de acción para llevar a cabo la solución elegida.

9.- Fase de evaluación:

Analizar los aspectos positivos y negativos de la solución y los resultados del proceso. Si el problema no se resolvió no se desanime y no renuncie a su solución. Vuelve a repetir el proceso sin dejar de sacar lo positivo de la experiencia.

#### CALIDAD EN CENTROS DE DÍA

Cuando un cuidador ingresa a un paciente con demencia en un Centro de Día suele buscar varias prestaciones como son:

- 1.- Descanso durante el tiempo que el usuario permanece en el Centro de Día.
- 2.- Garantía sobre la atención básica al paciente en áreas como la seguridad, la higiene y la alimentación.
- 3.- Estimulación de forma adecuada para potenciar las habilidades residuales manteniéndolas el mayor tiempo posible.
- 4.- Control de las situaciones de enfermedad concomitantes.

Sobre la base de esas premisas se deben construir los criterios de calidad de los Centros de Día para pacientes con demencia (Tabla II).

#### TABLAS

· Tabla I: *Intervención en función del estadio evolutivo*

|        |   |
|--------|---|
| GDS 3: | Actividad social y pedagógica<br>Reminiscencia<br>Orientación a la realidad avanzada                                    |
| GDS 4  | Reminiscencia<br>Orientación a la realidad<br>Terapia cognitiva<br>Actividades significativas<br>Adaptación del entorno |
| GDS 5  | Reminiscencia<br>Orientación a la realidad<br>Terapia cognitiva<br>Actividades significativas<br>Adaptación del entorno |
| GDS 6  | Terapia cognitiva simple<br><i>Validación</i><br>Actividades significativas   |

## ■ ■ ■ Manejo de situaciones complejas, trastornos del comportamiento

- Tabla II: *Criterios de calidad en Centros de Día*

### ESTRUCTURA

- Existencia de los siguientes profesionales: enfermería, auxiliar de clínica, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.
- Existencia o accesibilidad rápida a los siguientes profesionales: médico de atención primaria y geriatra.
- Entorno seguro que evite accidentes.
- Programa de formación continuada en demencias.

### PROCESO

- Valoración integral.
- Existencia de programas de ejercicio físico, mantenimiento de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y terapia recreativa y social.
- En centros específicos para pacientes con demencia, existencia de programa de psicoterapia, entrenamiento cognitivo y/o logopedia.

### RESULTADOS

- Participación elevada en programas.
- Mantenimiento en área funcional y cognitiva.
- Porcentaje de pacientes institucionalizados.
- Eventos secundarios negativos como caídas, desnutrición, úlceras por presión.
- Disminución de la sobrecarga del cuidador.

### **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Arriola E., Inza B. Centros de Día y actuación en demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 42-52.
- Bermejo F., Rivera N.J., Trincado S.R., Olazaran R.J., Morales G.J.M. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. Díaz de Santos. Madrid. 1997.
- Boada M. La asistencia sociosanitaria para los pacientes con demencia en Cataluña. En Serra-Mestres J., Lopez Pousa S., Boada M., Alberca R. (eds) Modelos de asistencia sociosanitaria para pacientes con demencia. Prous Science. Barcelona 1997: 1-11.
- Frances I., Albeniz A. Garcia A. Programas asistenciales en un Centro de Día Psicogeriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31: 17-22.

- Fontanals M., Martínez F., Valles E. Evolución de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del Programa Vida als Anys. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30: 189-198.
- García Navarro J.A., Juanes M.J., González B., López R., Franchas C., Altadill A., Aubeso J., Marín M.V. Recursos sociosanitarios, funcionamiento y calidad. En *Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer*. Ediciones Natural. Madrid. 2003.
- Graham N. Requisitos fundamentales para los servicios de atención a pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas* 2000; 162:281-283.
- Losada A., Izal Fernández M., Montorio I., Márquez M., Pérez G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol* 2004; 38: 701-708.
- Martínez Gómez J.M. Centros de Día para mayores con demencia. En Gil M., Campos J.R., Sancho M., Trinidad T. (eds) *Centros de día para mayores dependientes: Guía práctica*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1996; 305-316.
- McCarthy M., Addington-Hall J.M., Altmann D. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 112: 404-409.
- Mittelman S., Ferris S.H., Shulman E., Steinberg G., Levin B. Family intervention to delay nursing home placement in patients with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *JAMA*; 1996; 276: 1725-1731.
- Sánchez-Pascual P., Mouronte P., Olazarán J. Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Rev Neurol* 2001; 33: 422-424.
- Tarraga L., Tratamientos de psicoestimulación. En Fernández R., Díez J. (eds) *Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Editorial Medica Panamericana. Madrid. 2001: 305-323.
- Tarraga L. Centros de día para pacientes con enfermedad de Alzheimer. En Boada M., Selmes M. (eds) *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines a debate*. 4 Conference Systed '91. Barcelona .1991.

# Programas formativos

## entrenamiento en pautas de cuidado

D<sup>a</sup>. PURIFICACIÓN DÍAZ VEIGA

PSICÓLOGA. DELEGACIÓN TERRITORIAL DE LA ONCE EN CASTILLA Y LEÓN

### INTRODUCCIÓN

Los cuidados de larga duración a personas mayores de nuestro país son proporcionados mayoritariamente por la red de apoyo informal, especialmente esposas e hijas de los mayores.

A pesar de la complejidad de las actividades y tareas que conlleva el cuidado, el entrenamiento y formación en las pautas de cuidado constituyen iniciativas relativamente escasas en las que los cuidadores participan de modo limitado y si lo hacen es de manera aislada o puntual.

En esta ponencia y partiendo de una propuesta biopsicosocial de la dependencia se pone de manifiesto la relevancia de los conocimientos y habilidades de los cuidadores en relación con la dependencia o autonomía de las personas mayores afectadas por enfermedades crónicas o discapacidades. Desde esta perspectiva, se proponen iniciativas formativas dirigidas a dotar de los cuidadores de recursos para prevenir la aparición de manifestaciones dependientes o corregir pautas de cuidado que limitan la autonomía de las personas mayores. Además, se pone de relieve la necesidad de que las actividades formativas se ofrezcan a lo largo del proceso de cuidado y se integren en un sistema de servicios y programas de apoyo a los cuidadores familiares. Por último, se aportan algunas propuestas de apoyo continuado a los cuidadores en el nuevo escenario de relaciones familiares.

### 1. Las necesidades formativas de los familiares cuidadores

*Tal y como se ha puesto de manifiesto reiteradamente en los últimos años, el cuidado de las personas mayores es un asunto familiar. Según consta en el Libro Blanco de la Dependencia, la inmensa mayoría de los mayores que precisan cuidados son atendidos por familiares. Únicamente, el 5,6% de las personas mayores con necesidad de ayuda son atendidas por los servicios sociales, la mayor parte reciben atención por parte de sus familiares.*

*El estudio desarrollado recientemente por IMSERSO sobre el Apoyo Informal ayuda a desvelar las características de los familiares cuidadores. Concretamente, la mayor parte son mujeres, (esposas e hijas) con una edad media alrededor de los 50 años, casadas, con un bajo nivel de estudios y sin ocupación laboral fuera del hogar. Además, la mayoría de los familiares convive con la persona mayor y le cuida de modo permanente.*

*En lo que hace referencia a la cuestión del tipo de actividades de vida diaria para cuyo desarrollo se presta apoyo y cuidado, los datos disponibles muestran que son las actividades instrumentales relacionadas con las salidas al exterior de la casa para la realización de compras y gestiones las más generalizadas, seguidas por tareas domésticas y por cuidados personales. Además, la mayor parte de los cuidadores desarrolla tareas relacionadas con los tres tipos de actividades indicados.*

En la actualidad disponemos de datos que muestran que algunas de estas actividades cotidianas resultan especialmente costosas para los cuidadores. Algunas de ellas se muestran en el siguiente cuadro.

**TAREAS MOLESTAS PARA  
CUIDADORES FAMILIARES**

- Aseo íntimo y cambio de pañales
- Acompañar al servicio
- Movilizaciones
- Ayudar a dar de comer
- El baño o la ducha
- Ayuda para utilizar el transporte
- Control de medicación

Otra cuestión que debe considerarse a la hora de identificar las necesidades formativas de los familiares cuidadores son las relativas a las originadas por la presencia de comportamientos problemáticos que surgen a lo largo del proceso de cuidado.

**COMPORTAMIENTOS MOLESTAS PARA  
CUIDADORES FAMILIARES**

- Agresividad Física y Verbal
- Quejas y Lamentos
- Rehuir el baño o Comer alimentos que no debe
- La automedicación
- La incontinencia

Resumiendo, las personas mayores de nuestro país son básicamente cuidadas por mujeres, mayoritariamente hijas, con bajo nivel educativo, amas de casa que desarrollan una amplia gama de actividades en relación con el cuidado de la persona mayor. El diseño, y desarrollo de actividades formativas para familiares además de tener en cuenta quienes son y qué hacen los cuidadores familiares, debe considerar el escenario en el que se desarrolla el cuidado.

En nuestro contexto el cuidado familiar ha sido considerado durante generaciones una “obligación moral” que se transmitía de mayores a jóvenes. Esta creencia “familista” junto con la ausencia de recursos formales de apoyo adecuados ha conllevado que el cuidado haya sido tradicionalmente una cuestión “doméstica y familiar” que en la mayoría de los casos se ha prestado sin formación o apoyo especializado.

Aunque, los últimos estudios efectuados sobre Apoyo Informal ponen de relieve un incremento en el conocimiento y solicitud de los servicios de apoyo formal por parte de los cuidadores familiares, la conexión entre los dispositivos formal e informal es todavía apenas inexistente. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de que los programas formativos- de los cuales actualmente se benefician una reducidísima proporción de cuidadores- deben ofrecerse en dispositivos accesibles a los cuidadores - y adecuarse a cuidadores que se encuentran en estadios distintos del proceso de cuidado. Ambas medidas favorecerían, por un lado la necesaria complementariedad entre apoyo formal e informal y, la prevención o detección temprana de pautas inadecuadas de cuidado que pueden conllevar la aparición de manifestaciones de dependencia por parte de las personas mayores.

### **2. La formación en pautas de cuidados. Implicaciones desde una perspectiva integral de la Dependencia**

La justificación de acciones formativas a los cuidadores familiares resulta evidente no sólo en base a su importancia como proveedores habituales de cuidados. Existen además argumentos en relación con el bienestar del cuidador y de la persona mayor.

En primer lugar, aprender para cuidar dotaría a los cuidadores de estrategias para conocer el alcance de la situación de cuidado, así como tomar decisiones adecuadas en relación con los cambios que se produzcan a lo largo del proceso de cuidar, minimizando así las posibilidades de aparición de efectos negativos para su salud y bienestar. Por otro lado, la formación adecuada de los cuidadores posibilitaría la puesta en práctica de medidas que favorezcan el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores así como su participación activa en el proceso de cuidado.

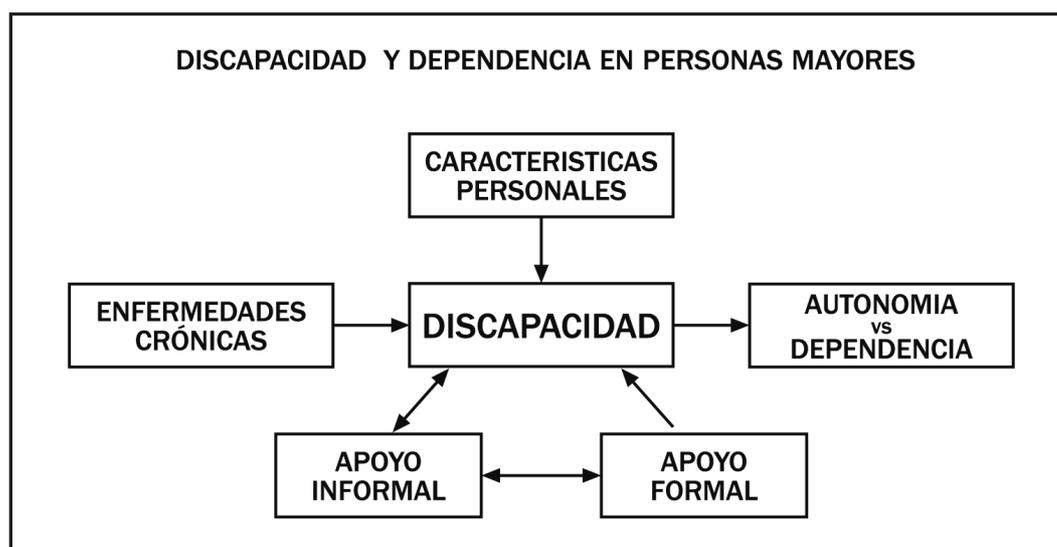
Inicialmente, las acciones formativas dirigidas a la mejora de las pautas de cuidado desarrolladas por los familiares se han dirigido a dotarles de estrategias y habi-

lidades, para prestar cuidados a personas mayores que precisan de la ayuda física de otras personas en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva se han desarrollado materiales o acciones formativas con el fin de guiar su actuación en la provisión de cuidados de personas afectadas por trastornos crónicos, especialmente demencias.

Progresivamente, la formación en pautas de cuidado ha ido trascendiendo de la atención a manifestaciones derivadas de trastornos crónicos de las personas mayores a un enfoque el que se han incorporado las necesidades informadas por los cuidadores familiares. Un ejemplo de esta perspectiva formativa la constituye la Guía “Cuando las Personas mayores necesitan ayuda” cuya elaboración se enmarcó en investigaciones previas, sobre apoyo informal, que dieron a conocer las necesidades de los cuidadores familiares españoles. En esta Guía se contienen orientaciones para actuar ante situaciones que para los cuidadores resultan habituales tales como la movilidad o el aseo de la persona mayor, y ante comportamientos problemáticos tales como agresión, deambulación, etc.

Avanzando desde esta perspectiva, en los últimos años se han ido ofreciendo propuestas biopsicosociales de la dependencia de las que se derivan aportaciones en relación con la formación de cuidadores en pautas de cuidados.

Desde estas propuestas las manifestaciones dependientes obedecen a la combinación de muy diversos factores bio-psico-sociales, tal y como se indica en el siguiente cuadro. Entre estos factores se integran las expectativas, y reacciones de los cuidadores en relación con las necesidades de las personas mayores.



Así, se ha podido establecer que las expectativas negativas de los cuidadores respecto a las capacidades de las personas mayores les conducen a realizar comportamientos sobreprotectores.

