



PRINCIPIOS GESTALTICOS APLICADOS AL ASESORAMIENTO DOMICILIARIO DEL CUIDADOR DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

Ángel Moreno Toledo¹
Margarita Bravo Suances²

RESUMEN

La óptica con la que se enfrentan determinadas situaciones emerge con una sugestiva visión mediante los principios gestálticos. Aplicados a la competencia del cuidador de enfermos de Alzheimer, sitúa a éste a evaluar su afirmación en el presente, a involucrarse en la experiencia y a prestar atención a debilidades, limitaciones y barreras en el ejercicio. Asimismo potenciar las habilidades y aceptar la propia realidad para trabajar en el progreso y ocuparse finalmente de las propias necesidades son sus proposiciones.

La toma de conciencia (*expresiva y actitudinal*) y la búsqueda de soluciones así como el correcto manejo de las emociones suscitadas, debe marcar estas diadas en el cuidado. El descubrimiento del potencial simboliza este objetivo terapéutico desde corrientes humanistas.

Palabras clave: *Gestalt, Cuidador, Alzheimer, familia, Síndrome de Burnout.*

1. INTRODUCCIÓN

*“La libertad es aquella facultad que aumenta
la utilidad de todas las demás facultades”
I. Kant (1724-1804)*

Desde corrientes humanistas, la Gestalt e incluso el Counselling emergen, como postulados teóricos en la relación de ayuda proporcionando al cuidador la capacidad de utilizar recursos propios,

¹ Psicólogo especialista en Psicogerontología. Formador.

² Psicóloga en formación de Terapia Gestalt e Inteligencia Emocional.

siguiendo un asesoramiento que le capacite al proceso de cambio. El cuidador debe autoconocerse, reconocer, reflexionar y someter sus propios sentimientos y emociones para comprender sus límites y debilidades durante la ejecución de su tarea de cuidado prolongado y maximizar su motivación al cambio.

En cada familia la designación del cuidador familiar va precedida de una serie de cambios que desestabilizarán el núcleo familiar e inducirán la llegada de nuevas y problemáticas reacciones de sobrecarga que sacudirán al cuidador principal y provocarán desajustes en su entorno. De esta forma, la instrucción personal del cuidador en los principios de afrontamiento y el autoconocimiento de habilidades y limitaciones, le habilitarán para desarrollar todo su potencial con el objetivo de facilitar su afrontamiento a la enfermedad de Alzheimer.

La conciencia en pensamiento, sentimientos y emociones más el conocimiento en las propias conductas, lideran un paso de apertura a una calidad en el intercambio cuidador-enfermo. El vivir la realidad y los acontecimientos en términos de actualidad constituyen una manera de afianzar un rol activo en el cuidado y destaca su responsabilidad en los actos.

La frustración diaria desencadenada por la sobrecarga y la dificultad de atención al familiar enfermo, las autocríticas, la alta exigencia personal y el rechazo a la ayuda externa prolongan esta situación. La tolerancia, la búsqueda de soluciones, la comprensión y la ubicación en dicha situación así como el acertado manejo de nuestra competencia, equilibrará sin duda el genuino acercamiento a esta enfermedad y probablemente lleve al cuidador a una posición de *homeostasis* o de toma de control en sus competencias. Al igual que en el caso del manejo de la frustración, la polaridad en estos casos (*el todo o nada*) abarca las características de la relación del cuidado prestado.

La experiencia es la que aporta la competencia y despliega las habilidades necesarias para corresponder al enfermo en la considerada asistencia durante el tiempo que se alargue la enfermedad. El cuidador debe desarrollar la actividad en su contexto, ubicarse en ese tiempo y espacio que le permita pacificarse y tratar al enfermo desde su calidad de ser humano. Al cuidador corresponde romper con las limitaciones, con su autopresión y vislumbrar al otro desde su totalidad, comprendiendo a su familiar enfermo, desligar la enfermedad de la enfermedad y finalmente descubrir flaquezas y posibilidades en la capacidad de llevar a cabo la ardua y prolongada tarea del cuidado.

Principios básicos de Gestalt

Las situaciones de la vida pueden ser positivas o negativas obedeciendo a la interpretación que hagamos de la realidad. Esta percepción puede estar plagada de dolor, indefensión y victimización — *o por el contrario* — de optimismo, creatividad y valentía. Ante tal realidad, uno tiene que posicionarse, darse cuenta de dónde está a nivel personal, de cuál es su vida, de cómo puede ayudar, cómo quiere ayudar y de hasta dónde puede dar.

