

Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales

A. Losada^a, B.G. Knight^b y M. Márquez^a

^aLicenciado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bDoctor en Psicología. Andrus Gerontology Center. University of Southern California. Los Angeles. EE.UU.

RESUMEN

Diferentes observaciones empíricas y clínicas realizadas en cuidadores de personas mayores dependientes sugieren la existencia de determinadas creencias, valores y actitudes, socioculturalmente transmitidas, que pueden influir en el proceso de estrés y afrontamiento del cuidado. Este trabajo ofrece una revisión de estas creencias, que pueden actuar como barreras cognitivas para un adecuado afrontamiento del cuidado.

Palabras clave

Cuidadores. Creencias. Valores. Barreras. Estrés. Afrontamiento.

Cognitive barriers against caregiving to elderly dependent individuals. The influence of sociocultural variables

ABSTRACT

Various empirical and clinical findings suggest the presence of specific, socioculturally transmitted, beliefs, values and attitudes that can affect stress levels and the ability to cope in the caregivers of elderly, dependent individuals. We present a review of these beliefs, which may act as cognitive barriers against coping in an adaptive way with caregiving.

Key words

Caregivers. Beliefs. Values. Barriers. Stress. Coping.

Este trabajo corresponde al informe de la Beca de Formación en Centros Extranjeros concedida por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología a Andrés Losada Baltar, realizado en el Andrus Gerontology Center (Los Angeles, California, EE.UU.) en el año 2002 y que ha sido redactado en formato de publicación.

Correspondencia: A. Losada Baltar. Departamento de Psicología Biológica y de Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Ctra. Colmenar Viejo, Km 15. 28049 Madrid. España.
Correo electrónico: andres.losada@uam.es

Recibido el 28-10-02; aceptado el 31-1-03.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 15 o 20 años ha habido una extensa producción científica acerca de los efectos que tiene en los cuidadores el hecho de cuidar a personas mayores de su familia. Estos trabajos nos permiten afirmar que prestar asistencia informal a personas mayores con problemas de salud (funcionamiento físico, cognitivo, problemas de conducta, etc.) constituye una situación típicamente generadora de estrés en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social^{1,2}. De hecho, el cuidado de personas mayores ha sido señalado como un ejemplo prototípico de situación en que las personas implicadas se encuentran sometidas a estrés crónico³.

La mayoría de los trabajos que estudian las variables implicadas en el cuidado se han basado en modelos clásicos del estrés, como el de Lazarus y Folkman⁴. Básicamente, este modelo define el estrés como el resultado de la interacción entre los individuos y su ambiente. En este modelo es crucial la interpretación que el individuo haga del potencial estresor en términos de su capacidad para causar daño, de acuerdo con la idea de que la percepción y la interpretación de un suceso significativo, más que el suceso en sí mismo, son los factores que explican las diferencias individuales en las respuestas de estrés y las consecuencias del cuidado observadas en los individuos⁵.

Los modelos de estrés y afrontamiento, basados en el de Lazarus y Folkman⁴ y adaptados a la situación del cuidado⁶⁻⁹, suelen incluir las siguientes categorías de variables: a) variables de contexto, tales como el sexo, la edad, el parentesco con la persona cuidada y la salud del cuidador; b) demandas implicadas en la situación de cuidado (estresores), como los comportamientos problemáticos o los déficit de memoria que pueda manifestar la persona cuidada, así como las actividades diarias en las que ésta sea dependiente; c) el grado en que el cuidador percibe o evalúa las demandas como estresantes; d) variables que median (mediadoras) entre la evaluación de

los estresores y sus consecuencias, de las que las más estudiadas son las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, y e) las consecuencias de las demandas del cuidado (tanto emocionales como físicas).

En los últimos años se ha acentuado el interés por analizar el papel que desempeñan variables de tipo cultural (creencias, valores, normas) en el estrés de los cuidadores, si bien el número de estudios sobre este tema¹⁰ es aún limitado.

Este trabajo pretende ser una reflexión en torno a la importancia de considerar este tipo de variables tanto en la investigación como en la práctica con cuidadores de personas mayores dependientes. Concretamente, se comienza analizando el origen de determinadas creencias y actitudes y su influencia sobre el proceso de afrontamiento del cuidado. Tras este análisis, se presentan las variables socioculturales más estudiadas, así como los distintos tipos de estudios que pueden realizarse desde un enfoque cultural. El otro gran bloque del presente trabajo está constituido por una reflexión, realizada desde un enfoque clínico, sobre la adaptatividad/desadaptatividad de determinadas creencias y actitudes hacia el cuidado y aspectos relacionados. Finalmente, se sugieren las ventajas que supondría la consideración de las variables socioculturales a la hora de diseñar, difundir y administrar los distintos tipos de servicios comunitarios de atención a la persona mayor y su familia.