En este mismo sentido, las enfermedades crónicas de las personas mayores pueden afectar también a los cuidadores, y sus reacciones pueden tener repercusiones en la autonomía o independencia de sus allegados ancianos. Así por ejemplo, se ha podido constatar que la discapacidad visual de las personas mayores puede generar preocupación en los cuidadores familiares en relación con la seguridad de los mayores afectados, lo que conlleva que se originen comportamientos que eliminen las posibilidades de autonomía y favorezcan la dependencia de los mayores.

Estos hallazgos, junto con otros, ponen de relieve la necesidad de diseñar actuaciones formativas de carácter **preventivo** dirigidas a los familiares con el fin de dotarles de conocimientos y estrategias que les ayuden a identificar inicialmente manifestaciones de déficit que pueden conducir a comportamientos dependientes. Por ejemplo, en el siguiente cuadro se muestran algunos comportamientos que pueden ayudar a los cuidadores familiares a detectar la presencia de déficit visuales.

**INDICADORES DE DEFICIENCIA VISUAL  
EN PERSONAS MAYORES**

- Golpearse con objetos
- Moverse de modo vacilante o caminar pegado a la pared
- Buscar a tientas
- Tener dificultades para reconocer caras, letras, señales, etc.
- No darse cuenta de las escaleras o vestir ropas mal combinadas

Asimismo, los cuidadores deben conocer la importancia de sus actitudes así como estrategias y habilidades para favorecer la autonomía de sus allegados ancianos. Algunos comportamientos favorecedores de autonomía se indican en el siguiente cuadro.

**RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN  
DE LA AUTONOMÍA POR PARTE DE FAMILIARES**

- Observe y trate de encontrar todo lo que su familiar pueda hacer solo
- No haga por su familiar nada que él no pueda hacer por sí mismo
- Ayude a su familiar solo lo necesario
- Prepare la situación para que sea más fácil: Mantenga las rutinas y tenga en cuenta las preferencias de la persona que cuida
- Procure evitar cambios bruscos en el ambiente

Esta perspectiva resulta de interés para desarrollar tanto actuaciones preventivas como **rehabilitadoras**. Así, se han desarrollado programas de formación dirigidos a cambiar pautas de cuidado de los familiares con el fin de mejorar el nivel de independen-

cia de las personas mayores. Concretamente, se ha podido comprobar la eficacia de programas individualizados que pretenden modificar pautas de cuidado favorecedoras de dependencia por otras que propician el máximo desarrollo de las capacidades funcionales de las personas mayores. Estas intervenciones, en las que se integra la participación de la persona mayor, se han desarrollado en la restauración de la independencia de personas mayores en actividades básicas de la vida diaria tales como alimentación, baño, movilidad, etc.

En último lugar, y como se ha indicado anteriormente, es necesario considerar que las demandas derivadas de los cuidados de larga duración son variadas y cambiantes, de modo que los familiares pueden precisar conocimientos y habilidades diversos para desarrollar de modo adecuado las pautas de cuidado necesarias para cada una de las situaciones que han de afrontar. Esto conlleva que la formación y entrenamiento en pautas de cuidado no deben ser consideradas como actuaciones aisladas en algún momento del proceso de cuidado, sino como un continuo de actividades formativas (de carácter preventivo o rehabilitador) integradas dentro de un sistema de dispositivos (servicios de respiro, grupos de ayuda mutua, estancias en centros de día o residencia, etc.) de apoyo a los cuidados familiares.

El desarrollo de las propuestas formativas que aquí se han desarrollado precisan de cambios sustanciales en la coordinación entre los sistemas de apoyo informal y formal. La práctica habitual hasta el momento ha consistido en que los familiares cuidadores han recurrido a los dispositivos de apoyo formal en situaciones de extrema necesidad, cuando su nivel de sobrecarga es elevado y la situación de la persona cuidada es notablemente vulnerable. En otras palabras, los cuidadores han pedido ayuda “cuando no pueden más”. Aunque existen datos que muestran tímidos avances hacia el interés de los cuidadores hacia la formación en pautas de cuidado, deben ponerse en práctica medidas que favorezcan el acceso de los cuidadores a dispositivos profesionales que les apoyen y orienten en relación con el cuidado. Esta complementariedad de los recursos formales e informales ayudará a que los cuidadores: a) vayan adquiriendo pautas de cuidados adecuadas a las diversas necesidades derivadas de la prestación de cuidados de larga duración b) se familiaricen con recursos adecuados a sus necesidades, y c) perciban ayuda y apoyo para el desarrollo de los cuidados.

### **3. Escenarios de Futuro en los cuidados familiares. Implicaciones en la formación**

Los datos de los que se disponen muestran que las necesidades de cuidados crecerán notablemente en los próximos años de modo paralelo al aumento de personas mayores de más de 80 años. Sin embargo, el sistema de apoyo informal puede ver decrementada su actual fortaleza debido a cambios de nuestra estructura social que ya estamos experimentando. La progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, los cambios en la estructura familiar, cambios en los sistemas de valores, etc. son

## ■ ■ ■ Programas formativos: entrenamiento en pautas de cuidado

---

algunas de las causas que los expertos señalan para señalar que el sistema de apoyo familiar va a experimentar alteraciones relevantes en los próximos años.

Todo ello pone de manifiesto que el cuidado de las personas mayores ya no va a poder asumido de una forma casi exclusiva –tal y como ha ocurrido hasta ahora- por las mujeres e hijas de las personas mayores. La continuidad del compromiso de las familias con el cuidado de los mayores lleva consigo que el cuidado de los mayores deje de ser un “cuestión familiar” a una “cuestión social”.

Todo ello debe conllevar la creación de nuevos servicios y programas adecuados a las necesidades formativas de los cuidadores de las próximas décadas. Es posible pensar que, de modo progresivo, los servicios dirigidos al apoyo de la prestación de cuidados directos deberán complementarse con otros adecuados a cuidadores que deben compatibilizar su vida laboral con el cuidado y que dispongan de menor disponibilidad para la atención directa de sus familiares ancianos. Algunos de ellos se sugieren en el siguiente cuadro.

### **SERVICIOS ADECUADOS A LOS NUEVOS PERFILES DE CUIDADORES FAMILIARES**

- Información y Orientación a Servicios de cuidados personales a personas mayores
- Consultoría y apoyo continuado
- Valoración y coordinación de servicios y prestaciones en programas individualizados

## **CONCLUSIONES**

La información aportada en esta ponencia justifica sobradamente la programación de actividades formativas dirigidas a cuidadores familiares, tanto por su relevancia como proveedores de cuidados como por su papel en la prevención y control de comportamientos dependientes de las personas mayores.

En esta ponencia se han propuesto actividades formativas para cuidadores considerando sus características y necesidades y teniendo en cuenta propuestas integrales de la Dependencia, en la que ésta es considerada como el resultado de la interacción tanto de variables biológicas, psicológicas y sociales. Esta perspectiva pone de relieve la importancia de las expectativas y las habilidades de los cuidadores en relación con la autonomía y dependencia de las personas mayores.

Consecuentemente, las actuaciones formativas deberían dirigirse a dotar a los cuidadores de información y estrategias para promover la autonomía y prevenir la dependencia.

Por otro lado, las actuaciones de formación en pautas de cuidado deben ser variadas y sensibles a las diversas necesidades derivadas tanto del proceso del cuidado como de la evolución de los perfiles de los cuidadores familiares.

Por último, la accesibilidad a las actuaciones formativas por parte de los cuidadores será mayor cuanto mejor sea el grado de integración de éstas con el resto de dispositivos de apoyo a los cuidadores y personas mayores.

Se trataría, en definitiva, de “promover una cultura de formación en el cuidado, de modo que ésta fuera percibida como una necesidad por toda la sociedad”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Díaz, P. (2003) Impacto de la deficiencia visual sobre cuidadores familiares. Trabajo Experimental de Doctorado (no publicado). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Díaz, P., Montorio, I.; y Yanguas, J. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar en : Izal, M. y Montorio, I (1999) *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid. Síntesis.
- IMSERSO (1995). *Cuidados en la vejez*. El apoyo Informal. Madrid.
- IMSERSO (2004). Situación y Evolución del apoyo informal a los mayores en España.
- Izal, M., Montorio, I., Díaz Veiga, P. (1997) *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para Cuidadores y familiares*. IMSERSO. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro Blanco.
- Montorio, Díaz Veiga, P., Izal, M. (1995) *Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes*. **Revista Española de Geriatría y Gerontología**. **30 (3)** 157-168.
- Montorio, I. y Losada, A. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.  
(<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/montorio-vision-01.pdf>)

# Apoyo psicosocial: ■■■

## reducción del estrés y la comunicación

IGONE ETXEBERRIA ARRITXABAL

NEUROPSICÓLOGA. INGEMA-INSTITUTO GERONTOLÓGICO MATIA.

JAVIER YANGUAS LEZAUN.

DR. EN PSICOLOGÍA. INGEMA-INSTITUTO GERONTOLÓGICO MATIA

### **PARTE I: MODELOS TEÓRICOS DE ESTRÉS APLICADOS AL PROCESO DE CUIDADO**

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de fondo (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador sino que también afecta a su bienestar psicológico (Dura, Stukenberg y Kiecolt-Glaser, 1990; Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask y Glaser, 1991).

Hoy en día, a pesar de los cambios sociodemográficos que se están efectuando y en contra de la opinión que se puede tener al respecto, la realidad constata que el 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en la comunidad atendidos por sus familiares (Czaja, Eisdorfer y Schulz, 2000). Las consecuencias, tanto físicas como psicológicas, en los cuidadores son numerosas como tendremos oportunidad de comprobar en apartados posteriores de este trabajo (Donaldson y cols, 1997, 1998; Haley, 1997; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993), pero el cuidador se ve afectado además en otras dimensiones de su vida personal como consecuencia del cuidado.

El proceso de cuidado es una tarea ardua y costosa en todos los sentidos, por lo que han sido incontables los esfuerzos realizados por comprender y explicar este proceso compuesto por diferentes variables. Numerosos autores han tratado de encontrar un modelo capaz de explicar el proceso de cuidado y la relevancia e interacción entre las diferentes variables que interfieren en este proceso. En este apartado se van a presentar algunos de los modelos más relevantes.

#### **1. MODELO DE ESTRÉS DE PEARLIN, MULLAN, SEMPLE y SKAFF (1990)**

Se basa en el modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la apreciación primaria y la apreciación secundaria. Estos autores señalan que en la apreciación primaria las personas determinan el carácter de un determinado even-

to para ellas como irrelevante, benigno o negativo. En caso de estimar o valorar que el evento tiene un carácter negativo, mediante el proceso de apreciación secundaria, las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento.

Todas esas apreciaciones en la medida que no permiten garantizar el éxito de la situación, hacen emerger la experiencia de estrés. Esa experiencia va acompañada de una serie de vivencias emocionales y de la selección y puesta en marcha de las estrategias y conductas de afrontamiento.

Por tanto, estos autores defienden que la reacción al estrés es paliada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida, así como por el tipo de estrategias de afrontamiento con las que cuenta el individuo.

Tomando como referencia este modelo general de estrés de Lazarus y Folkman (1984), Pearlin y cols. (1990) propusieron un modelo explicativo de estrés aplicado al cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: a) Antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado), b) Estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado), y c) Resultados (consecuencias del cuidado). En la figura 1 se muestra el esquema de este modelo. A continuación se desarrollan las variables que integran el modelo de estrés de Pearlin y cols. (1990):

**a) Antecedentes y condiciones del contexto (variables previas al cuidado).** Este es el primer elemento básico de este modelo. Se consideran integrantes de este apartado las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende.

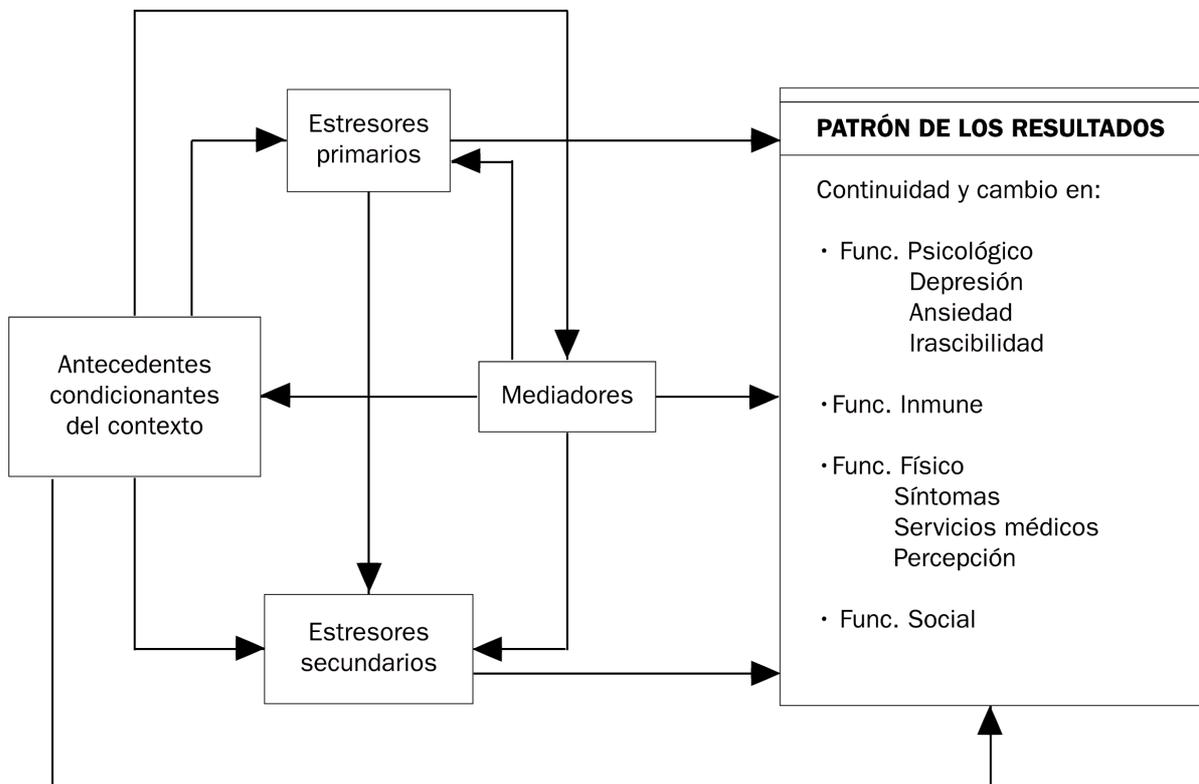
**b) Estresores y variables moduladoras.** Se entiende que el cuidador debe enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer (Izal y Montorio, 1999). Dentro de los estresores están los estresores primarios, es decir, aquellos estresores que se derivan directamente del enfermo o conjunto de actividades que los cuidadores realizan directamente como resultado de la discapacidad del familiar mayor (ayudarle en las actividades de la vida diaria (AVD), reaccionar ante las alteraciones de conducta, etc), y los estresores secundarios que son aquellos que se derivan de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (p.e., conflictos familiares).