Según Fritz Perls (1950), la Gestalt es un proceso homeostático basado en la autorregulación orgánica o búsqueda instintiva al equilibrio, es el autoapoyo, la responsabilidad y el compromiso. Claudio Naranjo (1990), explica el proceso gestáltico como una filosofía de vida, una forma de estar en el mundo de una cierta manera, una condición de ser, una actitud, un modo de hacer.

En muchos cuidadores se presenta, desde que adquieren este rol, una conciencia distorsionada de la realidad, porque invierten toda su energía y dedicación al cuidado de la persona enferma de Alzheimer olvidándose de sus propios cuidados y necesidades.

Aquí se parte de la idea en la que todos/as, estemos enfermos o no, necesitamos un espacio propio, personal, donde poder crecer y compartimos con nosotros/as mismos/as y con otras personas. Todos necesitamos cuidarnos y el cuidador principal, en estos casos, no suele hacerlo.

F. Perls, C. Naranjo y otros investigadores exponen la necesidad de fomentar el desapego interior como modo de liberar nuestra parte más expresiva y creativa, y así poder desarrollar nuestros recursos siendo capaces de incorporarlos a nuevas y diversas alternativas resolutorias. Los principios fundamentales que definen esta filosofía están basados en:

- Valoración de la vivencia en el *aquí y ahora* y la relación con el contexto actual. Vivir más en el *presente* y relacionarse más con lo obvio que con lo ausente, dejar de imaginar y experimentar lo real, entregarse al desagrado y dolor tal como al placer y la satisfacción, no restringirse ni reprimirse. Mirar a la persona que ya conocemos con otros ojos y que nos pueda mostrar facetas interesantes que de otro modo no veríamos, afianzando la relación o renovándola positivamente, viendo que todavía tienen algo que dar y ofrecer. Esto favorecerá la maduración y el crecimiento, dejando fluir el auténtico aprendizaje, descubriendo nuestra propia capacidad, potencial y desarrollo.
- Valoración de la *atención y aceptación* de la experiencia. Está ligado al *darse cuenta*, a la capacidad de percatarse como proceso de atención continuo. Según F. Perls (1976), es tomar conciencia, estar alerta, atento, despierto e implica una percepción relajada de las señales del entorno. Este proceso de concentración focalizada abarca tres zonas: la *observación de uno mismo*, captando sensaciones, sentimientos, estados de ánimo, pensamientos, etc.; la *observación del filtro fantasioso* con el que ocultamos las percepciones internas y externas reales, es decir, poner conciencia en lo que soñamos, deseamos, juzgamos, tememos, distorsionamos, etc.; y por último, la

observación de los comportamientos que llevamos a cabo según la forma en la que captemos la realidad. El darse cuenta es eficaz cuando la persona sabe lo que necesita siempre en aquí y ahora, cambiando, evolucionando y trascendiéndose a sí misma. La propia enfermedad y el modo de asumirla conlleva una serie de cambios psicológicos, comportamentales y de carácter que influyen decisivamente en el cuidado y el cuidador, y deben ser observados.

- Valoración de la *responsabilidad*. Ver la responsabilidad como un hecho y no como un deber u obligación, permite un enriquecimiento de las experiencias y habilidades, puesto que somos responsables únicamente de nosotros mismos, de nuestros sentimientos, pensamientos, emociones y actuaciones. Responsabilidad es la respuesta coherente de la realidad consciente y el motor del cambio (Rosso y otros, 2012).