PAPEL DE LAS VARIABLES SOCIOCULTURALES EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Los estudios realizados desde un enfoque cultural suelen compartir la definición de cultura como el conjunto de valores, creencias, tradiciones, símbolos, lenguaje y organización social significativos para los miembros de un grupo¹¹. Las aproximaciones sociológica y conductual al estudio de la personalidad coinciden en que ésta es el resultado de las experiencias vitales, y un gran número de teóricos han señalado que la historia colectiva y los acontecimientos sociológicos y culturales se traducen en influencias microambientales que afectan al desarrollo de los individuos^{12,13}. Patrones de crianza de los hijos, presión de grupo, estilos educacionales y oportunidades vocacionales son algunos de los mecanismos a través de los cuales se produce esta influencia¹⁴. Los valores y normas compartidas en una sociedad proporcionan a los individuos un marco de referencia desde el que guiar sus vidas (pensamientos, emociones, conductas).

Situándonos en el contexto del cuidado, las variables de tipo cultural pueden ejercer su papel en el proceso de estrés del cuidador a través de su influencia diferencial en factores contextuales, la evaluación de los estresores, las variables mediadoras del estrés (apoyo social y estrategias de afrontamiento) o las consecuencias emocionales del estrés^{10,11,15,16}.

La mayoría de los estudios que analizan el papel de las variables socioculturales en el proceso del cuidado han sido realizados en otros países, y los que tratan este tipo de variables en la población española son aún escasos. Entre las variables relacionadas con la cultura que pueden afectar de una u otra manera al individuo y la familia, y que han sido señaladas en la literatura especializada, se encuentran el familismo^{10,17}, el personalismo^{18,19}, la expectativa de que el cuidado será llevado a cabo por la mujer²⁰ y el jerarquismo²¹.

El familismo, más presente en las culturas hispanas que en las anglosajonas²², hace referencia a sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre miembros de una misma familia y, también, a la división de papeles entre los miembros de la familia¹⁸. Se ha sugerido que personas con fuertes valores familistas tienden a buscar ayuda en primer lugar, y, a menudo de forma exclusiva, en la familia²³ y muestran una tendencia a considerar que el hecho de comentar los problemas mentales de un miembro de la familia con personas ajenas a ella puede empañar la imagen del familiar y de la misma familia en la comunidad de pertenencia²⁴.

El personalismo, otra de las variables culturales comentadas en la literatura, hace referencia a una mayor confianza en lo personal (una persona conocida) que en lo impersonal (una institución o una persona no familiar). Además, la expectativa de que el cuidado de un marido o de los hijos será llevado a cabo por la mujer se encuentra presente en diferente grado en diferentes culturas (el término anglosajón que se utiliza para describir esta variable cultural es *marianism*). En España, la atención a los niños y a las personas mayores de la familia ha sido asignada tradicionalmente a la mujer, y hoy día sigue siendo ella la principal encargada de estas responsabilidades²⁵.

El jerarquismo, por su parte, hace referencia a la interiorización de una estructura social jerárquica y la asunción de las posiciones relativas (estatus) que una persona ocupa con respecto a otras, y que influye en cómo éstas actúan¹⁸.

Como se ha señalado, si bien existen algunos estudios realizados en España, como el del INSERSO²⁵, en los que se refleja la existencia de este tipo de valores en la sociedad, la mayoría de los estudios que han analizado este tipo de variables han sido llevados a cabo en EE.UU., país en el que, en la actualidad y debido a la multiculturalidad de su población²⁶, se están llevando a cabo importantes esfuerzos para identificar las barreras que dificultan la participación social de minorías étnicas y su acceso a los servicios sanitarios y sociales^{21,27}. Diferentes estudios realizados desde un enfoque cultural han encontrado diferencias en la percepción de carga del cuidador en función de la raza o cultura²⁸⁻³⁰. La comparación de las experiencias de cuidadores pertenecientes a diferentes culturas puede aumentar el conocimiento teórico del proceso del cuidado al permitir distinguir sus com-

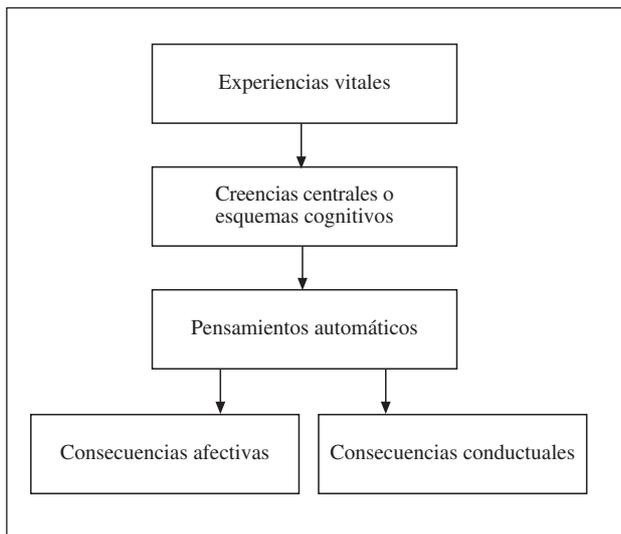


Figura 1. Modelo de la teoría cognitiva (McLean et al²).

ponentes universales de los que se ven mediados por las normas, las expectativas o las experiencias de un grupo cultural determinado³¹.