Las variables moduladoras hacen referencia a aquellas acciones y recursos que tienen la capacidad de modificar la dirección del proceso de estrés mediante la regulación de los efectos de los estresores y aliviar su impacto sobre los individuos (p.e., apoyo social).

**c) Resultados o efectos causados por el cuidado.** Estos son otros elementos básicos en este modelo. Los resultados afectan a distintos niveles de funcionamiento del organismo (estados afectivos, como depresión, ansiedad, ira, respuesta inmunológica, enfermedades físicas, etc). Normalmente los resultados del cuidado son descritos en términos de funcionamiento psicológico, físico y social.

**Figura 1.** Modelos de estrés aplicado al cuidado de personas mayores dependientes (Pearlin y cols, 1990).

Cuidado de personas mayores dependientes.  
Los resultados del modelo de estrés



Teniendo en cuenta este planteamiento de Pearlman, el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer en situación de dependencia debe entenderse como un proceso en el que están implicadas nuevas formas de aprendizaje y socialización ante la aparición de estresores tanto primarios como secundarios (Izal y Montorio, 1999). La adaptación a los requerimientos del cuidado dependen de la aparición de estresores,

de la contención de los mismos y de la valoración que hagan los cuidadores de su particular situación. Estos condicionantes determinarán los resultados del cuidado.

## **2. MODELO DE ESTRÉS DE LAWTON, MOSS, KLEBAN, GLICKSMANN Y ROVINE (1989, 1991)**

El modelo de estrés propuesto por estos autores pretende añadir nuevos elementos al modelo anteriormente expuesto. En general, los componentes de los modelos de estrés se centran en antecedentes o condicionantes del contexto, estresores, mediadores y resultados. El modelo de valoración o apreciación propuesto por Lawton y cols. (1989, 1991) aporta una novedad con respecto al modelo anterior, se centra en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes valoraciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asumen que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general de cuidado o bienestar del cuidador (Braithwaite, 1992; Lawton y cols, 1989; Lawton y cols, 1991).

En esta nueva variable a la que denominan “apreciación” incluyen tanto variables subjetivas como interpretativas y supone un nuevo factor en la base del modelo de estrés. Lawton define la apreciación del cuidado como todas las valoraciones cognitivas y afectivas, así como las revaloraciones que el cuidador realiza del estresor potencial y su autoeficacia para afrontarlo.

Uno de los puntos fuertes de este modelo es que ha intentado entender el proceso de cuidado como un proceso dinámico, en el que se tienen en cuenta la persona del cuidador, el paciente y otros factores psicosociales y ambientales.

Este modelo ha sido criticado porque los componentes de la estimación se solapan con los componentes de los apoyos y las estrategias de afrontamiento (Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990).

## **3. MODELO DE ESTRÉS DE YATES, TENNSTEDT, y BEI-HUNG (1999)**

Este modelo pretende unir los modelos anteriores, para ello han realizado algunas modificaciones en el modelo de Pearlin y cols. (1990) que permitieron incorporar el modelo de Lawton y cols. (1991).

El modelo de estrés asociado al cuidado se basa, como hemos visto previamente, en el proceso de estrés general en el cual la relación e interacción en el tiempo entre los diferentes factores que lo componen producen estrés (Pearlin y cols., 1990; Skaff, Pearlin y Mullan, 1996). Los componentes básicos de estos modelos son, los estresores, los mediadores, los resultados y la información contextual o antecedentes.

El modelo propuesto por Yates y cols. (1999) consta de nuevos integrantes no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido una de las variables estresoras del cuidado, la apreciación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. Los componentes del modelo de Yates y cols. (1999) son :

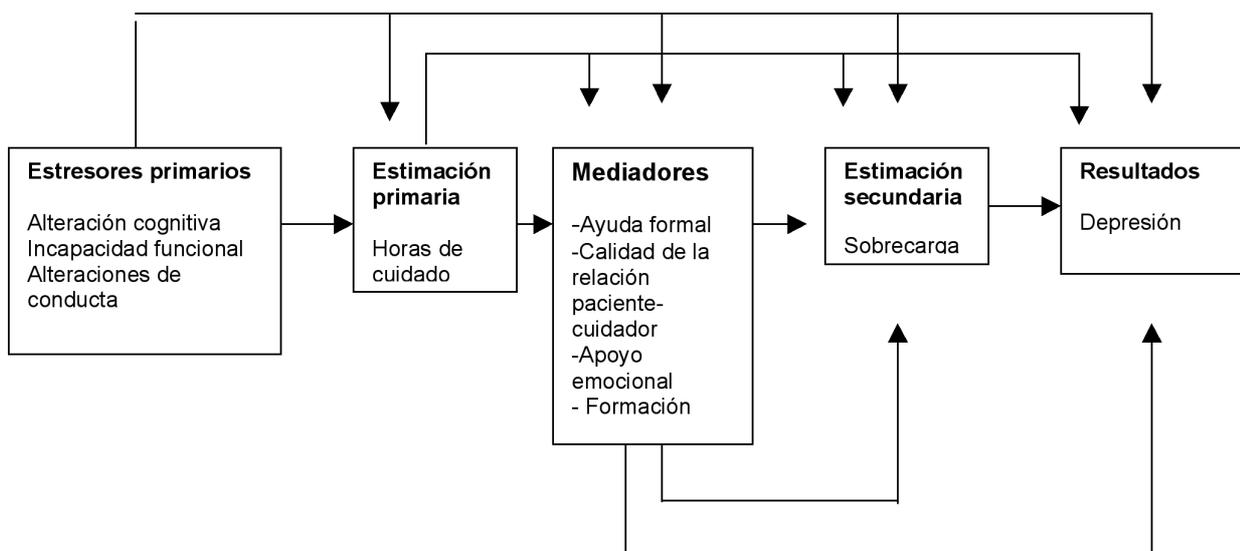
- a) Los estresores primarios propuestos en este modelo consisten en el nivel y tipo de incapacidad del paciente, aunque no incluye la asistencia del cuidador ni la sobrecarga como en el modelo de estrés planteado por Pearlin y cols. (1990), ya que, en este modelo se estima que eso forma parte del apartado apreciación. Presentar el modelo de esta forma permite distinguir entre los niveles de incapacidad de la persona cuidada (estresor) y la respuesta del cuidador a la misma (apreciación o estimación primaria).
- b) Apreciación o estimación primaria. El cuidador debe evaluar el nivel de incapacidad del paciente y estimar la cantidad de cuidado que debe ofrecer, por tanto la situación de cuidado supone entender la situación y ofrecer una respuesta en consecuencia. En este modelo se realiza una apreciación subjetiva de las necesidades de cuidado de la persona mayor lo que determina la cantidad de cuidado que debe ser ofrecida. Por ello la apreciación primaria se mide teniendo en cuenta las horas de cuidado diarias empleadas en el cuidado del paciente. Esto está basado en hallazgos que sugieren que algunos cuidadores proporcionan diferentes cantidades de cuidado a sujetos que tienen un nivel de incapacidad objetivo similar (DeBettignies, Mahurin y Pirozzolo, 1993). Esta asunción no invalida o cambia la hipótesis de que a mayor deterioro cognitivo y funcional, mayor requerimiento de asistencia, sino que únicamente difiere en que la relación entre necesidad y cuidado está en función de la estimación del cuidador.
- c) Las variables mediadoras se entiende que son aquellas que potencialmente tienen efectos positivos sobre el bienestar del cuidador contrarrestando, de este modo, los efectos negativos de los estresores primarios, o incluso, de las apreciaciones primarias (apoyo social, calidad de la relación con el paciente, apoyo emocional y formación del cuidador).
- d) La sobrecarga en este modelo es el componente del apartado apreciación secundaria y no se entiende como estresor primario. El criterio de los autores para incluirlo en el apartado apreciación secundaria se basa en que los cuidadores, a la hora de determinar la sobrecarga, realizan una evaluación de la situación y expresan cómo se sienten al respecto. En este caso se puede comparar la sobrecarga con lo que algunos autores han llamado carga subjetiva y puede definirse como los sentimientos que el cuidador tiene con respecto: al nivel de energía,

satisfacción con el nivel de cuidado ofrecido y tiempo para realizar todo lo necesario, incluido tiempo para uno mismo (Pearlin y cols, 1990).

e) Los resultados en este modelo de Yates y cols. (1999) se refieren al riesgo del cuidador de padecer depresión.

En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

A continuación se muestra en la figura 2 una representación gráfica del modelo de Yates y cols. (1999).



En la literatura se ha criticado que a medida que se utilizan más los modelos de estrés en las investigaciones con cuidadores cada vez son menos precisos (Abel, 1990, Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990). En general, se han criticado varios aspectos: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.

## **PARTE 2: COMPONENTES DEL MODELO DE ESTRÉS APLICADO AL CUIDADO**

La investigación de los contenidos o componentes del modelo de estrés aplicado al cuidado se ha ido desarrollando en los últimos años. Independientemente del modelo teórico que subyace a cada uno de esos trabajos se ha tratado de realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía con objeto de recoger y exponer los contenidos más relevantes de los componentes del modelo de estrés de Pearlin y cols. (1990).

### **1. ANTECEDENTES Y CONDICIONES DE CONTEXTO**

Uno de los objetivos más importantes de muchos estudios (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995; Haley y cols, 1987) es determinar por qué algunos cuidadores tengan más sensación de carga que otros. Queda claro que la carga está relacionada con el cuidado que se ofrece y con variables referentes al cuidador, por lo que es un fenómeno multivariado. Además de los cuidados que se deben proporcionar a los enfermos debido a su incapacidad, hay evidencia de que el género y la edad del cuidador pueden ser variables que incrementan el riesgo de sufrir de sobrecarga (Vitaliano, Russo, Heather, Teri y Maiuro, 1991).

#### **1.1. Género**

Si tomamos en consideración variables relacionadas con el género diferentes estudios señalan algunas características diferenciales en el tipo de cuidados e impacto de los mismos. El término familia es muy extenso y quisiéramos entender que son varios miembros de la misma los que se hacen cargo del paciente. Sin embargo, la realidad es bien distinta y, en general, es una sola persona con la ayuda de otras pocas la que se hace cargo del anciano con Alzheimer. Normalmente se considera un deber moral el cuidar del paciente pero las motivaciones pueden ser diversas, así en algunas ocasiones el cuidador se puede autoasignar (Pruchno, Michaels y Potashnik, 1990) puede ser designado por terceras personas, por el propio enfermo (Broe, Jorm, Creasey, Casey, Bennett, Cullen, Edelbrock, Waite y Grayson, 1999) o por miembros de la familia (Dilworth-Anderson, Williams y Cooper, 1999).

Se puede observar que por diferentes motivos, en la mayoría de las familias, se establece un cuidador principal que es precisamente el que más tiempo pasa con el paciente y el que generalmente sufre las consecuencias del cuidado (Rabins, 1982). Relacionado con lo anterior, socialmente existe una creencia generalizada sobre la jerarquía sociofamiliar de responsabilidad en relación a quién debe hacerse cargo del cuidado del paciente (Cantor y Little, 1985; George, 1988). En primer lugar, parece lógico que debe ocuparse el cónyuge (hombre o mujer), seguido de las hijas en el caso de que las esposas se hallen en condiciones que no puedan ser las cuidadoras (Dwyer y cols., 1992), los hijos/nueras en tercer lugar, otros familiares y en última instancia, los

servicios sociales. Por tanto, las hijas y esposas son las cuidadoras de la mayoría de las personas mayores (Clément, 1997; Lawton y cols, 1991; Montgomery y Kosloski, 1994; Pérez Trullén, 1996; Plenning, 1999).

La ambigüedad del establecimiento del rol de cuidador puede ser más característico de las esposas que de los hijos, porque el cuidado en las esposas se asume de forma natural (Montgomery y Kosloski, 1994). No obstante, el apoyo proporcionado por parte de los hijos a los padres es más fácil que sufra alteraciones al inicio del mismo (Seltzer y Li, 1996).

Ya se ha mencionado que existen diferencias en el tipo de cuidado e impacto del mismo según el género. Son numerosos los estudios que refieren características diferenciales teniendo en cuenta esta variable, estos estudios comparan a mujeres con hombres y a hijas con hijos.

Las mujeres muestran una mayor carga que los hombres en todos los estudios revisados (Barusc y Spaid, 1989; Chang y White-Means; Collins y Jones, 1997; Fitting, Rabins, Lucas y Easthan, 1986; Horowitz, 1995; Kramer y Kipnis, 1995; Lutzsky y Knight, 1994; Miller, 1990; Montgomery y Kamo, 1989; Mui, 1995; Neal y cols, 1997; Parks y Pilisuk, 1991; Pruchno y Resch, 1989; Williamson y Schulz, 1990; Young, Kahana, 1989; Zarit, Todd y Zarit, 1986). Asimismo las mujeres están más afectadas por el rol de cuidadoras que los hombres (Young y Kahana, 1989), en parte esto es debido a que las mujeres tradicionalmente han sido las que han mantenido a la familia, y pueden sentir la pérdida de la enfermedad mental o física de su familiar, más intensamente que los hombres. Las mujeres tienden a asumir la responsabilidad de cuidar de los pacientes y es más, se espera de ellas que cuiden de ellos (Montgomery, 1992).

En el sentido opuesto, los hombres tienden a tolerar menos los problemas de memoria y las alteraciones de conducta por lo que es más fácil que abandonen antes el rol de cuidador que las mujeres (Moritz, Kasl y Osfeld, 1992; Moritz, Stanislav y Berkman, 1989; Mui, 1995). Este es el motivo por el que es más fácil que busquen apoyo fuera, de manera formal (ayuda recibida por parte de las instituciones) o informal en amigos y familiares (Allen, 1994; Ingersoll-Dayton y cols, 1996; Pruchno y Resch, 1989; Stoller y Cutler, 1992). En resumen se puede afirmar que los hombres cuentan con más ayuda formal e informal que las mujeres.