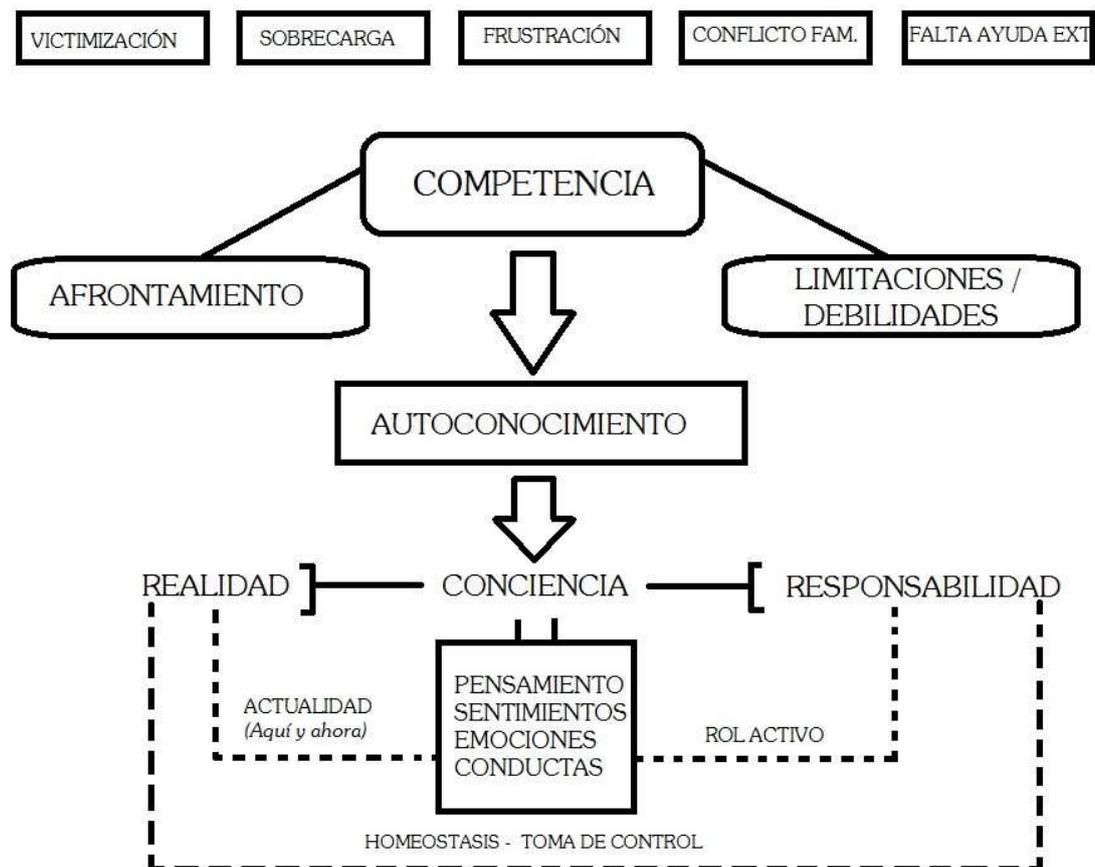


FIG.1. Proceso gestáltico de afrontamiento a la enfermedad de Alzheimer en cuidadores.

Como medicina actual, la Terapia Gestalt tiene un profundo sentido preventivo, de generar salud más que de intervenir la enfermedad. Claudio Naranjo transmite una serie de actitudes a tener en cuenta: respetar la enfermedad más que tratar de cambiarla; no ayudar más de la cuenta, en el sentido de no sustituir el propio crecimiento o autoapoyo con la excesiva ayuda a la persona dependiente; confianza en la rectitud de nuestra propia naturaleza, sin manipularnos a nosotros mismos o a los demás, sin negar sentimientos negativos o dolor; y despreciar las explicaciones, interpretaciones, justificaciones que hacemos de nuestros propios comportamientos cuando están bajo el dominio de la neurosis.

La situación del cuidado como realidad compleja y problemática lleva a la sobrecarga, una dificultad que demanda fortaleza y vitalidad en el proceso (Conde Sala, 2011). El darse cuenta (*awareness*) de fortalezas y debilidades, es importante de cara a emprender la experiencia y a abordar o confrontar las limitaciones con mayor eficacia. Por tanto, siguiendo las conclusiones de Perls (1974) potenciar funciones de apoyo rompe sistemáticamente con aquellas emociones que se encuentran alienadas e impiden el cambio. Del mismo modo es importante afianzar el lenguaje con la propiedad de la actividad, en términos de afirmación, de asertividad y de reconocimiento (Salama, 1997).

El cuidador principal en el seno familiar

Cuando sobreviene la noticia de un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, el núcleo familiar acoge la dramática noticia con incertidumbre, miedo y confusión ante una dura situación que acontecerá necesarios y difíciles cambios de dinámica y estructura familiar.