En íntima relación con los trabajos transculturales, se han llevado a cabo estudios en los que se evalúa cómo afecta al proceso de estrés el proceso de adaptación de las personas de procedencia u origen cultural distintos de la cultura del país que las acoge. Este proceso, que hace referencia al grado en el que una persona asimila las creencias, valores, lenguaje y comportamientos del país que la acoge debido al continuo contacto con otros grupos de población, es denominado *aculturización*^{11,32}.

Un estudio de este tipo fue realizado por Cox et al³³, quienes encontraron, en una población de cuidadores hispanos, una relación directa y significativa entre niveles de depresión y adherencia a la norma cultural de apoyo filial, que obliga a los adultos jóvenes a cuidar de sus padres mayores y a no utilizar ayuda profesional debido a la vergüenza que ello supondría para la familia. Además, en este mismo estudio, el ítem de la escala de carga de Zarit³⁴ que más se asociaba con la puntuación total de carga era el que hace referencia a la no disponibilidad de tiempo para cuestiones personales debido a las responsabilidades del cuidado. De estos resultados podría concluirse que una mayor aculturización de la población hispana residente en EE.UU. implica una menor adherencia a los valores tradicionales (incluyendo la norma de la responsabilidad familiar del cuidado) y, por lo tanto, una menor presencia de barreras psicológicas personales de los cuidadores a la hora de buscar y utilizar servicios externos para sus familiares con demencia.

Finalmente, otros estudios se centran en el análisis de la influencia que puede tener en el proceso del cuidado la existencia de diferencias intraculturales en la forma de pensar de individuos pertenecientes a una misma cultura

(p. ej., diferencias en la manera de pensar de padres e hijos)³⁵. El análisis de las diferencias intraculturales permite explorar la influencia de los distintos grados de adherencia a las normas y valores tradicionales por parte de las personas de una cultura concreta sobre variables de resultado como el estrés del cuidador o mediadoras como las estrategias de afrontamiento.

Este tipo de análisis parece especialmente relevante en sociedades modernas, industrializadas y urbanas como la española, que desde hace décadas experimentan profundos cambios en su estructura de valores y normas. Así, la concepción de la familia y del papel de los mayores dentro de ésta ha experimentado un cambio evidente: de la familia tradicional extensa, con sus funciones y jerarquías completamente definidas y con los miembros mayores ejerciendo el control y la dirección desde el eslabón más alto de la estructura familiar, se ha pasado a familias como unidades de consumo, de tipo nuclear, conyugal, reducido y neolocal³⁶. En el contexto del cuidado, parece lógico esperar que los distintos grados de adhesión e interiorización de estas transformaciones socioculturales por parte de los cuidadores impliquen diferencias en sus pautas de relaciones familiares y, consecuentemente, en sus estilos de afrontamiento del cuidado de los familiares mayores dependientes.

ADAPTATIVIDAD/DESADAPTATIVIDAD DE LAS CREENCIAS Y ACTITUDES DEL CUIDADOR: REFLEXIONES DESDE UN ENFOQUE CLÍNICO

Un objetivo común de gran parte de los estudios sobre el cuidado ha sido el análisis de las diferencias individuales en la percepción, la experiencia y los efectos del cuidado sobre el bienestar físico y psicológico de los cuidadores, así como en las estrategias de afrontamiento que éstos pueden desarrollar para hacer frente a la situación. Concretamente, se intenta explicar por qué, si las situaciones a las que están expuestos los cuidadores son muy similares, algunas personas manifiestan en mayor medida que otras síntomas de depresión, estrés o carga³⁷.

Un principio básico de la teoría cognitiva³⁸⁻⁴⁰ es que las personas construyen activamente su realidad⁴¹. El sistema cognitivo de un individuo se crea fundamentalmente a partir de sus experiencias vitales, que construyen el conjunto de creencias centrales o esquemas cognitivos de éstas. Estas creencias centrales se expresan en forma de pensamientos automáticos que, en función de su grado de adaptatividad, tienen distintas consecuencias afectivas o conductuales (fig. 1).

Las experiencias vitales de las personas tienen lugar en un contexto determinado, dentro de una cultura con una organización social concreta, en la que se incluye a la familia y al entorno social más amplio. Estos factores contribuyen a generar en el individuo el conjunto de sus creencias, valores y actitudes. El principio, básico en an-

tropología, de que la cultura afecta decisivamente a la construcción de la realidad de una persona, ya hace tiempo que está aceptado en otros campos como el de la medicina y la salud, en los que se considera evidente la relación entre la cultura concreta de las personas y el concepto que éstas tienen de la enfermedad, la forma de percibirla, experimentarla y enfrentarse a ella⁴³. Las cogniciones de las personas desempeñan un papel fundamental en la percepción de los sucesos ambientales y de los estresores, y en la capacidad de las personas para enfrentarse a ellos⁴⁴.