Muchos investigadores han afirmado que las mujeres cuidadoras tienen mayor riesgo de padecer problemas mentales puesto que son las que más comúnmente proporcionan la asistencia (alimentación, higiene y cuidado personal) de las personas con Alzheimer (Horowitz, 1985; Miller y Cafasso, 1992; Montgomery, 1992; Stoller, 1990). En general, todos los estudios afirman que las mujeres dedican más tiempo a tareas

de cuidado que los hombres (Allen, 1994; Horowitz, 1985; Montgomery y Kamo, 1989; Neal, Ingersoll-Dayton y Starrels, 1997). Sin embargo, los estudios de Fredrisken (1996) y Chang y White-Means (1991), refieren que no existen diferencias de género en la cantidad de cuidado proporcionado.

Las tareas que implican transporte, compra o manejo del enfermo no parece que entrañen diferencias de género, y tanto los hombres como las mujeres realizan estas tareas por igual (Chang y White-Means, 1991; Horowitz, 1995; Kramer y Kipnis, 1995; Neal y cols, 1997; Stoller 1990; Tennstedt y cols, 1993).

Mientras que Collins y Jones (1997) y Young y Kahana (1989) encontraron que las esposas proporcionaban más cuidado, Barusch y Spaid (1989) no observaron diferencias significativas entre los maridos y mujeres en términos de tareas. Los estudios que han comparado el cuidado proporcionado por las hijas con la de los hijos han hallado que la ayuda que prestan las hijas es mucho mayor, en comparación con la de los hijos, en tareas tales como preparar la comida, hacer la colada y tareas de casa (Dwyer y Conward, 1991; Horowitz, 1985; Neal y cols, 1997; Stoller, 1990).

### **1.2. Edad y relación de parentesco**

Respecto la variable edad, los estudios comparan a hijas con esposas. En este sentido, afirman que las esposas están más afectadas por el cuidado que las hijas (George y Gwyther, 1986; Harper y Lund, 1990; Hoyert y Seltzer, 1992; Seltzer y Li, 1996). Esto se puede explicar por el diferente momento (tercera edad versus edad adulta) en el que se produce el proceso de cuidado (Moen y Wethington, 1999). Este proceso puede darse en una edad en la que, las hijas tienen que hacer frente a otras demandas relacionadas con los múltiples roles que desempeñan las mujeres en estas edades (esposa, madre, mujer trabajadora, etc). Lo que por un lado, les ayuda a no focalizar toda su atención y tiempo en los pacientes, pero supone el inconveniente de que tengan que dedicar una importante cantidad diaria de tiempo al cuidado del enfermo, generando esto estrés psicológico.

Las mujeres mayores, sin embargo, a pesar de que asumen de forma natural el cuidado del enfermo, tienen menos recursos para hacer frente al estrés del cuidado (Seltzer y Li, 2000).

Según la literatura, las hijas son más propensas a ingresar a los pacientes en residencias (Morycz, 1995; Scott y cols., 1997; Zarit y Whitlatch, 1993), ya que niveles altos de sobrecarga y de estrés subjetivo aumenta el riesgo de ingreso (Colerick y George, 1986; McFall y Miller, 1992; Pruchno y cols, 1990). Existen estudios a favor y en contra de que el estrés psicológico se reduzca con el ingreso del paciente en la institución residencial. Algunos estudios avalan que los niveles de carga subjetiva y ten-

sión social se reducen después de la institucionalización (Skaff, Pearlin y Mullan, 1996; Stull, Cosbey, Bowman y McNutt, 1997), otros aseguran que el estrés psicológico continúa (Aneshensel y cols., 1995; Lichtenberg y Barth, 1989; Stully cols, 1997; Zarit, Todd y Zarit, 1986). Existe además evidencia de que estos patrones de estrés psicológico tras la institucionalización, se dan más en esposas que en hijas (Harper y Lund, 1990; Skaff y cols., 1996).

## 2. ESTRESORES PRIMARIOS

El cuidado de una persona con demencia debe considerarse un proceso dinámico en el cual ambos, cuidador y paciente cambian en el tiempo (Aneshensel y cols, 1995). Identificar las diferencias individuales de la adaptación de los cuidadores es esencial para entender porqué el cuidado resulta un problema para algunos cuidadores y no para otros. Dentro de los estresores primarios se clasifican los estresores objetivos y los subjetivos.

### 2.1 Estresores objetivos

Se refieren a las demandas objetivas de cuidado, es decir, a las manifestaciones del deterioro del paciente. El elemento principal de la fuente de estos estresores es el deterioro cognitivo del paciente, causante de dependencia y necesidad de ser cuidado (Aneshensel y cols. , 1995).

#### a) Alteraciones de conducta y dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD)

La revisión de la literatura sugiere que los comportamientos socialmente inapropiados y disruptivos del paciente tienen consecuencias importantes en los cuidadores (Aneshensel y cols, 1995 Deimling y Bass, 1986; Kasper y Shore, 1994; Pruchno y Resch, 1989; Schulz y Williamson, 1991). En particular, los problemas de comportamiento se asocian fuertemente con estrés emocional (fatiga, sensación de estar atrapado en el rol de cuidador) y consecuencias negativas en la salud mental.

La sintomatología varía en cada fase de la enfermedad, por ejemplo en el deterioro severo las alteraciones conductuales, los comportamientos disruptivos y socialmente inapropiados tienen consecuencias importantes en los cuidadores actuando como predictores del aumento de estrés subjetivo, esto es, sobrecarga y sensación de estar atrapado en el rol (Chenoweth y Spencer, 1986; Dimling y Bass, 1986) y depresión (Li, Seltzer y Greenberg, 1999; Majerovitz, 1995).

Si bien existe una considerable variabilidad en las reacciones emocionales y psicológicas del cuidador, parece evidente que las alteraciones de conducta tienen

un efecto negativo en el cuidador. Los estudios transversales indican que afectan negativamente provocando sobrecarga en el cuidador, estrés emocional, fatiga física, aislamiento y pérdida de control asociada directamente con las demandas del cuidado (George y Swyther, 1986; Talkington-Boyer y Snyder, 1994). En general, estos datos implican que las alteraciones de conducta juegan un papel importante en la predicción de valores subjetivos de carga que la dependencia de los pacientes en las actividades de la vida diaria (Deimling y Bass, 1986; Pruchno y Resch, 1989; Talkington-Boyer y Snyder, 1994). Existe un estudio, que apunta que los cuidadores están más frustrados con los pacientes que son más dependientes en las actividades de la vida diaria (Kopito, 1989).

Además de los estudios transversales, se han realizado estudios longitudinales que han comparado la dependencia del paciente en las actividades de la vida diaria, el grado de deterioro cognitivo y las alteraciones de conducta que presenta junto con la afectación o consecuencias que ello tiene en el cuidador. Éstos concluyen, que a mayor presencia de alteraciones de conducta en el paciente, se observa mayor sobrecarga en el cuidador (Gaugler, Davey, Pearlin y Zarit, 2000), comparado con la dependencia en las actividades de la vida diaria y el deterioro cognitivo.

Aneshensel y cols, (1995) encontraron que el aumento de las alteraciones de conducta y la dependencia en las actividades de la vida diaria del paciente se asociaban con niveles altos de sobrecarga y la sensación de estar atrapado en el rol durante el primer año del estudio. Sin embargo, solamente las alteraciones de conducta se asociaron con niveles altos de sobrecarga y de estar atrapado en el rol en el cuidador, en los tres años que duró el estudio.

Esto tiene sentido si tenemos en cuenta que los cuidadores atribuyen la dependencia y el deterioro cognitivo como partes integrantes de la propia enfermedad, mientras que las alteraciones de conducta se entienden como acciones que realiza intencionadamente el enfermo para molestar al cuidador (Gaugler y cols, 2000).

### b) Tiempo de cuidado

Una variable menos estudiada es cómo afectan los cambios en la demanda del cuidado en el estado mental del cuidador en el transcurso del tiempo. Los análisis longitudinales han hallado que el aumento de las demandas de cuidado (incluyendo las alteraciones de conducta) no tienen impacto directo en los cambios en la depresión en periodos de 18 meses, 2 y 3 años (Aneshensel y cols, 1995; Li y cols, 1999; Schulz y Williamson, 1991).

Sin embargo, desde estudios previos se ha hipotetizado que la duración del cuidado se asocia positivamente con un aumento de la sobrecarga y el estrés (Towsend, Noelker, Deimling y Bass, 1989). No obstante, estudios longitudinales hallaron poca evidencia de esta hipótesis, puesto que los niveles de carga, depresión y satisfacción tienden a mantenerse estables en el tiempo (Suitor y Pillemer, 1994; Towsen y cols, 1989; Zarit, Todd y Zarit, 1986).

Estos resultados sugieren unos mecanismos más complejos en la adaptación longitudinal, específicamente, el aumento de las demandas de cuidado (en oposición al tiempo de cuidado), demanda que se hipotetiza como la que predecía una adaptación negativa en el tiempo. Numerosos estudios han evidenciado esta nueva hipótesis, en la que la acumulación de la dependencia en las actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo y las alteraciones de conducta se asocian con un aumento del estrés subjetivo y salud mental negativa, así como con disminución de la satisfacción con el cuidado (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit y Greene, 1999; Aneshensel y cols, 1995; Walker, Acock, Bowman y Li, 1996; Zarit, Todd y Zarit, 1986).

## 2.2. Estresores subjetivos.

Las demandas impuestas por la demencia no sólo requieren respuestas conductuales, sino que eliciten respuestas a nivel cognitivo, emocional y actitudinal en el cuidador. Se etiquetan de estresores subjetivos porque se refieren a respuestas “internas” del cuidador (Aneshensel y cols, 1995).

### **a) Sobrecarga**

Este constructo se refiere a la experiencia interna de estar sobrecargado por las tareas y responsabilidades relacionadas con el cuidado (Aneshensel y cols, 1995).

### **b) Estar atrapado en el rol**

Supone la estimación por parte del cuidador de estar involuntariamente involucrado en el rol de cuidador. Esta sensación de estar atrapado surge cuando una persona siente que se encuentra obligada a ser o hacer una cosa, cuando realmente lo que prefiere es otra. Una característica de este constructo es que no supone un rol difícil de desempeñar o estresante, sino que se trata de un rol que no se quiere representar (Aneshensel, Pearlin y Schuler, 1993; Pearlin, 1983; Pearlin y Turner, 1987).

### **c) Actitudes y creencias**

Las actitudes y creencias con respecto a la enfermedad y al cuidado que tiene el cuidador son vitales y determinantes en la percepción de la situación de cuidado

y en la atribución que realiza de las circunstancias que le rodean.

Las teorías de la atribución sugieren que conocer las consecuencias que se esconden detrás del diagnóstico son positivas, en el sentido de que reducen responsabilidad en el comportamiento del paciente y se atribuyen esas alteraciones a la propia enfermedad, surgiendo en el cuidador deseos de ayudar al paciente (Weiner, 1993). La evidencia sugiere que algunas “etiquetas” de clasificación de la enfermedad producen un estigma (Weiner, Perry y Magnusson, 1988) mientras que otras provocan simpatía y ganas de ayudar al enfermo (Ray, Raciti y Mac Lean, 1992). Estas diferencias están mediatizadas por la atribución de responsabilidad.

Las observaciones clínicas señalan que algunos familiares de enfermos de Alzheimer sin diagnosticar, ante el desconocimiento de la enfermedad subyacente, interpretan los comportamientos problemáticos como propios del paciente y cargados de intencionalidad. Al no existir ningún diagnóstico la mayoría de los cuidadores tienden a asumir que estos comportamientos son intencionados. Esta tendencia es consistente con la teoría del error atribucional fundamental desarrollada por Jones y sus colaboradores (Gilbert, McNulty, Guiliano y Benson, 1992; Jones y Harris, 1967; Jones y Nisbett, 1972).

En un estudio llevado a cabo por Wadley y Haley (2001) investigaron el estigma que supone tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o de depresión mayor. Estos autores hallaron que la etiqueta de enfermedad de Alzheimer y, en menor medida, la de depresión mayor produce simpatía hacia el paciente y deseo de ayudar, lo que indica que la asignación de estas etiquetas facilita las actitudes de compasión y aumenta el cuidado de las personas afectadas. Este estudio sugiere que la relación que se establece entre el diagnóstico y las alteraciones de conducta puede alterar las atribuciones y aliviar el estrés en el cuidador. La intervención con estos cuidadores trata de que tomen conciencia de que las alteraciones de conducta son implícitas de la enfermedad y no del paciente (Gallagher-Thompson y De Veris, 1994; Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997).

### **3. ESTRESORES SECUNDARIOS**

Nos referimos en este apartado a los estresores derivados de las valoraciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas.

#### *3.1. Problemas laborales*

Los efectos indirectos del cuidado tienen implicaciones en otros roles que pueden estar desempeñando los cuidadores. Junto con el papel tan importante que

desempeñan los cuidadores en el proceso de cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer, pueden estar compaginando ese rol con otros igualmente importantes en su vida. Este es el caso de los cuidadores que trabajan a tiempo completo (Aneshensel y cols, 1995). En estos casos el trabajar fuera de casa puede ser beneficioso o perjudicial para el cuidador (Scharlach y Boyd, 1989; Stoller, 1989). Moen, Robinson y Fields (1994) encontraron que en el caso de las mujeres que trabajan, incluyen el nuevo rol de cuidadoras a los que estaban desempeñando antes de entrar en ese rol. Sin embargo, otros estudios afirman que tienen mayor dificultad para poder combinar familia y trabajo (Neal y cols, 1997).

Los efectos beneficiosos del trabajo se entienden en el sentido de que puede ser una fuente de distracción en comparación a permanecer todo el día en casa al cuidado de la persona enferma. Por otro lado, los aspectos negativos supondrían un aumento de las tareas a realizar, más horas de actividad y más demandas a las ya previamente asignadas. Esto da lugar a que trabajo y cuidado pueden llegar a entrar en conflicto directo (Aneshensel y cols, 1995). En este sentido, uno de los fenómenos más comunes entre los cuidadores es el absentismo laboral, pudiendo llegar al cese laboral para cuidar del enfermo. Entre los que siguen trabajando se ha hallado mayor irritabilidad, tensión y pérdida de interés en el trabajo (Pérez Trullén, Abanto, y Labarta, 1996).

Los estudios señalan que también en este aspecto se aprecian diferencias de género. Montgomery (1992) mantiene que las hijas, especialmente aquellas que trabajan, tienen más riesgo de padecer problemas de reajuste de rol, puesto que son al mismo tiempo más propensas a convertirse en cuidadoras primarias, en cambio, los hijos tienden a convertirse en cuidadores secundarios, aportando su ayuda sólo en caso necesario (Montgomery, 1992; Stoller, 1990).