El desajuste pasa por una reorganización de roles y asignación de nuevas tareas o cometidos, siendo ineludiblemente necesario el nombramiento de un cuidador principal o primario (Stone y otros, 1987) o figura familiar que personificará la atención sostenida en el tiempo

como asistente perpetuo (Flórez Lozano y otros, 1997) en aquellas necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria (Ribas y otros, 2000), debido a su situación de dependencia y vulnerabilidad (Moreno, 2011).

En tanto la enfermedad revoluciona el ambiente y la jerarquía familiar, los demás miembros deberán implicarse en roles auxiliares e incluso postergar tareas, relevar al cuidador principal o llevar a cabo gestiones, actividades del hogar o de administración (acompañamiento al médico, realizar compras, finanzas, limpieza o realización de las comidas etc.), que en primera instancia convendrán ir paulatinamente incorporando a su nueva rutina vital.

En ocasiones la asignación de roles o la carga adicional de tareas, funciones o responsabilidades, ensombrece el clima familiar y lo hace proclive al conflicto y a romper la estabilidad de la unidad familiar (Fisher y Lieberman, 1994). De este modo, un cambio en el funcionamiento familiar o el nacimiento de desavenencias y discusiones entre sus miembros actúa como una nueva y potencial fuente de estrés sumatoria a la situación y amenaza la calidad del cuidado y la aparición de primeros signos de agotamiento. Siendo, a todos los sentidos, un estrés secundario (Scharlach y otros, 2006), que hay que evitar a toda costa.

Por tanto el núcleo familiar debe agruparse para ser capaz de atender estas nuevas demandas, actuar bajo definición y distribución de roles y tareas respectivamente y haciendo especial hincapié en la comunicación, en la toma de decisiones y en encauzar el cuidado siguiendo un soporte común. Estudios informan de la veracidad de dichas conclusiones en muestras de hermanos y cónyuges implicados en el cuidado de su ser querido enfermo (Peters-Davis y otros, 1999; Brody y otros, 1989; Fernández-Ballesteros, 1992).

Unida esta problemática a la dificultad del cuidado del enfermo – *sus necesidades y conductas perturbadoras* – como estrés añadido, el cuidado contiene un peaje para el cuidador cuyas consecuencias en primer lugar, lo acercan al padecimiento de la depresión y la ansiedad para culminar sistemáticamente en la alteración física, psíquica y emocional, sobre su salud o el dramático “*síndrome del cuidador quemado*” (Pines y Kafry, 1978) o del “*cuidador descuidado*” (Olabarría, 1995) o *Burnout* (Freudenberger, 1974).

2. PERFIL DEL CUIDADOR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO

Mayoritariamente, el perfil del cuidador principal se encuentra personificado en la mujer (Crespo y otros, 2003), perteneciente al entramado familiar (Graff y otros, 2008), de una edad comprendida entre los treinta y seis (Montalvo Prieto, 2007) o superior a los cincuenta años (Rodríguez del Álamo, 2002), que vive en la misma casa que el enfermo/a (Yin y otros, 2002), normalmente sin formación previa (McHorney y otros, 1994) y no remunerada en su labor (Durán, 1988).

Habitualmente el rol de cuidador principal es consumado por el hijo/a del enfermo (en un 50% de los casos) y por cónyuges y otros familiares distintos, equiparados al 25% de los casos en el cuidado (Esandi y Carga-Armayor, 2011).

Pese a la vulnerabilidad física y psicológica a la que se enfrenta el cuidador informal, la estructura familiar igualmente resiste una dramática modificación. Siguiendo a Esandi y Carga-Armayor (2011), la distribución y asignación de roles entre sus integrantes y el cambio en el proceso vital constituyen indiscutiblemente la dura consecuencia emocional. Los alarmantes efectos de la sobrecarga derivan en brutales consecuencias en el cuidador principal que soporta la mayor parte de los resultados del cuidado. Considerando el *Burnout*, al mismo tiempo, aparece el conflicto familiar o la culpa que genera el propio cuidador al considerar que revierte la mayor parte del tiempo en el cuidado del

enfermo y descuida o abandona a su pareja o hijos (Algado, Basterra y Garrigós, 1997). De esta manera, el equilibrio en nuestro ambiente es muy significativo ya que la interacción entre los miembros marcará la trayectoria del cuidado, el intercambio mediado por la insatisfacción, las emociones negativas, los objetivos imprecisos y las necesidades insatisfechas generan frustración, desesperación y negativismo. El cuidador por tanto se convierte en un autómatas del proceso de cuidado, un *impasse* (Bersing, 1995) gobernado por el aislamiento y el vacío, la inmovilidad o estancamiento, la ofuscación y la fijación a un estado emocional negativo.