Si se supone que el sistema cognitivo, que representa la realidad de cada persona y es el responsable de guiar la conducta de un individuo, se crea a partir de las experiencias vitales de un individuo en un contexto sociocultural determinado, es lógico concluir que las influencias socioculturales se verán reflejadas en la manera de pensar de los cuidadores y en su manera de afrontar el cuidado. En este sentido, se han encontrado diferencias en la manera de expresar o describir la situación del cuidado en función de la cultura de pertenencia, diferencias que pueden contribuir a invalidar, o al menos a cuestionar, la utilización de las medidas tradicionales de evaluación disponibles (p. ej., de carga del cuidador), construidas en una cultura determinada, dado que no contemplan adecuadamente los aspectos particulares que las variables en estudio pueden adoptar en otras culturas distintas⁴⁵.

La influencia de la sociedad es un factor básico en el moldeamiento de los pensamientos, los sentimientos y los actos de un individuo. En principio, esta influencia no tiene por qué afectar de forma negativa al desarrollo o adaptación de la persona. Sin embargo, en ocasiones pueden aparecer conflictos cuando el individuo, para satisfacer las demandas de un determinado rol, tiene que actuar en contra de lo que se espera o lo que uno cree que se espera social o culturalmente de él⁴. Así, en determinadas situaciones, aspectos relacionados con la cultura, como por ejemplo el familismo, que en principio tiene consecuencias positivas para el afrontamiento del cuidado, pueden añadir complicaciones a la ya de por sí ardua tarea de cuidar de un familiar dependiente y suponer una fuente de estrés y de sentimientos negativos para el cuidador.

El cuidado es una tarea muy demandante que, al implicar multitud de tareas, exige una gran dedicación por parte del cuidador. En la sociedad actual, entre otras razones, debido a la cada vez mayor participación de la mujer en el trabajo y a una mayor necesidad de aporte económico a la unidad familiar por parte de ambos miembros de la pareja, cada vez es menos frecuente la disponibilidad de familiares o personas cercanas que ayuden a cuidar del familiar dependiente²⁵. Cuando las personas no se consideran capaces o tienen dificultades para atender o responder a las cada vez mayores demandas asociadas con el deterioro de su familiar mayor, puede surgir cierta tensión, que puede generar sentimientos de culpa

y de distanciamiento social⁴⁶. Por lo tanto, aunque los valores familistas estén presentes, su implementación se ve limitada por la realidad y las nuevas tendencias sociales y culturales⁴⁶.

Además, el cambio experimentado por nuestra sociedad y protagonizado por la potenciación del individualismo y las relaciones sociales instrumentales, basadas en los intereses de los individuos²⁵, ha contribuido a que las personas que han crecido en esta estructura sociocultural distinta de la anterior puedan encontrarse en una enrucijada entre las expectativas y valores tradicionales y sus propias necesidades. Así, es frecuente que se produzca tensión en las relaciones intergeneracionales, dado que, mientras que las generaciones mayores esperan recibir apoyo familiar, las nuevas generaciones se enfrentan al desafío de compatibilizar el cuidado de sus mayores con las consecuencias de las transformaciones experimentadas por la sociedad en los últimos años (la reducción del tamaño medio familiar, el aumento del número de parejas sin descendencia o la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo), las cuales dificultan la disponibilidad de recursos personales para adoptar el demandante rol de cuidador^{35,47}.

Estas transformaciones han contribuido a que, en las últimas décadas, la opinión de los españoles se haya ido transformando en el sentido de atribuir más responsabilidad en el cuidado de los mayores al estado y a la sociedad, cuando antes la responsabilidad del cuidado se circunscribía a la familia⁴⁸. Conflictos de roles, de valores y el resto de las demandas y dificultades del cuidado pueden contribuir en muchos casos a la aparición de consecuencias emocionales y físicas negativas en los cuidadores, además del aislamiento social, de los problemas económicos y de los conflictos familiares.

El alto nivel de demanda que supone el cuidado de una persona mayor hace que sea altamente recomendable para el cuidador recibir ayuda de diversos tipos para cuidar de su familiar. Sin embargo, como señalan Kosloski et al^{49,50} en su análisis de los patrones de utilización de servicios comunitarios, mientras que, generalmente, ante cualquier necesidad o problema de salud la decisión de solicitar ayuda o utilizar un servicio surge tras una evaluación médica objetiva que lo recomienda, esto no ocurre de la misma manera en casos en los que el paciente mayor sufre demencia. Así, aunque la decisión de, por ejemplo, ingresar a un familiar en una residencia esté respaldada desde el punto de vista médico, el cuidador ha de enfrentarse a diferentes creencias normativas o sociales representadas en su sistema cognitivo, como la amenaza de ser sancionado o criticado familiar o socialmente, que le dificultan o imposibilitan tomar la decisión más adecuada.