Kramer y Kipnis (1995) evidenciaron que las mujeres referían mostrarse más distraídas en el trabajo y mayor absentismo laboral, y llegaban a ser menos efectivas en el puesto laboral. En el mismo sentido, Frerdiksen (1996) observó que las mujeres con mayor frecuencia que los hombres dejan su puesto de trabajo para dedicarse al cuidado del ser querido. En oposición, Horowitz (1995) no halló diferencias de género en esta variable.

### **3.2. Alteraciones familiares**

El curso degenerativo de la enfermedad y las responsabilidades relacionadas con el cuidado no sólo hacen difícil la relación entre paciente y cuidador, sino también la relación con el resto de la familia (Aneshensel, y cols, 1995).

La dinámica familiar cambia teniendo que adaptarse a una nueva situación. Es

importante analizar cómo era la relación previa con el enfermo para poder entender mejor este fenómeno. El papel sociofamiliar se modifica dando lugar a un incremento de la tensión familiar, y a discusiones frecuentes que desembocan en conflictos conyugales o familiares serios. Pagel, Erdly y Becker (1978) refirieron que el estrés interpersonal era más frecuente que proviniera de los hermanos (Suitor y Pillemer, 1993) que de los que no tenían esta relación de parentesco. Brody y cols. (1989) encontraron que dos terceras partes de los cuidadores que participaban en su estudio percibían que los hermanos en alguna medida no habían cumplido las expectativas de cuidado del cuidador (no ofrecían apoyo, ofrecían un apoyo inadecuado al paciente) e, incluso, una tercera parte referían haber experimentado un aumento de tensión con sus hermanos durante el proceso de cuidado.

En un esfuerzo de ir más allá y estudiar la afectación del cuidado de un enfermo de Alzheimer en el domicilio en familias multigeneracionales, Fisher y Lieberman (1999, estudiaron cómo es el día a día de una familia compuesta por la esposa o el esposo del paciente, sus hijos, yernos y nueras. En esta investigación se midió el efecto de tener a una persona enferma de Alzheimer en el domicilio en la salud y el bienestar (ansiedad, depresión, bienestar general y salud física) de todos los miembros de la familia. Los resultados indicaron que todos los miembros de la familia experimentaban considerable tensión, incluso en las responsabilidades mínimas del cuidado (Lieberman y Fisher, 1995). Estos autores concluyeron que los efectos del cuidado de una persona con Alzheimer no se limitan solamente al bienestar y a la salud, sino que también tienen influencia en otros roles que en principio no se relacionan directamente con el de cuidado, como por ejemplo, mayores conflictos conyugales entre los hijos/as cuidadores (Lieberman y Fisher, 1999).

### **3.3. Nivel socioeconómico**

Una fuente de estrés puede ser el problema económico. Los ingresos en muchos casos pueden disminuir, incrementándose en todos los casos los gastos derivados del cuidado de la persona dependiente. Mujeres con nivel socioeconómico bajo presentan más signos de carga por suponer esta situación un problema añadido en la compleja situación del cuidado. Así, se ha comprobado que estas mujeres están más frustradas y esta situación se asocia con un menor número de recursos y opciones para afrontar los eventos de la vida (Kopito, 1989).

## **4. VARIABLES MODULADORAS**

Se refiere a los recursos sociales, personales y materiales que ayudan a modificar o regular la relación causal entre los estresores y los resultados. Variables como la personalidad, el apoyo social, las actitudes y las creencias pueden operar como variables moduladoras en cualquier etapa del modelo de estrés (Cohen, 1995).

#### 4.1. Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento fueron definidos por Pearlin y Schooler (1978) como las características de la personalidad que la persona utiliza para hacer frente a la situación de estrés. Billings, Cronkite y Moos (1983) definieron el afrontamiento como las cogniciones y comportamientos que sirven para valorar el significado de los estresores, para controlar o reducir las circunstancias estresantes, y para moderar el arousal afectivo que siempre acompaña el estrés. Lazarus y Folkman (1984) defendían que el afrontamiento depende de la situación, y que el estilo de afrontamiento puede variar dependiendo de la situación que se tenga que afrontar en cada momento. Por lo tanto, en su opinión el examen de los estilos de afrontamiento debería de ser contextual, centrada en el estilo global. Igualmente, la efectividad de un particular estilo de afrontamiento puede variar en función de la situación en la que se utiliza (Lazarus y Folkman, 1984).

Existe desacuerdo en cuanto a cómo se deben de categorizar los estilos de afrontamiento, por lo que los sistemas de clasificación son numerosos. Lazarus y Folkman (1984) señalan los centrados en el problema y los centrados en la emoción. Scheier y Weintraub (1989) introdujeron el modelo de auto regulación y desarrollaron un modelo de afrontamiento que incluía 13 aspectos diferentes. Moos, Cronkite y Finney (1984), por otro lado, propusieron tres métodos de afrontamiento activo: conductual (incluye actuar en consecuencia), cognitivo (pensar y analizar la situación), y de evitación (evitar o ignorar las consecuencias emocionales bien a nivel cognitivo o conductual).

Los estudios avalan que la utilización de la pasividad, la evitación y el escape como estrategias de afrontamiento se relaciona con síntomas depresivos y mayores conflictos interpersonales. La pasividad se asocia así mismo con niveles altos de carga, mientras que los apoyos espirituales y el apoyo de la familia extensa se relaciona con niveles bajos de estrés (Pratt, Schmall, Wright y Cleland, 1985). Los estilos de afrontamiento orientados en la emoción se han relacionado igualmente con malestar psicológico. Los estilos de afrontamiento instrumentales, es decir, los orientados al problema, tienen una relación directa con el bienestar psicológico (Pruchno y Resch, 1989).

Numerosos estudios han estudiado los estilos de afrontamiento relacionados con la depresión tomando como marco teórico el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) y han hallado relación entre algunos estilos de afrontamiento y sintomatología depresiva. Algunos autores hablan de la relación entre estilos de afrontamiento centrados en el problema, estrategias de afrontamiento instrumentales y bajos niveles de depresión (Haley, y cols, 1987; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985), mientras que otros no han hallado tal evidencia (Fingerman y cols, 1996; Pruchno y Resch,

1989; Williamson y Schulz, 1993).

La relación entre estilos de afrontamiento centrados en la emoción y depresión son más consistentes. Se ha demostrado que la utilización de estos estilos de afrontamiento en forma de evitación (Fingerman, Gallagher Thompson, Lovett y Rose, 1996; Vitaliano y cols, 1985), desesperanza (Pruchno y Resch, 1989; Williamson y Schulz, 1993), y descarga emocional (Haley y cols, 1987) están asociadas con altos niveles de depresión en los cuidadores.

Teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento han sido teorizadas como adaptables a la situación cabe la posibilidad de que los cuidadores cambien los estilos de afrontamiento para mejorar la manera en la que enfrentan las situaciones estresantes del cuidado. Haley y Pardo (1989) propusieron un modelo de adaptación y Schulz y Williamson (1991) elaboraron aún más este modelo. Es posible que los cuidadores cambien los estilos de afrontamiento para poder hacer frente al estrés que se produce en el proceso de cuidado reemplazando el afrontamiento inefectivo por estrategias de afrontamiento efectivas, y de este modo, reducir los niveles de estrés.

En cierto modo esta adaptación la predijeron Lazarus y Folkman (1985), quienes ya habían propuesto que el afrontamiento debía entenderse como un proceso dinámico que cambia en función de que cambien las experiencias del individuo. Sin embargo, existe evidencia de que esta adaptación no ocurre siempre. Por ejemplo, Shulz y Williamson (1991) hallaron que la depresión en las mujeres permaneció estable durante un periodo de dos años, pero se produjo un aumento en los varones. En un estudio longitudinal de tres años de Aneshensel y cols, (1995) estimaron cierta estabilidad en los estresores y en el bienestar del cuidador. Encontraron que tanto la sintomatología depresiva como los estresores eran relativamente estables en los cuidadores mientras que el paciente permanecía en el domicilio, a pesar del deterioro progresivo de éste. En consecuencia, es posible que los cuidadores no cambien sus estilos de afrontamiento si los estresores ante los cuales se están enfrentando no cambian, permaneciendo estables los estilos de afrontamiento en algunos cuidadores.

Powers, Gallagher-Thompson y Kraemer (2000) investigaron la relación longitudinal de la depresión y de los estilos de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer no institucionalizados. La frecuencia del afrontamiento cognitivo, conductual y de evitación permaneció relativamente estable en el tiempo, a pesar del deterioro progresivo del paciente. Esto puede explicarse por la posibilidad de que la adaptación del cuidador al estrés hubiera ocurrido en los primeros estadios del cuidado o, incluso, después de los dos años que duró esta investigación. La adaptación general parece estar determinada por el nivel de satisfacción de un cuidador en su propia adaptación a los estadios de la enfermedad de Alzheimer.

Otra de los factores estudiados ha sido la relación entre estilos de afrontamiento y personalidad. Hooker, Fraizer y Monahan (1994) encontraron que los estilos de afrontamiento utilizados por algunas mujeres cuidadores se relacionaban con algunos tipos de personalidad. Lutzsky y Knight (1994) refieren que los altos niveles de depresión y de sintomatología psiquiátrica podría explicarse por los altos índices de neuroticismo que se traduciría en un estilo de afrontamiento de escape-avoidance.

#### 4.2. Apoyo social

Esta variable es considerada una importante mediadora entre los efectos de los estresores y los resultados en el proceso de estrés. En los últimos 20 años han crecido el número de estudios que analizan los apoyos sociales como variables moduladoras del estrés (Cohen y cols, 1985; Krauss, 1986; Ward, 1985). En los años 80 se publicaron muchos artículos describiendo el impacto del cuidado en los familiares de enfermos de Alzheimer (Lyons, 1982; Mace, 1986; Reifler y Wu, 1982). Estos estudios afirman que los apoyos sociales se valoran y se asocian con beneficios sociales. Zarit (1980) aseguró que un número mayor de visitas, por parte de los familiares, se relacionaba con menor sobrecarga. Scott y cols (1986) encontraron que el respiro proporcionado por parte de amigos y familiares se valoraba como necesario por los cuidadores que participaron en su estudio. Fiore y cols (1983) identificaron conexión entre los apoyos sociales y la depresión, de tal manera que a mayor número de contactos sociales menor puntuación en las escalas que miden depresión.

A pesar de que el apoyo social actúa como variable moduladora de las consecuencias del cuidado, son pocos los estudios realizados que han prestado atención a cómo afecta la provisión de apoyo. Los escasos estudios que han abordado este tema (Clip y George, 1990; Quayhagen y Quayhagen, 1988) se han centrado en las características de los cuidadores (edad, salud, situación económica, relación de parentesco con el paciente) y el contexto de cuidado (nivel de incapacidad del paciente, mismo domicilio, etc.). Además generalmente se ha tomado el apoyo de la familia de forma categorial, sin distinguir entre apoyos específicos, como hermanos, cuñados y amigos (Clip y George, 1990; Enright, 1991, Quayhagen y Quayhagen, 1988). Los escasos estudios que han tenido en cuenta esa especificidad han contado con muestras pequeñas para poder realizar un análisis sistemático de los resultados obtenidos (Fengler y Goodrich, 1979), si bien se muestran unánimes en afirmar que los familiares y amigos que viven cerca del cuidador son los que más comúnmente se convierten en fuentes de apoyo (Adam, 1968; Gouldner y Strong, 1987; Leigh, 1982; Wellman y Wortley, 1990; Young y Willmott, 1957).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Salud física

El cuidado del enfermo supone una situación estresante durante mucho tiempo lo que puede generar problemas físicos en los cuidadores, empeorar o incluso cronificar otros que ya existían. El empeoramiento físico de los cuidadores está ampliamente estudiado y suscita acuerdo entre los autores (Roth, Haley, Owen, Clay y Goode, 2001). Se ha observado, asimismo, un deterioro en el sistema inmunológico del cuidador (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask y Glaser, 1991). Algunos estudios han encontrado que las mujeres afirman no tener tiempo para descansar, hacer ejercicio, descansar cuando se sienten enfermas, ir al médico y para tomar la medicación. Como consecuencia se implican menos en conductas que pueden prevenir tanto su bienestar físico como psíquico, y por tanto tienen más riesgo de padecer este tipo de enfermedades (Burton, Newson, Schulz, Hirsch y German, 1997).

### 5.2. Salud psíquica

Está ampliamente documentado que los cuidadores de enfermos con Alzheimer tienen mayor sintomatología depresiva que los cuidadores de personas mayores (Gallagher, Rose, Rivera, Lovett y Thompson, 1989; Haley, y cols, 1987; Schulz, Visintainer y Williamson, 1990). Asimismo muestran más tensión emocional y sintomatología depresiva que los cuidadores de pacientes sin demencia (Hooker, Monahan, Bowman, Fraizer y Shifren, 1998; Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt y Schulz, 1999).

La prevalencia de la sintomatología depresiva en los cuidadores varía dependiendo de la fuente que se consulte, pero todos coinciden en señalar que son cifras que se deben tener en consideración. Schultz, O'Brien, Bookwala y Fleissner (1995) estiman entre el 28% y el 55% la prevalencia de depresión en cuidadores. Otros autores ascienden la cifra al 46% y el 83% (Drinka, Smith y Drinka, 1987; Gallagher, 1989). Hay autores que apuntan que el cuidado tiene un gran impacto en las mujeres (McGrath y cols, 1990; Pruchno y Potashnik, 1989), y especialmente en las esposas pues son ellas las que generalmente proporcionan el cuidado y las que mayores niveles de depresión presentan (Dura, Haywood-Niles y Kielcot-Glaser, 1990; Friss, y Whitlatch, 1991). En un estudio longitudinal con cuidadores de enfermos de Alzheimer se halló que, el 63% de las esposas, el 39% de los maridos, el 39% de las hijas y de las nueras, el 25% de los hijos y el 28% de otros miembros de la familia presentaban sintomatología depresiva (Cohen, Luchins, Eisdorfer, y cols, 1990). La tristeza, la depresión, junto con la ansiedad y la ira, son las reacciones más habituales en los cuidadores como respuesta a las numerosas decisiones dolorosas, ambiguas y confusas que tienen que tomar (Cohen, 2002).