De este modo, las consecuencias del síndrome de Burnout junto con sus nefastas consecuencias en la esfera física, emocional y social (Thompson y otros, 2004) convive de cerca con el sentimiento de culpa (Villarreal Reyna, 2006) y el riesgo de padecer depresión, ansiedad, abuso de drogas (Connell, Janevic y Gallant, 2001) y afectan a las relaciones sociofamiliares (Losada-Baltar y otros, 2006). Siendo habituales estas reacciones, tal y como afirman Vitaliano y otros (2004), el cuidado de estos enfermos desata la situación prototípica de estrés crónico.

Considerando lo anterior, la capacitación del cuidador y la consideración de apoyo social y recursos debe hallar la fórmula de conseguir alcanzar los aspectos positivos en el cuidado (Gallard, 2007).

3. NECESIDADES DEL CUIDADOR

Somos puras máquinas, sentimientos, pasiones, gustos, talentos, maneras de pensar, de hablar o de andar, todo nos viene yo no sé cómo.
VOLTAIRE, *Epistolario*

Señales de alerta

Saber cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter, y evitarle riesgos, todo esto hace que el cuidado no sea una tarea fácil, y va a suponer un autocuidado constante por partida doble.

En general, las personas que ejercen de cuidadores no vigilan su salud, pues la tarea es considerable, y así ante pequeñas “señales de alarma” (dolor, tristeza, insomnio, inquietud, cansancio...) continúa cuidando sin prestarse atención. Estas “dolencias” y “padecimientos” son el comienzo de un mal estado de salud si no se remedia, por lo que hay que saber reconocer estos síntomas y darles su debida importancia para no aumentar el sufrimiento propio ni el del enfermo. Si el cuidador se cuida en los aspectos físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales, aumentará su energía y salud, y cuidará mejor al familiar enfermo.

Para reconocer el inicio de una “sobrecarga” que llevará como consecuencia la pérdida de la salud, depresión, dolor crónico, falta de vitalidad, aislamiento, etc., uno debe observar con detenimiento sus cambios en los hábitos de vida, y aprender a conocer sus sentimientos o pensamientos y señales de alerta para informarse de cómo se está viendo afectado/a. Los síntomas a observar son:

- Problemas para dormir
- Cansancio nocturno, pérdida de energía, sensación de fatiga
- Pérdida de contacto social, aislamiento
- Aumento o disminución del apetito o del peso
- Inicio de consumo de alcohol, sedantes, tabaco, cafeína, etc.
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Dificultad para concentrarse, problemas de memoria
- Pérdida de interés en actividades que antes provocaban placer
- Comienzo de actos rutinarios y repetitivos como limpiar la casa continuamente
- Aumento de la sensibilidad y la irritabilidad, cambios de humor
- Dificultad para superar sentimientos de tristeza, impotencia, cólera, resentimiento, culpa, vergüenza, soledad, polaridad, negación, etc.
- Trato desconsiderado con el resto de familiares y amigos

- Reducción de horas de tiempo libre y ocio
- Abandono del mundo laboral
- Autoabandono, gran desgaste físico, mental y anímico
- Dedicación exclusiva a la persona dependiente y desajuste entre las necesidades del enfermo y las propias del cuidador

Anexo 1: *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI) (1980)*

Otra de las sintomatologías más comunes en los cuidadores de personas con Alzheimer es lo que Beck (1967-1979) definía como distorsión cognitiva, refiriéndose a errores en el procesamiento de la información derivados de esquemas cognitivos que forman pensamientos automáticos provocados por una mala interpretación de la realidad o un pobre afrontamiento de la misma. Los errores cognitivos y automáticos contaminadores más frecuentes son:

- *Pensamiento dicotómico o polaridad, sí/no-todo/nada*: tendencia a evaluar cualidades o situaciones en categorías extremas, o es blanco o es negro. “Todo me tiene que pasar a mí”, “no valgo para nada”, “esto es lo peor del mundo”. El cuidador dicotomiza la situación y pasa de unos sentimientos a otros totalmente contrarios dependiendo de la circunstancia, de ahí que los sentimientos de amor y de odio sean tan cotidianos entre los cuidadores de enfermos de Alzheimer.
- *Generalización excesiva o sobregeneralización*: tendencia a generalizar una situación a todas las demás. Si el cuidador llama un día a un amigo y éste le dice que no puede quedar, evita llamar a otro conocido porque generaliza: “Todos los amigos me rechazan porque tengo a mi padre con Alzheimer”, “todo me pasa a mi”.
- *Abstracción selectiva*: se produce cuando ante una situación sólo se percibe lo negativo. Un cuidador que se dedica tiempo a salir y lo hace, pero al llegar a casa observa que el enfermo está agitado, desorientado y le pregunta mil veces dónde ha ido. La abstracción que realiza es “no vuelvo a salir de casa porque cuando vuelvo al enfermo no hay quien le soporte”. En este momento el cuidador olvida la distracción

y el rato de ocio, recordando sólo el momento de llegada a casa y la reacción catastrófica de la persona dependiente.

- *Descalificaciones de lo positivo*: tendencia a minusvalorar las acciones positivas de la conducta, achacándolas de forma ajena a ella. De esta manera un cuidador que acude a un especialista y éste le dice que su madre está bien cuidada, la respuesta similar sería: “bueno, tampoco es para tanto, hago lo que cualquier hijo/a haría”, “cumpló con mi obligación”.
- *Inferencia arbitraria*: atribución a uno mismo de todo el mal que ocurre alrededor, llegando a generar sentimientos de culpa que causan todavía un malestar mayor. Por ejemplo, el enfermo se cae sin que esté el cuidador delante, pensamiento automático: “Se ha caído porque yo no estaba presente, si hubiera estado, esto no había pasado”.
- *Magnificación–minimización*: se magnifican los momentos malos, las reacciones adversas y se minimizan los aspectos positivos. Es como si los cuidadores estuvieran esperando que algo malo ocurriera para autoafirmarse en sus apreciaciones. “Cuando salgo a tomar algo me siento culpable”.
- *Razonamiento emocional*: no hay pensamiento racional y objetivo. En este caso, el cuidador se deja llevar por la emoción del momento, no se para a pensar en las consecuencias que su conducta o su pensamiento va a tener sobre sí mismo o sobre quienes le rodean. “Quiero salir y no puedo”.
- *Etiquetación errónea*: “no valgo para esto”, “soy un desgraciado”, “soy un inútil”. Con este etiquetaje se autodenominan las personas con predisposición a la depresión cuando algo no sale como esperaban que saliera.

Mecanismos neuróticos gestálticos y ciclo de necesidades que afectan al cuidador

F. Perls (1976) se refería a mecanismo neurótico como un mecanismo de defensa para permanecer inconsciente, para estar ofuscado ante la

realidad presente. En este sentido, la neurosis supone un oscurecimiento de la conciencia, un deterioro del “*darse cuenta*”, con distintos grados de perturbación (puesto que hay personas más “*enfermas*” que otras). Freud decía que el neurótico sufre de recuerdos, señalando que el origen del malestar radica en el pasado y en la no aceptación del presente, en este caso, la no aceptación de la enfermedad. Desde este punto de vista, el cuidador principal debe detenerse el tiempo suficiente para tomar conciencia de la situación y comprender la necesidad de cuidarse a sí mismo para poder cuidar a los demás.

En el concepto anteriormente citado de autorregulación orgánica, se abre paso el ciclo de satisfacción de necesidades, que según J. Zinker (1979) es el proceso que acontece cuando una necesidad orgánica emerge y lucha por su satisfacción, es una disección detallada de lo que sucede con el ritmo contacto/retirada, un análisis de la fluidez o bloqueo de la autorregulación. A partir de una situación de REPOSO (punto 0) surge la necesidad en forma de SENSACIÓN (punto 1). La sensación es difusa, no tiene todavía nombre y se registra en forma de señales sensoriales más o menos inconcretas: incomodidad corporal, sequedad bucal, etc. y que están señalando un estado de déficit del organismo.