Estas creencias son las que determinan la *necesidad subjetiva* de los servicios, variable considerada esencial en la predicción de la utilización de los servicios psicoso-

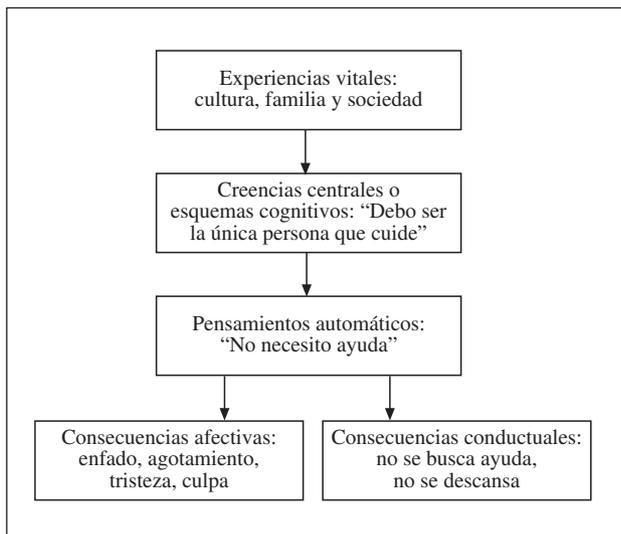


Figura 2. Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede contribuir a la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía patológica).

ciales⁴⁹. En este sentido, Pedlar y Biegel⁵¹, en consonancia con estudios previos⁵²⁻⁵⁴, encuentran que cuanto más favorable es la actitud del cuidador respecto a la responsabilidad familiar en el cuidado, menor uso se hace de los servicios comunitarios. La importancia de la actitud de los cuidadores hacia la utilización de los servicios ha sido señalada también en otros trabajos⁵⁵⁻⁵⁷.

De este análisis se desprende la observación de que en muchos casos existe un conflicto entre las creencias y los valores de los cuidadores y sus necesidades (implícitas o explícitas). En la práctica profesional con cuidadores, es frecuente encontrarse con que éstos no informan (autoinforme verbal) de sintomatología depresiva o de estrés, y emiten expresiones del tipo de "cómo me va a resultar una carga cuidar de mi familiar" o "lo llevo muy bien porque ya me he acostumbrado" y, al mismo tiempo, presentan indicadores no verbales (llanto, tensión nerviosa, expresión facial indicadora de depresión, agotamiento, etc.) que, de forma incongruente con su informe verbal, sugieren la presencia de las consecuencias habitualmente asociadas a las demandas del cuidado. En estos casos, es posible que creencias del tipo "no debo desahogarme con personas ajenas a mi familia" esté interfiriendo y sesgando el informe de los cuidadores.

En ocasiones, sin embargo, es posible que los cuidadores que manifiestan este tipo de comportamiento, en que el estado emocional informado no se corresponde con otras manifestaciones (físicas, psicofisiológicas, etc.), estén "reprimiendo" sus sentimientos depresivos o de ansiedad de forma que ni ellos mismos llegan a ser conscientes de dichos sentimientos^{58,59}. El hecho de que muchos cuidadores "pasen" sus necesidades a un segundo plano les dificulta darse cuenta de que necesitan tiempo para cuidar también de sí mismos (descan-

so, tiempo libre, aficiones). Tampoco es infrecuente encontrarse con otros cuidadores que, a pesar de presentar una elevada sintomatología depresiva o indicadores de estrés, insisten en que no necesitan ningún tipo de ayuda. Esto puede ocurrir porque explícita o implícitamente consideran que "el cuidado ha de ser llevado exclusivamente en la familia" y están preocupados por "el qué dirán" en caso de solicitar ayuda formal⁶⁰.

Este tipo de pensamientos podría ser uno de los factores (junto con otros, como la insuficiente difusión de los servicios disponibles o la inadecuación de los criterios de acceso a los mismos) que contribuyan a explicar por qué, a pesar de que la utilización de servicios —como por ejemplo la ayuda a domicilio o los centros de día— reduce la carga del cuidador^{60,61}, muy pocos cuidadores demandan estos servicios, con independencia de la cantidad de servicios disponibles⁶².

A partir de esta reflexión, puede concluirse que existen creencias o valores socioculturalmente transmitidos que son desadaptativos para el afrontamiento del cuidado y que pueden ser considerados irracionales, al guiar a los cuidadores en la dirección contraria a lo que, desde un punto de vista psicológico, se considera recomendable para ellos. Las creencias irracionales clásicas recogidas en el modelo de Ellis⁶³ (p. ej., "debo ser competente en todo lo que haga") se relacionan de forma significativa con niveles de depresión y peor salud en cuidadores de enfermos de Alzheimer⁴⁴. McNaughton et al⁴⁴ plantean la hipótesis de que estas creencias irracionales afectan a la salud de los cuidadores al influir negativamente en la respuesta de una persona a una situación estresante, aumentando así la posibilidad de que los individuos experimenten afecto negativo y cambios fisiológicos que les predispongan a una peor salud física y a la percepción de que están cuidando peor.