La depresión interfiere en la vida familiar, personal y social, si no se detecta a tiempo y no se toman medidas para tratarla puede originar sufrimiento, desorganización familiar, abuso, negligencia, deseos de muerte y violencia que pueden generar el suicidio e incluso el homicidio (Cohen, 2002). Además en ocasiones va acompañada de disminución del tiempo de ocio, dificultades en la adaptación social y disminución de la satisfacción en general (Coryell y cols, 1995). Estos síntomas pueden afectar en la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, así como en la calidad y continuidad del cuidado ofrecido a la persona mayor.

Parece ser que la sensación de estar atrapado en el rol, la sobrecarga y las alteraciones de conducta del paciente son un fuerte predictor de depresión en los cuidadores (Alspaugh, Zarit y Greene, 1999; Schulz y Williamson, 1991, Redinbaugh y cols, 1995). La utilización de servicios como el centro de día reduce los niveles de depresión del cuidador y la sobrecarga, sin embargo, no varía la sensación de estar capturado en el rol (Zarit y cols, 1998). La única variable que reduce esta sensación es la institucionalización (Aneshensel y cols, 1993).

Alspaugh, Zarit y Greene (1999) detectaron diferencias con respecto a otros estudios longitudinales en los que los niveles de depresión y estrés permanecían estables en el transcurso del tiempo. Hallaron cambios en los estresores objetivos y subjetivos, de modo que algunos cuidadores se volvían sintomáticos y otros asintomáticos en el tiempo. Los cuidadores que presentaban más riesgo de padecer sintomatología depresiva experimentaban mayores niveles de estresores primarios. Una de las limitaciones de este estudio es que ellos postulaban que los estresores primarios eran antecedentes en la depresión en vez de consecuencias. Sin embargo, puede ser que niveles iniciales de sintomatología depresiva sean antecedentes de los estresores objetivos y subjetivos que experimenta el cuidador. Realmente existe evidencia de ambas direcciones causales.

Aneshensel y cols, (1995), Pearlin y cols, (1981) encontraron que el bienestar del cuidador está determinado por la calidad de las experiencias relacionadas con el rol. Sin embargo, otros autores han demostrado una causalidad contraria (Link, Mesagno, Lubner y Dohrenwend, 1990). Alspaugh y cols. (1999) hallaron que los estresores subjetivos son importantes en precipitar la depresión en el cuidador. Esto tiene gran importancia y supone un gran hallazgo para la adecuada intervención con el cuidador. Enseñar técnicas de manejo de las alteraciones de conducta puede ser una de las herramientas útiles para reducir el riesgo de padecer depresión en el cuidador (Lawlor, 1995, Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997). Asimismo, las terapias cognitivas que ayuden al cuidador a reestructurar la experiencia subjetiva de estar atrapado en el rol y la sobrecarga puede ser útiles para reducir los niveles de depresión en el tiempo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Gallagher –Thompson y Steffen, 1994).

### PARTE 3

#### PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON CUIDADORES

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con enfermedad de Alzheimer, en los últimos 20 años se han desarrollado numerosos Programas de Intervención Psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo, comprendiendo desde intervenciones psicológicas individuales a grupos de apoyo, en los que se emplean técnicas específicas tales como entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996).

##### 1. GRUPOS DE APOYO

Está estudiado que es más fácil que las personas desarrollen y mantengan relaciones de apoyo con personas que están pasando por la misma situación, (Bell, 1981; Feld, 1982; Lazarsfeld y Merton, 1954; Marsden, 1988; Merton, 1968; Sutor, 1987). Existen algunos factores que explican el desarrollo y el mantenimiento de estas relaciones, así niveles de semejanza entre la edad, el género, el estado civil y el empleo parecen ser variables que favorecen este tipo de relaciones (Bell, 1981; Feld, 1982; Lin, Wowlfel y Lighr, 1986; Marsden, 1988; Wellman y Wortley, 1990). También el estatus social produce relaciones de apoyo, puesto que estos individuos tienden a tener los mismos intereses y valores (Duck y Craig, 1978; Lea y Duck, 1982; Singer, 1981). Los grupos de apoyo es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Goodman, 1991). En ellos participan tanto cuidadores como profesionales y su dinámica consiste en el cambio de información entre cuidadores que están pasando por una situación similar.

En estos grupos, se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo y se trata de ayudar a los demás. Como se puede apreciar se trata de grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha pero a la vez se proporciona información. Asimismo Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además la experiencia de universalidad (sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima y permiten un mejor afrontamiento del problema.

Numerosos autores asumen que estos grupos proporcionan información (Shibbal-Campagne y Stachow, 1986; Simank y Strickland, 1986) y apoyo emocional (Barnes y

cols, 1981; Lazarus y cols, 1981). Sin embargo, y haciendo referencia una vez más a las diferencias de género en la implicación del cuidado, en el actual contexto cultural de la tradicional división de roles se ha llegado a valorar la necesidad de ofrecer diferentes tipos de apoyo psicosocial a los cuidadores según el género. Los varones prefieren apoyos más prácticos en las actividades manuales del cuidado y las mujeres pueden ser más receptivas hacia apoyos emocionales (escucha, orientación, grupos de autoayuda). Zarit y cols. (1986) caracterizaban la actitud de los maridos como “instrumental” y la de las mujeres como “emocional”, lo cual se ve confirmado en un estudio realizado en Alemania sobre las necesidades y expectativas de los cuidadores que participaban en un grupo de apoyo (Förstl y Geiger-Kabisch, 1995). Desgraciadamente son pocos los estudios que han podido medir los cambios en la percepción en los cuidadores de estar apoyados (Zarit y cols, 1987; Haley y cols, 1987).

## **2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES**

Se han descrito numerosos tipos de intervenciones con cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida del cuidador y en consecuencia la de los pacientes. A pesar de que existe un corpus teórico basado en evidencia que avala la eficacia de dichas intervenciones, las revisiones realizadas al respecto no alcanzan en algunos casos conclusiones unánimes. Ello puede deberse, entre otras razones, a defectos en los diseños experimentales utilizados, problemas en la aleatorización de la muestra o utilización incorrecta de los instrumentos de medida. Algunos autores, incluso, han señalado que la eficacia de las intervenciones con cuidadores puede tener un efecto a largo plazo en la mejora de la calidad de vida, que no se registra en la valoración realizada inmediatamente después de la intervención (Cooke, McNally, Mulligan, Harrison y Newman, 2001).

Por tanto, a pesar de que prácticamente todos los participantes en los diferentes Programas de Intervención Psicosociales realizan una valoración positiva del programa, existen todavía algunas lagunas de evidencia empírica sobre la validez de estos programas (Gallagher-Thompson y cols, 1998). Se trata, por lo tanto, de un área abierta a la investigación y a la mejora del conocimiento científico.

En este sentido y con el objetivo de revisar todos los artículos publicados sobre cuidadores, Brodaty y cols. (2003) llevaron a cabo un meta-análisis sobre intervenciones psicosociales con cuidadores de enfermos con demencia. Las conclusiones de este estudio afirman que estos programas tienen efectos leves, pero significativamente positivos en el aumento del conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. A pesar de estos modestos hallazgos objetivos, la percepción subjetiva de los cuidadores difiere considerablemente puesto que consideran que sus estrategias de afrontamiento se ven gratamente incrementadas (Chiverton y cols, 1989), refieren mejor relación con el pacien-

te (McCallion, 1999), consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado del paciente (Quayhagen y cols, 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Robinson, 1988). Afirman, asimismo, que los programas psicosociales con cuidadores retrasan la institucionalización del paciente (Mittelman y cols, 1996).

En el polo opuesto se encuentran aquellas intervenciones que no tienen efectos positivos en el bienestar de los cuidadores por tratarse de intervenciones psicoeducativas excesivamente cortas (1-3 sesiones), grupos de apoyo sin estructuración de las sesiones y entrevistas individuales que, por sí mismas, no funcionan en la mejora del estado psicológico del cuidador. Lo que sí se encuentra es un consenso creciente en la literatura de que las intervenciones integrales, intensivas e individuales (Toseland y Rossiter, 1989), resultan ser más efectivas que aquellas que no cumplen estas características (Haley y cols, 1997; Kennet y cols, 2000; Mittelman, y cols, 1996).

En cuanto a los contenidos de las sesiones se ha demostrado que las intervenciones psicosociales, que incluyen apoyo social y entrenamiento en diferentes habilidades, son las que tienen mayores efectos en reducción de carga (“burden”) y depresión (Gallagher-Thompson y cols, 2000; Cooke y cols, 2001; Knight y cols, 1993; Gatz y cols, 1990). En el meta-análisis, mencionado anteriormente (Brodaty y cols, 2003), se halló que uno de los aspectos claros, y estadísticamente significativos del éxito de las intervenciones era el aprendizaje por parte del cuidador de técnicas de resolución de problemas en relación al cuidado del paciente (Teri y cols, 1997).

### *2.1. NYU Spouse- Caregiver Intervention Study (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg y Levin, 1996)*

En el programa propuesto por Mittelman y cols, (1996) los objetivos principales consisten en ayudar a los cuidadores a posponer el ingreso del paciente en una residencia y mantener el bienestar de los cuidadores. Esta intervención contiene diferentes componentes. Los cuidadores reciben terapia individual y familiar para incentivarles a participar posteriormente en los grupos de apoyo. Asimismo para el cuidador principal se ofrece un tratamiento telefónico, ad hoc, cuandoquiera que lo solicite.

La terapia individual y familiar inicial consiste en una intervención estructurada, y con un tiempo límite, cuyo objetivo es: a) informar al cuidador sobre diversos aspectos de la enfermedad; b) promover la comunicación para favorecer la comunicación entre ambos; c) entrenamiento en resolución de problemas; d) manejo de comportamientos difíciles; e) promover el apoyo social, y f) concienciar a los cuidadores de la necesidad de administrar fármacos a los pacientes para manejar algunos de los síntomas trata-

bles de la propia enfermedad. El grupo de apoyo y el seguimiento telefónico duran mientras dure la enfermedad.

Los resultados del estudio con cuidadores llevado a cabo con este programa mostraron que se consiguió retrasar el ingreso en la residencia del paciente (Mittelman y cols, 1996). El ingreso en residencia estaba directamente relacionado con la forma en la que afectaban los problemas de memoria y conducta en el cuidador, los niveles de depresión en el cuidador, la severidad de la demencia, el género del cuidador y la edad del paciente (Mittelman y cols, 1996). Con la intervención psicosocial consiguieron que se redujeran los niveles de depresión en los cuidadores.

## *2.2. Programa de intervención de Gallagher-Thompson, Rose, Florsheim, Jacome, Del Maestro y Peters, 2000*

El programa psicoeducativo de intervención propuesto por Gallagher-Thompson y cols, (2000) está basado en los modelos teóricos que describen la influencia de los aspectos cognitivos y del comportamiento en el desarrollo y mantenimiento de estados afectivos negativos como la depresión (Beck y cols, 1979; Lewinsohn y cols, 1986). La intervención realizada con este formato se basa en experiencias anteriores en grupos psicoeducativos para cuidadores, que mostraron ser efectivas en la reducción del malestar asociado a la tarea del cuidado (Gallagher-Thompson y cols, 1985; Gallagher y cols, 1992; Thompson y cols, 1992). El objetivo principal del programa es ayudar a los cuidadores a aprender y establecer estrategias psicológicas adaptativas para manejar las dificultades intrínsecas al cuidado y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida. Está basado en el Programa de Intervención Psicosocial “Older Adult and Family Center” (VA Palo Alto Health Care System). Este programa original de Gallagher-Thompson y cols, (2000) se tradujo y adaptó posteriormente a población hispana por Solano y cols. (2002).

Los estudios previos (Gallagher-Thompson y cols, 2000) demostraron que era necesario centrar las sesiones en enseñar un número limitado de estrategias de manejo a través de aproximaciones instrumentales. En primer lugar, el denominado afecto negativo se ve disminuido con el aprendizaje de técnicas de relajación que, posteriormente, se generalizan para las diversas situaciones estresantes que se dan en el cuidado. Con el fin de percibir el comportamiento de la persona cuidada de forma más realista, identificar y modificar pensamientos inadecuados, y usar la comunicación asertiva de una manera efectiva se incluyen contenidos en el programa para trabajar estos aspectos. En segundo lugar, los afectos positivos se verán aumentados con el aprendizaje de habilidades concretas, como la relación entre estado de ánimo y actividades, incorporando eventos placenteros simples que ocurran en la vida cotidiana, y estableciendo objetivos de cambio personal y recompensas.

La intervención se presenta con estructura similar al de una clase en la que se enseñan técnicas de afrontamiento con un alto grado de estructuración. Este formato didáctico resulta más atractivo para los cuidadores, que tienden a verse a sí mismos como no necesitados de ayuda psicológica, a pesar de los altos niveles de estrés que pueden llegar a presentar. Los objetivos generales consisten en: a) ayudar a los cuidadores a controlar la tensión y el estrés derivado del cuidado (Gallagher-Thompson y cols, 1992), b) enseñarles diferentes estrategias para manejar los problemas de comportamiento de su familiar, y c) aumentar la satisfacción vital (Gallagher-Thompson y cols, 1992; Thompson y cols.1992, Gallagher-Thompson y cols, 2000). Se trata de un programa con un alto grado de versatilidad diseñado, ya desde su origen, para abordar cuidadores de un amplio espectro de procedencias culturales y socioeconómicas. Puede realizarse de forma individual o con grupos reducidos de 6-8 miembros, con sesiones semanales o quincenales, con un total de sesiones que oscilan entre 8 y 12.

### 2.3. Programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda” (Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

El programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”, desarrollado en nuestro país, con el fin de valorar una guía para cuidadores que lleva el mismo título, combina el aprendizaje de habilidades dirigidas al control de situaciones difíciles asociadas al cuidado con las relativas a la promoción de la autonomía y autoestima de las personas cuidadas, la comunicación de los cuidadores con las personas que atienden, y el control de los comportamientos problemáticos que pueden presentar las personas mayores dependientes (Izal y cols, 1997). En el cuadro 1 puede observarse el resumen del contenido del programa.

A través del programa de intervención se pretenden alcanzar dos objetivos fundamentales:

- a) Fomentar en los cuidadores la actitud de darse cuenta de la necesidad de cuidarse mejor a sí mismos y transmitir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar y potenciar en estas personas estrategias adaptativas de afrontamiento de situaciones problemáticas y sentimientos negativos asociados al cuidado.
- b) Proporcionar a los cuidadores conocimientos y destrezas que les ayudarán a cuidar mejor de sus familiares, favoreciendo la autonomía y autoestima de los mismos y evitando el exceso de incapacidad que ocurre en muchos casos.

De esta forma, el contenido del programa se centrará en torno a dos grandes bloques temáticos.