El siguiente paso (punto 2) es el *darse cuenta*, la toma de *conciencia*, que es darle nombre a la sensación: “tengo hambre, ganas de salir, estoy cansado, necesito hablar, hacer ejercicio, relajarme...”. A continuación se moviliza la energía o *energetización* (punto 3) que es un estado de excitación corporal, una preparación para entrar en acción, un calentar motores: visualizo la comida, me impulso hacia la calle, voy hacia el teléfono, me apunto a un gimnasio, me acuesto, escucho música, etc. Seguidamente pasamos a la *acción* (punto 4) donde comienza el movimiento o la conducta dirigida a satisfacer la necesidad: ir a la nevera, salir de casa, marcar el número de teléfono, ir al gimnasio, ir a la cama, poner música, etc.

Le sigue el *contacto* (punto 5) donde la necesidad del organismo se resuelve intercambiando con el entorno: como, salgo, hablo, descanso, hago deporte, escucho música, etc. El último paso es la *retirada* (punto 6) o vuelta al estado de *reposo*, una vez satisfecha la necesidad, hasta que emerja un nuevo ciclo de necesidad.

Cuando dicho proceso de satisfacción se interrumpe y bloquea, se considera que los mecanismos neuróticos perturban las diferentes secuencias. El mecanismo que no permite la emergencia de la sensación es la *represión*. Entre sensación y conciencia se sitúa la *introyección*, como rigidez muscular e intelectual que no permite la energetización emocional y corporal oponiéndose al organismo. En el momento en que una familia recibe la noticia de que uno de sus miembros padece la enfermedad de Alzheimer, nacen los primeros introyectos, que indican quién tiene que cuidar y cómo. Por ejemplo, “*la hija mayor siempre estará en casa al lado de su madre mientras esté viva*”. El cuidador comienza con sus labores, su reorganización y en muchos casos con la represión de los sentimientos y sensaciones que acompañan a la nueva relación, desplazando el duelo y relegándose al fondo de sus experiencias, centrándose cada vez más en las tareas y entrando en una espiral de acción, en la que el centro de su vida es la persona dependiente y su dependencia.

Cuando uno es consciente pero no moviliza la energía, estaría interviniendo el mecanismo de *deflexión*, desenfocando el objetivo de contacto y distrayéndose en otra dirección. En el caso de los cuidadores, se distraen sobrecargándose con cuidados en exceso hacia la persona con Alzheimer, no se dan espacio para ellos y abandonan casi por completo su proyecto de vida, sus amistades, actividades lúdicas y generalmente les acarrea a no cuidarse.

Puede interrumpirse el proceso y no llegar a la acción por un mecanismo de *proyección*, que es irresponsabilizarse de la movilización propia y no actuarla, si no proyectar en la acción al otro. Esto camina

hacia dos direcciones: la primera se dirige a las personas que rodean al cuidador (familiares, amigos), interpretando sus gestos, palabras y acciones de manera maliciosa y no ayudadora. Por ejemplo: “*ya está con los brazos cruzados, y luego dice que me quiere ayudar*”. La segunda dirección es hacia la persona enferma de Alzheimer, donde se interpretan las supuestas señales y necesidades sin tener una base real. Por ejemplo: “*ha suspirado, seguro que se aburre y quiere que esté a su lado*”.

Entre la acción y el contacto se sitúa la *retroflexión*, cuya esencia es no contactar con el exterior sino volverse contra sí. Es una acción autopunitiva que se vuelve contra sí misma en forma fisiológica o psicológica, para evitar la interrelación. En este punto, el cuidador no busca la información adecuada, ni los recursos ni tampoco ayuda externa o socializarse, se quedan enganchados culpabilizándose y pretendiendo responsabilizarse de la situación por completo, sin ver lo que les ocurre a ellos. También se puede dar aquí la *proflexión*, que es dar a los demás lo que nos gustaría que nos hicieran a nosotros, es decir, ofrecer más cuidados de los que necesita a la persona dependiente.

Cuando hay una interrupción entre el contacto y la retirada, se da la *confluencia*, que es el quedarse adherido a la experiencia sin poder separarse para ir a otra cosa, es cuando se crea una relación simbiótica en el que el ciclo de la experiencia se transforma en uno para las dos personas.

Es difícil incidir en los mecanismos que hacen que una persona cuide o no o cómo cuide, ya que esto va a depender de la relación, el vínculo, el grado de dependencia, el tiempo que se le dedique, etc. Pero cuando más se haya cuidado así mismo el cuidador, más recursos tendrán para afrontar el segundo duelo y rehacer su vida.