Las ya comentadas verbalizaciones y pensamientos automáticos típicamente encontrados en la práctica profesional con cuidadores, junto con creencias relacionadas con los estereotipos presentes en la sociedad acerca de las personas mayores ("no hay quién les cambie") o valores tradicionales ("debo pasar mis necesidades a un segundo plano, ya que está enfermo"), podrían estar contribuyendo a crear en los cuidadores principales de personas mayores dependientes una actitud general cuyo contenido fundamental podría resumirse en "debo dedicarme personalmente y por completo al cuidado de mi familiar".

Dado que la situación del cuidado es muy demandante y se extiende durante un período considerable, es altamente probable que una actitud de este tipo constituya una "vía patológica" hacia el afrontamiento del cuidado (fig. 2), ya que llevaría a la persona a determinados comportamientos (no solicitar o buscar ayuda, no descansar, etc.) que provocarían en última instancia consecuencias negativas físicas y psíquicas para el cuidador, ampliamente descritas en la literatura^{1,2}.

Por el contrario, para otros cuidadores, bien porque las influencias socioculturales han sido distintas, bien porque se encuentran en una situación avanzada del cuidado y han tenido que “aprender”, entre otras cosas, que necesitan ayuda, las consecuencias afectivas y conductuales no serán tan negativas (fig. 3).

En el ámbito de la intervención psicoeducativa con cuidadores, muchos autores coinciden en que tratar cuestiones relacionadas con las creencias sobre el cuidado (p. ej., falta de confianza o de aceptación de los proveedores de cuidados de salud mental, resistencia a la introducción de nuevas ideas, deseo de proteger la confidencialidad en pequeñas comunidades, resistencia a buscar ayuda en un servicio social por miedo a ser etiquetado como alguien fuera de un estándar de la comunidad) aumentará la eficacia de los programas de intervención sobre los cuidadores⁶⁴.

CONCLUSIONES

Del análisis realizado se desprende que la consideración de variables socioculturales, tales como los valores y las normas que orientan las relaciones sociales y familiares de los individuos, permitirá comprender mejor la situación de los cuidadores de personas mayores dependientes. El proceso de transformación de la estructura social y cultural que experimenta progresivamente nuestra sociedad (aumento de la esperanza de vida, mayor intervención de la mujer en el mundo laboral, descenso de la natalidad) contribuye a la generación de conflictos intergeneracionales que alcanzan un punto particularmente dramático en la situación de los cuidadores.

A la hora de diseñar los servicios formales y programas psicoeducativos de apoyo al cuidador, se aconseja partir de planteamientos teóricos que incluyan el análisis de los factores socioculturales^{11,17,65}, y es altamente recomendable incluir consideraciones sobre cómo combatir las potenciales barreras culturales del tipo de las comentadas, incluídas las relativas a los costes de tipo socioemocional que supone la utilización de dichos servicios⁶⁶. Como se ha sugerido, la adherencia rígida a valores tradicionales como la norma de responsabilidad familiar podría explicar, por ejemplo, por qué los cuidadores familiares no demandan en mayor medida servicios o programas dirigidos a ayudarles.

De este modo, los planificadores de servicios han de tener en cuenta la perspectiva de los cuidadores a la hora de crear servicios dirigidos a ellos, y partir del análisis de sus necesidades subjetivas (altamente influidas por su sistema de valores y creencias), más que de las necesidades que los profesionales suponen que han de tener. La estrategia de tener en cuenta estas variables a la hora de desarrollar modelos de organización y distribución de servicios conducirá a que éstos sean más apropiados para acceder a y cubrir las necesidades de las personas

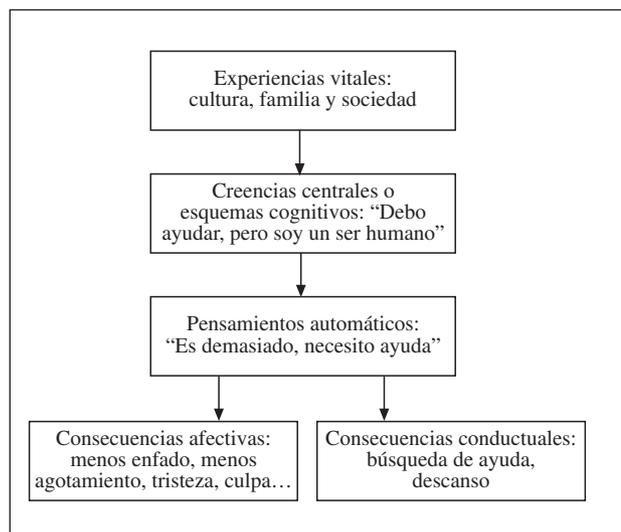


Figura 3. Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede dificultar o amortiguar la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía saludable).