1. El cuidado del cuidador:

- Fomento del darse cuenta de la necesidad de cuidarse a sí mismo
- Descripción de los sentimientos negativos más frecuentes en la vida de los cuidadores (tristeza, culpa, enfado, autocompasión) y explicación de nuevas estrategias para controlarlos (técnicas de relajación, de solución de problemas, asertividad...)
- Explicación de estrategias para cuidar de la salud física y psicológica

2. El cuidado de la persona mayor dependiente.

- Habilidades y destrezas para manejar los comportamientos problemáticos (deambulación, agresividad, incontinencia...) del familiar con Alzheimer.
- Habilidades para favorecer la autonomía, independencia y autoestima del familiar dependiente.

En las primeras sesiones del programa se enseña a los cuidadores a detectar señales de alarma que deben predisponer a empezar a cuidar de sí mismos para, posteriormente, modificar su forma de actuar y poner en práctica habilidades que les ayuden a mejorar su situación como cuidadores.

En las sesiones siguientes se tratan los problemas de comunicación con las personas que cuidan, practicándose las habilidades que contribuyen a resolverlos, así como otro tema tan importante como el pedir ayuda.

En sesiones posteriores se aborda el análisis, prevención y control de los comportamientos problemáticos de los pacientes a los que se enfrentan los cuidadores que asisten al programa (p.e. agresión, agitación, alucinaciones, etc). En estas sesiones se tratan las razones que explican la presencia de este tipo de conductas y se analizan con los cuidadores las posibles pautas de actuación para corregirlas o controlarlas.

La penúltima sesión se dedica a preparar el futuro, establecer, entre otras estrategias tratadas a lo largo del programa, cuáles pueden ser útiles y facilitar su implantación en su vida diaria.

La última sesión se dedica a la evaluación.

**Cuadro 1.** Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Programa de intervención elaborado a partir de la guía “cuando las personas mayores necesitan ayuda (Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

## Apoyo psicosocial: reducción del estrés y la comunicación

| SESIÓN   | CONTENIDOS  | MÉTODO  |
|--|---|---|
| SESIÓN 1.<br>Presentación del curso y de los participantes del mismo.  | Presentación del terapeuta, de los participantes y del programa.<br>Normas (asistencia, participación activa, tareas para casa, respeto de turno de palabra...).<br>Educación: Alzheimer y cuidado (estrés, curso para afrontar el mejor cuidado y reducir las consecuencias negativas) | Presentación cruzada, transparencias y video            |
| SESIÓN 2.<br>El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien   | Darse cuenta (señales de alarma) y descripción de sentimientos negativos  | Exposición teórica, preguntas, tormenta de ideas.       |
| SESIÓN 3.<br>El cuidado del cuidador. Poner límites a la cantidad de cuidado y cuidar la propia salud.           | Importancia de pedir ayuda informal y formal, creencias irracionales, cómo pedir ayuda  | Ejercicio de reflexión, role playing                    |
| SESIÓN 4.<br>El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien. Controlar el enfado y los sentimientos negativos | Poner límites al cuidado, aprender a decir "no", aprender a dejarse ayudar, cuidar de la propia salud.  | Discusión grupal, role – playing                        |
| SESIÓN 5.<br>Favorecer la comunicación.  | Qué es la comunicación, importancia de la comunicación, estrategias para conseguir una buena comunicación con el familiar dependiente.  | Preguntas, ejercicios de role palaying.                 |
| SESIÓN 6.<br>Favorecer la autonomía  | Los riesgos del cuidado y de la ayuda (el exceso de cuidado), cómo potenciar la autonomía, cómo potenciar la autoestima   | Ejercicios de grupo, preguntas.                         |
| SESIÓN 7.<br>Manejo de comportamientos difíciles (I).  | Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)  | Discusión en grupo, ejercicios grupales y role- playing |
| SESIÓN 8.<br>Manejo de comportamientos difíciles (II)  | Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)  | Discusión en grupo, ejercicios grupales y role- playing |
| SESIÓN 9.<br>Planificar el futuro y consulta de dudas  | Mantener reuniones familiares, consultar con otras personas, asegurar la atención del familiar, como medidas de planificación del futuro. Instrucciones personalizadas.   | Ejercicios de role-playing                              |
| SESIÓN 10.<br>Evaluación   | Se procederá a la evaluación del curso y a la concertación de citas futuras.  | Trabajo de grupo  |

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abel, E. K. (1990). Informal care of the disabled elderly: A critique of recent literature. *Research on Aging*, 12, 139-157.
- Abengozar, M. C. y Serra, E. (1997). Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32, 5, 257-269.
- Adams, B. N. (1968). *Kinship in urban setting*. Chicago: Markman.
- Alexopoulos, G. y Abrams, R. (1991). Depression in Alzheimer's disease. *The Psychiatric Clinics of America*, 14, 327-339.
- Allen, S. (1994). Gender differences in spousal caregiving and unmet need of care. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, 187-195.
- Alspaugh, M. E. L., Stephen, M. A., Townsend, A. L., Zarit, S. H. y Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for dementia caregivers: Objective and subjective primary as stress predictors. *Psychology and Aging*, 14, 34-43.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J.T., Zarit, S. H. y Withlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. y Schuler, R.H. (1993). Stress, role captivity and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 54-70.
- Barnes, R. F., Raskind, M. A., Scott, M. y Murphy, C. (1981). Problems of families caring for Alzheimer patients: Use of a support group. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 2, 80-85.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 4 413-445.
- Bazo, M. T. (1998). El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 1, 49-56.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, R. R. (1981). *World friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Biegel, D. E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.

- Billings, A., Cronkite, R. y Moss, R. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 119-133.
- Braithwaite, V. (1996a). Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables. *The Gerontologist*, 36, 42-53.
- Braithwaite, V. (1996b). Understanding stress in informal caregiving: Is burden a problem of the individual or of society. *Research on Aging*, 18, 139-174.
- Brodaty, H. y Luscombe, G. (1998). Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 12, 62-70.
- Brodaty, H. y Gresham, M. (1989). The effect of a training programme to reduce stress in cares of patients with dementia. *British Medical Journal*, 299, 1375-1379.
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsch, C. H. y German, P. S. (1997). Preventative health behaviors among spousal caregivers. *Preventative Medicine*, 26, 162-169.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., y Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, 43, 35-92.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K. L., Nichols, L., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D. (2001). Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problems of treatment implementation. *The Gerontologist*, 41, 481-487.
- Cantor, M. (1983). Strain among caregivers: A study of a experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 23, 6, 597-604.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Clipp, E. C y George, L. K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 102-112.
- Czaja, S. J., Eisdorfer, C. y Schulz, R. (2000). Future directions in caregiving: Implications for intervention research. En: D. Beigel & A. Blum (Eds), *Innovations in practice and service delivery across the life span* (pp. 295-325). New York: Springer.
- Chang, C. F. y White-Means, S. I. (1991). The men who care: An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *The Journal of Applied*

*Gerontology*, 10, 343-358.

- Chenoweth, B., Spencer, B. (1986). Dementia. The experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26, 3, 267-272.
- Cohen, C. I., Teresi, J. y Holmes, D. (1985). Social networks and adaptation. *The Gerontologist*, 25, 3, 297-304.
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, D., Luchins, D. y Eisdorfer, C. (1990). Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children and other family caregivers. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 171-182.
- Cohen, S, Kamarck, T. y Mermelstein, R (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (1998) Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 885-889.
- Cohen, D. (2000). Caregiver stress increases the risk of homicide-suicide. *Geriatric Times*, 1, 1-7.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (2001). *The Loss of self: A family Resource for Alzheimer's disease and related disorders*. New York: WW Norton.
- Cohen, D. (2002). *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Family and Professional cares: Findings lead to action, 49-54.
- 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.
- Coryell, W., Endicott, J., Winokur, G., Akiskal, K., Solomon, D., Leon, A., Mueller, T. y Shea, T. (1995). Characteristics and significance of untreated major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1124-1129.
- Crowne, D. P. y Marwe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cummings, J.L., Ross, W, Absher, J., Gornbein, J. y Hadjiaghai, L. (1995). Depressive symptoms in Alzheimer disease: Assessment and determinants. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, 2, 87-93.
- Cummings, J. L., Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH). (2000). Versión para centros de cuidados crónicos. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 75-83.

- Cummings, J.L. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 ,2308-2314.
- DeBettingnies, B.H., Mahurin, R.K. y Pirozzolo, J.R. (1993). Functional status in Alzheimer´s disease and multi-infarct dementia: A comparisson o f paciente performance and caregiver report. *Clinical Gerontologist*, 12, 31-49.
- Deimling, G. T. y Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- Doriga PL., Guillen F. (1995). *Aproximación clínica al paciente geriátrico, técnicas de valoración geriátrica, evaluación clínica, funcional, mental y social*. Monografías de actualización en Geriátria. (Ed) Médicos S.A. Madrid, 1,5-33.
- Drinka, T. J., Smith, J. y Drinka, P. J. (1987). Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatrics referral clinic. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 522-525.
- Duck, S. W. Y Craig, R. G. (1978). Personality, similirity, and the devolepment of friendship: A longitudinal study. *British Journal of Clinical psychology*, 17, 237-242.
- Dura, J. R., Haywood-Niler, E. y Kielcot-Glaser, J. K. (1990). Spousal caregivers of persons with Alzheimer´s and Parkinson´s disease dementia: A preliminary comparison. *The Gerontologist*, 30, 332-339.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson.
- Dwyer, J.W. y Coward, R.T. (1991). A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, 25-269.
- Enright, R. B. (1991). Caregiving and help recieved by spouses and adult children of brain-impired adults. *The Gerontologist*, 31, 375-383.
- Feld, S. L. (1982). Social strucutral determinants of similarity among associates. *American Sociological Review*, 47, 797-801
- Fengler, A. P y Goodrich, N. (1979). Wives of eldely disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist*, 19, 175-183.
- Fingerman, K. L, Gallagher-Thompson, D., Lovett, S. y Rose, J. (1996). Internal resourcefulness, task demands, coping and dysphoric affect among caregivers of the frail elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 42, 229-248.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D. B. (1983). Scial network interactions: A Buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11, 4, 423-439.

- Fisher, L. Lieberman, M. A. (2002). Family support and burden in Alzheimer's disease. *Family and professional carers: Findings lead to action*, 31-35.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., y Eastham, J. C. (1986) Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives. *The Gerontologist*, 26, 248-252.
- Flórez Lozano, J. A., Adeva J., García M. C. y Gómez Martín M. P. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano*, 20-26, 1218, 53-64.
- Förstl, H., y Geiger-Kabisch, C. (1995). "Alzheimer Angehörigengruppe". Eine systematische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger. *Psychiatric Prax*, 22, 68-71.
- Fredriksen, K. I. (1996). Gender differences in employment and the informal care adults. *Journal of Women and Aging*, 8, 35-53.
- Friss, L. R. y Whitlatch, C. J. (1991). Who's taking care? A statewide study of family caregivers. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research (Sep-Oct)*, 16-26.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29, 449-456.
- Gallagher-Thompson, D. y Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., McGee, J. S., Krisztal, E., Kaye, J., Coon, D. y Thompson, L. (2002). *Coping with caregiving: Reducing stress and improving quality of life. Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gallagher, D., Thompson, L., Silven, D., & Priddy, M. (1995). *Problem solving for caregivers: Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. y Thompson, L. W. (2001). Reducing distress in Hispanic family caregivers using a psychoeducational intervention. *Clinical Gerontologist*, 23, 17-32.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. y Thompson, L. W. (2003). Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives With Dementia: Site-Specific Results From the REACH National Collaborative Study. *The Gerontologist*, 43, 4, 580-591.
- Gallagher-Thompson, D., Leary, M. C., Ossinalde, C., Romero, J.J., Wald, M. y

- Fernandez-Gamarra, E. (1997). Hispanic caregivers of older adults with dementia: Cultural issues in outreach and intervention. *Easter Group Psychotherapy Society*, 21, 2, 211-232.
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. McKibbin, C., Coon, D. W., Futterman, A., y Thompson, L. W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-110.
  - Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Gantz, F., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L., Arguello, D., Johnson, C., Moorehead, R.S., Polich, Chesney, M. y Gatz, M., Bengtson, V. L., y Blum, M. J. (2000). Caregiving families. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 404–426). San Diego: Academic Press.
  - Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L. (2000). *Controlling your frustration: A class for caregivers (Leaders Manual and Participant Workbook)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center.
  - Gallagher-Thompson, D., Solano, N., Coon, D. & Arean, P (2003). Recruitment and retention of Latina dementia family caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn. *The Gerontologist*, 43, 45-51.
  - Gallagher-Thompson, D. W., Coon, D., Rivera, P, Powers, D. y Zeiss, A. M. (1998). Family caregiving. Stress, coping and intervention. En *Handbook of Clinical Geropsychology*, Plenum Press, New York.
  - Gallagher-Thompson, D. & DeVries, H. M. (1994). Coping with frustration classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *The Gerontologist*, 34, 548-552.
  - Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I. y Zarit, S. H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behaviour problems. *Psychology and Aging*, 15, 3, 437-450.
  - Gatz, M., Bengtson, V. L. y Blum, M. J. (1990). Caregiving families. En J. E. Birren y J.W. Schiaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (3<sup>rd</sup>.ed). San Diego:Academic Press, Inc.
  - George, L. K., Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
  - Goodman, C. C. (1991). Percieved social support for caregiving:measuring benefit of sel-help/support group participation. *Journal of Gerontological Social Work*, 16 (3/4), 163-175.
  - Gouldner, H. y Strong M. S. (1987). *Speaking of friendship: Middle-class women and*

*their friends*. Westport, CT: Greenwood press.

- Hadjistavropoulos, T., Taylor, S., Tuokko, H. y Beattie, B. L. (1994). Neuropsychological deficits , caregivers´ perception of deficits and caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 308-314.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. y Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Haley, W. E. y Pardo, K. M. (1989). Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4, 389-392.
- Haley, W. E., Levine, E.G., Brown, S. L. Berry, J. W. y Hughes, G. H. (1987). Psychological , social and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Haley, W. F., Ehrbar, L. y Schonwetter, R. (1997). Family caregiving issues. En L. Balducci, G.H. Lyman, & W.B. Ershler (Eds.), *Comprehensive geriatric oncology* (pp 805-812). London: Harwood Academic.
- Homans, G. (1950). *Social Behavior: It´s elementary forms*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Browman, S. R., Fraizer, L. D. y Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 73-85.
- Hooker, K., Fraizer, L. D. y Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34, 386-392.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Grontologist*, 36, 612-617.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E. y Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents in law. Is gender important?. *The Gerontologist*, 25, 612-617.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio del cuidador y del demente. En Del Ser, T. y Peña-Casanova, J, (Eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.Prous, 201-222.
- Izal, M. y Montorio, I. y Díaz-Veiga, P. (1997). Cuando las personas mayores necesitan ayuda. *Guía para familiares y cuidadores*: IMSERSO.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis.