con demencia y sus cuidadores y familias^{15,67,68}. En la mayoría de las ocasiones, será necesario intervenir en un nivel más básico, como es, por ejemplo, la propia percepción que tienen los cuidadores de su situación, para modificar esa *necesidad subjetiva*, en el sentido de ayudarles a “darse cuenta” de que necesitan pedir ayuda y cuidar de sí mismos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) la oportunidad que, a partir de la concesión de la beca de formación al primer autor, ha permitido el desarrollo de las ideas presentadas en este trabajo durante su estancia de investigación. Agradecemos también a María Izal y a Ignacio Montorio sus sugerencias en la revisión del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Izal M, Montorio I, Márquez M, Losada A, Alonso M. Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial* 2001;10(1):23-40.
2. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995;35:771-91.
3. Pearlin LI. Conceptual strategies for study of caregiver stress. En: Light E, Niederehe G, Lebowitz BD, editors. *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer Publishing Company, 1994; p. 3-21.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing, 1984.
5. Harwood DG, Ownby RL, Burnett K, Barker WW, Duara R. Predictors of appraisal and psychological well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *J Clin Geropsychol* 2000;6:279-97.

6. Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging* 1987;2:323-330.
7. Montorio I, Yanguas J, Diaz-Veiga P. El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En: Izal M, Montorio I, editores. *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis, 1999; p. 141-58.
8. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990;30:583-91.
9. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 1991;6:392-402.
10. Youn G, Knight BG, Jeong H, Benton D. Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American, and white American dementia caregivers. *Psychol Aging* 1999;14(3):355-64.
11. Aranda MP, Knight BG. The Influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *Gerontologist* 1997;37:342-54.
12. Fromm E, Maccoby M. *Social character in a Mexican village: a sociopsychanalytic study*. Englewood Cliffs: Prentice-Halls, 1970.
13. Stewart AJ, Healy JM. Linking individual development and social changes. *Am Psychologist* 1989;44:30-42.
14. Yang J, McCrae RR, Costa PT. Adult age differences in personality traits in the United States and the People's Republic of China. *J Gerontol* 1998; 53:375-83.
15. Janevic MR, Connell CM. Racial, ethnic, and cultural differences in the dementia caregiving experience: recent findings. *Gerontologist* 2001;41: 334-47.
16. Knight BG, Silverstein M, McCallum TJ, Fox LS. A sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among African American caregivers in Southern California. *J Gerontol* 2000;55:142-50.
17. Knight BG, Robinson GS, Longmire CVF, Chun M, Nakao K, Kim JH. Cross cultural issues in caregiving for persons with dementia: Do familism values reduce burden and distress? *Ageing Inter* 2002;27:70-94.
18. Villa ML, Cuellar J, Gamel N, Yeo G. Aging and health: Hispanic American elders. Stanford: Stanford Geriatric Education Center, SGEN Working Paper Series #5, 1993.
19. Rodriguez O, Mahard R. Help-seeking and use of mental health services by the Hispanic elderly. En: Padgett DK, editor. *Handbook on ethnicity, aging, and mental health*. Westport: Greenwood Press, 1995; p. 165-84.
20. Robinson GS, Knight BG. Preliminary study investigating cultural values, acculturation, and distress among Latino caregivers of dementia patients [en prensa]. *J Clin Geropsychol*.
21. Gallagher-Thompson D, Solano N, Coon D, Areán P. Recruitment and retention of Latina dementia family caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn [en prensa]. *Gerontologist*.
22. Vega WA. The study of Latino families: A point of departure. En: Zambraña RE, editor. *Understanding Latino families: Scholarship, policy, and practice*. Understanding families, Vol. 2. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995; p. 3-17.
23. Sotomayor M, Randolph S. A preliminary review of caregiving issues and the Hispanic family. En: Sotomayor M, Curiel H, editors. *Hispanic elderly: A cultural signature*. Edinburg: Pan American University Press, 1988; p. 137-60.
24. Sanchez-Ayendez M. Elderly Puerto Ricans in the United States. En: Applewhite SR, editor. *Hispanic elderly in transition: Theory, research, policy and practice*. Westport: Greenwood Press, 1988; p. 17-32.
25. INSERSO. *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO, 1995.
26. Hobbs FB. The elderly population [On-line]. 1999. Disponible en: <http://www.census.gov/population/www/pop-profile/elderpop.html>
27. Aranda MP. Racial and ethnic factors in dementia care-giving research in the US. *Aging Mental Health* 2001;5:116-23.
28. Allen-Kelsey GJ. Caregiver burden among African-American and Anglo-American family caregivers. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1998; 14:63-73.
29. Fredman L, Daly MP, Lazur AM. Burden among white and black caregivers to elderly adults. *J Gerontol* 1995;50:110-8.
30. Haley WE, West CA, Wadley VG, Ford GR, White FA, Barrett JS, et al. Psychological, social, and health impact of caregiving: A comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychol Aging* 1995;10:540-52.
31. Patterson TL, Semple SJ, Shaw WS, Yu E, He Y, Zhang MY, et al. The cultural context of caregiving: A comparison of Alzheimer's caregivers in Shanghai, China and San Diego, California. *Psychol Med* 1998;28: 1071-84.
32. Polich TM, Gallagher-Thompson D. Preliminary study investigating psychological distress among female hispanic caregivers. *J Clin Geropsychol* 1997;3:1-15.
33. Cox C, Monk A. Hispanic culture and family care of Alzheimer's patients. *Health Soc Work* 1993;18:92-101.
34. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers. *Gerontologist* 1986;26:260-6.
35. Stanford E, Peddecord K, Lockery S. Variations among the elderly in African American, Hispanic, and white families. En: Brubaker T, editor. *Family relationships in later life*. Newbury Park: Sage, 1990.
36. Hernández G. El anciano en la familia. En: Adroher S, coordinador. *Mayores y familia*. Instituto Universitario de la Familia. IMSERSO y Universidad Pontificia de Comillas, 2000.
37. Schulz R, Gallagher-Thompson D, Haley W, Czaja S. Understanding the interventions process: A theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. En: Schulz R, editor. *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers*. New York: Springer, 2000; p. 33-60.
38. Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press, 1995.
39. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, 1979.
40. Beck AT, Clark DA, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, 1999.
41. Clark DA, Steer RA. Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. En: Salkovskis PM, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 1996; p. 1-25.
42. McLean PD, Anderson KW. Common determinants in empirically supported psychosocial treatments for depression. En: Dobson KS, Craig KD, editors. *Empirically supported therapies*. London: Banff International Behavioral Science Series, 1998; p. 107-32.
43. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals Internal Med* 1978;88:251-8.
44. McNaughton ME, Patterson TL, Smith TL, Grant I. The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:78-85.
45. Calderón V, Tennstedt SL. Ethnic differences in the expression of caregiver burden: Results of a qualitative study. *J Gerontol Soc Work* 1998;30:159-78.
46. Cox C. Meeting the mental health needs of the caregiver: The impact of Alzheimer's disease on Hispanic and African American families. En: Padgett DK, editor. *Handbook on ethnicity, aging, and mental health*. Westport: Greenwood Press, 1995; p. 265-83.
47. Pérez L. Indicadores sociales. En: IMSERSO, *Envejecer en España*. Madrid: IMSERSO, 2002; p. 63-82.
48. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: IMSERSO, 2000.
49. Kosloski K, Montgomery R. Incorporating the nature of the informal caregiving relationship into models of formal service use. 44th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco, 1991.
50. Kosloski K, Montgomery R. Investigating patterns of service use by families providing care for dependent elders. *J Aging Health* 1994;6:17-37.
51. Pedlar DJ, Biegel DE. The Impact of family caregiver attitudes on the use of community services for dementia care. *J Appl Gerontol* 1999;18:201-21.
52. Collins C, Stommel M, King S, Given CW. Assessment of the attitudes of family caregivers toward community services. *Gerontologist* 1991;31:756-61.
53. Cantor M. Family and community: Changing roles in an aging society. *Gerontologist* 1991;33:337-46.
54. Brody E. Parent care as a normative family stress. *Gerontologist* 1985;25: 19-29.
55. Miller B, Mukherjee S. Service use, caregiving mastery, and attitudes toward community services. *J Appl Gerontol* 1999;18:162-76.
56. Stommel M, Collins CE, Given BA. Correlates of community service attitudes among family caregivers. *J Appl Gerontol* 1999;18:45-161.

57. Montorio I, Losada A, Márquez M, Izal M. Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores [en prensa]. *Intervención Psicosocial*.
58. King AC, Taylor CB, Albright CA, Haskell WL. The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged, men and women. *J Psychosomatic Res* 1990;34:461-71.
59. Weinberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ. Low anxious, high anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *J Abnor Psychol* 1979;88:368-80.
60. Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K. Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. *International J Geriatric Psychiatry* 2000;15:961-8.
61. Kosloski K, Montgomery R, Karner TX. Differences in the perceived need for assistive services by culturally diverse caregivers of persons with dementia. *J Appl Gerontol* 1999;18:239-56.
62. Llacer A, Zunzunegui MV, Béland F. Conocimiento, uso y previsión de servicios sanitarios y sociales de apoyo al cuidador de personas mayores con incapacidades. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:34-43.
63. Ellis A, Harper RA. *A new guide to rational living*. Hollywood: Wilshire Book Co, 1975.
64. Vissing YM, Salloway JC, Siress DL. Organization of Alzheimer's services for rural areas. *Educational Gerontol* 1994;20:303-18.
65. Gallagher-Thompson D, Aréan P, Coon D, Menéndez A, Takagi K, Haley WE, et al. Development and implementation of intervention strategies for culturally diverse caregiving populations. En: Schulz R, editor. *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers*. New York: Springer, 2000; p. 151-85.
66. Zarit SH, Gaugler JE, Jarrott SE. Useful services for families: research findings and directions. *International J Geriatric Psychiatry* 1999;14:165-81.
67. Collins C, Stommel M, King S, Given CW. Assessment of the attitudes of family caregivers toward community services. *Gerontologist* 1991; 31:756-61.
68. Gwyther LP, Ballard EL, Hinman-Smith EA. *Overcoming barriers to appropriate service use: Effective individualized strategies for Alzheimer's care*. Durham: Duke University Center on Aging, 1990.