- Kasper, J. D. y Shore, A. D. (1994). Cognitive impairment and problem behaviors as risk factors and institutionalization. *The Journal of Applied Gerontology*, 13, 371-385.
- Katz, I. R. (1998). *Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl.9), 38-44.
- Kennet, J., Burgio, L. y Schulz, R. (2000). Interventions for in-home caregivers: A Review of research 1990 to present. En R. Schulz (Ed.) *Handbook of dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 61-125). New York: Springer.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R. , Speicher, C. E., Trask, O. J. y Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims : Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Knight, B. G., Lutzky, S. M., y Macofsky-Urban, F. (1993). Ameta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*, 33, 240-248.
- Kopito, A. (1989). The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist Society of America*, 29 (2), 166-172.
- Kramer, B. J. y Kipnis, S. Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, 35, 340-358.
- Krause, N. (1986). Social support, stress and well-being among older adults. *Journal of Gerontology*, 41, 4, 512-519.
- Kukull, W. A., Larson, E. B. Reifler, B. V., Lampe, T. H., Terby, M. S., Hughes, J.P. (1990). The validity of three clinical diagnostic criteria for Alzheimer's disease. *Neurology*, 40, 1364-1369.
- Lawlor, B. A. (1995). *Behavioral complications in Alzheimer's disease: Clinical Practice* (Rep. No.31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lawton M. P, Brody E. M. (1969). Assesment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 9, 179-186.
- Lawton, M. P, Kleban, M. H., Moss, M. Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.
- Lawton, M. P, Moss, 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, 181-189.

- Lazarsfeld, P. F. y Merton, R. K. (1954). Friendship as a social process: A substantive and methodological analysis. En: Morroe Berger, T. A. & C. H. Page (Eds.), *Freedom and control in modern society*. New York: Litton.
- Lazarus, L. W., Stafford, B., Cooper, K., Cohler, B. y Dysken, M. (1981). A pilot study of an Alzheimer patients' relatives discussion group. *The Gerontologist*, 21, 4, 353-358.
- Lazarus R., y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. (1984). New York: Springer.
- Lea, M. y Duck, S. W. (1982). A model for the role of similarity of values in friendship development. *British Journal of Social psychology*, 21, 301-310.
- Lévesque, L. y Laurin, L. (1995). A multidimensional Examination of the psychological and social well-being of caregivers of a demented relative. *Research on Aging*, 17, 3, 332-360.
- Li, L. W., Seltzer, M. M. y Greenberg, J. S. (1999). Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18 – month longitudinal study. *Psychology and Aging*, 14, 206-219.
- Lieberman, M. S. (1979). Help seeking and self-help groups. En M.A. Lieberman, I.D. Borman & Associates (Eds.). *Self-Help groups for coping with crisis*, San Francisco: Jossey-Bass, pp 116-149.
- Lin, N. M. Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1986). Buffering the impact of the most important life event. En: N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.) *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Link, B.G., Mesagno, F.P., Lubner, M.E. y Dohrenwend, B. (1990). Problems in measuring role strain and social functioning in relation to psychological symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 354-369.
- Lutzsky, S. M. y Knight, B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress : The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9, 513-519.
- Lyons, W. (1982). Coping with cognitive impairment : Some family dynamics and helping roles. *Journal of Gerontological Social Work*, 4 (3/4), 3-20.
- Mace, N. L. (1986). Families : The other side of Alzheimer's. *Provider*, 12, 5, 22-25.
- Maddock, D., Kliner, C. y Islam, C. (1998). Carer needs assessment trial. Adelaida: Royal district nursing service south Australia.
- Magai, C., Hartung, R. y Cohen, C. I. (1995). Caregiver distress and behavioral symptoms. En: *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Lawlor B.A.

Washington: American Psychiatric Press Inc.

- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Majerovitz, S. D. (1995). Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patient with dementia. *Psychology and Aging*, 10, 446-457.
- Marsden, P. (1988). Homogeneity in confiding relationships. *Social Networks*, 10, 57-76.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier N. y Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- McCubbin H. I. Olson, D. H., Larsen A. S. (2000). *Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPES] (1987, 1991)*. En: Corcoran K. & Fischer J. *Measures for clinical practice: A sourcebook*. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr. V.1, 294-297
- McGrath, E., Keita, G. P, Strickland, B. R. y Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American psychological Association.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free press.
- Miller, B. y Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact?. *The Gerontologist*, 32, 498-507.
- Miller, B y Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Research on Aging*, 12, 72-93.
- Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., y Levin, B. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomized trial . *Journal of American Medical Association*, 276, 1725-1731.
- Mittelman M.S., Roth D.L., Haley W.E., Zarit S.H. (2004). Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *Journal of Gerontology B Psychology Sciences Social Sciences Jan*, 59(1), 27-34.
- Montgomery, R. J. V. (1992). Gender differences in patterns if child-parent caregiving relationships. En J.W.Dwyer & R.T. Coward (Eds.) *Gender, families and elder care* (pp.65-83). Newbury Park, CA:Sage.
- Montgomery, R. J. V. y Kamo, Y. (1989). Parent care by sons and daughters. En J.A. Mancini (Ed.), *Aging parents and adult children* (pp. 213-227). Lexington, MA:

Lexington Books.

- Montmogery, R. J. V., Gonyea J. G. y Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V. y Ostfeld, A. M. (1992). The health impact of living with cognitively impaired spouse. *Journal of Aging and Health*, 4, 244-267.
- Moritz, D. J. Stansilav, S. V y Berkman, L. F. (1989). The impact of living with cognitively impaired spouse. Depressive symptoms and social functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 17-27.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C. y Finney, J. W. (1984). *Health and daily living form manual*. Palo Alto. CA: Department of Veterans Affairs medical Center,.
- Moye, J., Robiner, W. N. y Mackenzie, T. B. (1993). Depression in Alzheimer patients: Discrepancies between patient and caregiver reports. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 7, 187-201.
- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). Inventario de situaciones potencialmente estresantes. *Anales de Psicología*, 18, 2, 319-331.
- Mui, A. C. (1995). Caring for frail elderly parents: A comparison of adult sons and daughters. *The Gerontologist*, 35, 86-93.
- Muñoz-Cruzado, M. (1993). Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes. *Geriátrika*, 9, 407-410.
- Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B. y Strrels, M. E. (1997). Gender and relationship differences in caregiving aptterns ans consequences among employed caregivers. *The Gerontologist*, 37, 804-816.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S. y Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-185.
- Ory, M., Yee, J., Tennstad, S. y Schulz, R. (2000). The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers. En: *Handbook of Dementia Caregiving: Evidence-Based Interventions for Family Caregivers*, R. Schulz (Ed.) New York: Springer.
- Ott, B. R. y Fogel, B. S. (1992). Measurement of depression in dementia: Self versus clinician rating. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 899-904.
- Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C. (1992). Severe family violence and Alzheimers´ s disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32, 493-497.
- Padierna, J. A. (1993). Apoyo asistencial a los familiares de los enfermos de

Alzheimer. La carga familiar. *Zerbitzuan*, 22, 47-53.

- Parks, S. H. y Pilisuk, M. (1991). Caregiver burden: Gender and the psychological costs of caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 501-509.
- Pearlin, L. I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. En: Light, E., Niederehe, G. & Lebowitz B.D (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer´s patients*. Nueva York: Springer.
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. y Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pérez Trullén, J. M., Abanto, J. y Labarta, J. (1996) . El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención primaria*, 18, 4, 82-98.
- Poulshock, S. y Diemling, G. (1984). Families caring for elders in residence: issues on measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.
- Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D. y Kraemer, H. C. (2002). Coping and depression in Alzheimer´s caregivers: Longitudinal evidence of stability. *Journal of Gerontology*, 57B, (3), 205-211.
- Pratt, C., Schmall, V., Wright, S. y Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer´s patients. *Family Reations*, 34, 27-33.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). Mental health of caregivers spouses: Coping as mediator, moderator or main effect?. *Psychology and Aging*, 4, (4), 454-463.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). Aberrant behaviours and Alzheimer Disease: Mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology*, 44, S177-182.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist*, 29, 19-65.
- Pruchno, R. A. y Potashnik, S.L. (1989). Caregiving spouses: Pshysical and mental health in perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 697-705.
- Pruchno, R. A., Kleban, M., Michaels, J. y Dempsey, N. (1990). Mental and physical health of caregiving spouses: Development of a causal model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45,192-199.

- Quayhagen, M. P y Quayhagen, M. (1988). Alzheimer's stress: Coping with caregiver role. *The Gerontologist*, 28, 391-396.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self – report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401
- Rankin, E. D., Haut, M.W. y Keefover, R. W. (1992). Clinical Assessment of Family Caregivers in Dementia. *The Gerontologist*, 32,(6), 813-821.
- Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Recurrent syndromal depression in caregivers. *Psychology and Aging*, 10, 658-368.
- Reifler, B. V. Y Wu, S. (1982). Managing families of demented elderly. *Journal of Family Practice*, 14, 6, 1051-1056.
- Reig, A., Ribera, D. y Miquel, J. (1991). Psychosocial support groups and daily stress in noninstitutionalized elderly. *Psychological Assessment*, 7, 191-200
- Rose-Rego, S.K., Strauss, M.E. y Smyth, K.A. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 38, 224-230.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen J. E., Clay, J. y Goode, K. T. (2001). Latent Growth Models of the Longitudinal Effects of dementia caregiving. A comparison of African American and white family caregivers. *Psychology and Aging*,16,(3), 427-436.
- Salgado A. y Alarcón, M. T. (1993). Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano. En: A. Salgado, & M.T. Alarcón *Valoración del paciente anciano*. (Ed.), Masson S.A. Barcelona, 2-99.
- Scott, J. P, Roberto, K. A. y Hutton, J. T. (1986). Families of Alzheimer's victims. Family support to the caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 5, 348-354.
- Schultz, R. y Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6, 569-579.
- Schulz, O´Braien, A.T. Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence correlates and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., Visintainer, P, y Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Studies*, 45,181-191.
- Seltzer, M. M. y Li L. W. (2000). The dynamics of caregiving: Transition during a three-year prospective study. *The Gerontological Society of America*, 40,(2),165-

178.

- Shibbal-Champagne, S. y Lipinska-Stachow, D. M. (1986). Alzheimer's educational/support group: Considerations for success-awareness of family tasks, pre-planning, and active professional facilitation. *Journal of Gerontological Social Work*, 9, 2, 41-48.
- Simank, M. H. y Strickland, K. J. (1986). Assisting families in coping with Alzheimer's disease and other related dementias with the establishment of mutual support group. *Journal of Gerontological Social Work*, 9, 2, 49-58.
- Singer, E. (1981). Reference groups and social evaluations. En: M. Rosemberg & R. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books.
- Solano, N., Cardenas, V., Day, y Gallagher-Thompson, D. (2002). *Reduciendo su tensión y mejorando su calidad de vida: una clase para cuidadores (manual)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center and Stanford University School of Medicine.
- Sthepens, M. A. y Zarit, S. H. (1989). Symposium : Family caregiving to dependent older adults: Stress, appraisal, and coping. *Psychology and Aging*, 4, 387-388.
- Stoller, E. P. (1990). Males as helpers: The role of sons, relatives and friends. *The Gerontologist*, 30, 228-235.
- Stuckey, J. C., Neundorfer, M. M. y Smyth, K. A. (1996). Burden and well-being: The same coin or related currency?. *The Gerontologist*, 36, 686-693.
- Suitor, J. J. (1987). Friendship networks in transition: Married mothers return to school. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 445-461.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journal of Gerontology*, 48,1, 1-8.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1994). Family caregiving and marital satisfaction: Findings from one-year panel study of women caring for patients with dementia. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 681-690.
- Talkington-Boyer, S. y Snyder, D. K. (1994). *Assessing impact on family caregiver to Alzheimer's disease patients*. *American Journal of Family Therapy*, 22, 57-66.
- Tennstedt, S.I., Crwford, S. Y McKinlay, J.B. (1993). Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship?. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 74-83.
- Thompson, C. y Spilsbury, K. Support for carers of people with Alzheimer's type

dementia (Cochrane review). *Family and Professional cares: Findings lead to action*, 115-119.

- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled trial. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B, 159-166.
- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. y Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregivers on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4, 393-401.
- Toseland, R. W. y Rossiter, C. (1989), Group intervention to support caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 29, 438-448.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Heather M., Teri., L. y Maiuro, D. (1991). Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Psychology and Aging*, 6, 3, 392-402.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. y Becker, J. D. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Walker, A. J., Acock, A. C., Bowman, S. R. y Li, F. (1996). Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis. *Journal of Gerontology*, 51, 130-142.
- Ward, R. A. (1985). Informal networks and well-being in later life: a research agenda. *The Gerontologist*, 25, 1, 55-61.
- Weiner, B., Graham, S. y Chandler, C. (1982). Pity, anger, and guilt: an attributional analysis. *Personality and social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.
- Weiner, B., Perry, R.P. y Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Wellman, B. y Wortley, S. (1990). Different strokes from different strokes: Community ties and social support. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588.
- Williamson, G. M. y Schulz, R. (1990). Relationship orientation quality of prior relationship and distress among Alzheimer's patients. *Psychology and Aging*, 5, 502-509.
- Williamson, G. M. y Schulz, R. (1993). Coping with specific stressors in Alzheimer's Disease caregiving. *The Gerontologist*, 33, 747-755.
- Wragg, R. y Jeste, D. (1989). Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 146, 557-587.

## ■ ■ ■ Apoyo psicosocial: reducción del estrés y la comunicación

---

- Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). Gender Differences in Psychiatric Morbidity among Family Caregivers: A Review and Analysis. *The Gerontologist*, 40, 2, 147-164.
- Young, R. F. y Kahana, E. (1989). Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain. *The Gerontologist*, 29, 660-666.
- Young, M. y Willmott, P. (1957). *Family and kinship in East London*. Baltimore, MD: Penguin.
- Zarit, S. H. y Zarit, J. M. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-654.
- Zarit, S.H., Reever, K. y Bach-Patterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S.H., Todd P.A., Zarit J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.
- Zarit, S. H. , Anthony, C. R. y Boutselis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients. Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 3, 225-232.