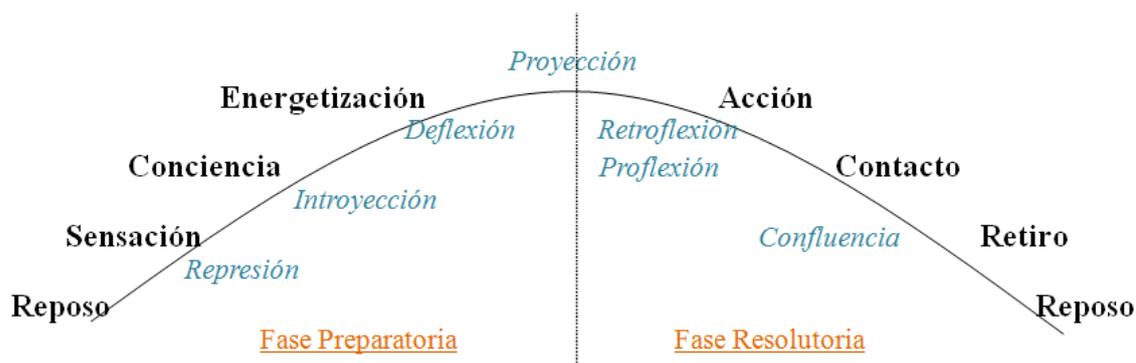


FIG.2. Ciclo de necesidades.

Estrategias para el autocuidado: cuidarse cuidando

La atención que el cuidador debe darse a sí mismo debe estar basada principalmente en dos corrientes: la humanista o gestáltica y la cognitiva conductual. La primera porque es importante empatizar y comprender la situación por la que se está pasando, y es fundamental que el que cuida se sienta comprendido y escuchado, permitiendo que todos sus sentimientos y emociones salgan a la luz. La segunda porque siempre se tiene que perseguir el cambio en aquellos patrones del pensamiento y conducta que están interfiriendo en el mal afrontamiento del proceso degenerativo de la enfermedad. Una mala toma de decisiones, con el paso del tiempo puede desembocar en trastornos anteriormente citados como la depresión o ansiedad.

Por tanto, es responsabilidad del cuidador mantener un buen estado de salud, tanto físico como emocional, y para ello se debe buscar tiempo para tener una dieta equilibrada, hacer ejercicio, descansar bien, disfrutar ratos con la familia y amigos, seguir manteniendo algún hobby, buscar soluciones, acudir al médico, etc. Se debe poner consciencia en la necesidad de poner límites al papel de cuidador a favor de su autocuidado, no mire hacia atrás, el familiar enfermo ya no es el que era, y por lo tanto no le pida que lo sea, pero si es alguien que aún mantiene habilidades y recuerdos que puede compartir con usted, aprovéchelos.

Desarrollar una actividad favorable y activa en la búsqueda de soluciones es una forma positiva de introducir cambios en la tarea que se ha asumido, y sobre todo, hacerla compatible con el proyecto de vida. El éxito en cualquier tarea que emprenda dependerá de la actitud con la que se afronte la situación, algunas son: saber escucharse y escuchar, teniendo en cuenta que ambos dos, cuidador y enfermo, son importantes en los cuidados; buscar un equilibrio emocional, sabiendo hasta dónde puede llegar y a partir de qué momento tiene que pedir ayuda; ser realista, a todo no llega y habrá cosas que tendrá que delegar por el bien suyo, no se engañe; tener sentido del humor, “disfrutar” de cada momento o tener una actitud positiva; y sobre todo, no culparse, los sentimientos negativos existen y deben de aflorar, no los esconda, perjudicaría seriamente su salud.

Aprenda a reconocer sus sentimientos positivos y negativos. Son reales, debe de conocer el motivo de sus sentimientos contradictorios. Solicite y busque quien le puede ayudar para aclararle dudas. Si se siente triste, realice actividades gratificantes y busque quien le escuche. Si se siente desbordado, ponga sus límites y delegue. Si se siente enfadado, tiene derecho, pero luego medite, él no puede interpretar las razones de su enfado, delegue, hay alguien más que puede sustituirle.

Identifique sus necesidades. Haga una lista de sus necesidades reales para mantenerse sano y poder cuidar mejor. La rutina del día a día da seguridad al mayor con demencia. La paciencia es una cualidad que debe entrenar un cuidador. La comunicación verbal y no verbal es una herramienta que le facilita el trabajo. Planificar su futuro, el del enfermo mayor y el resto de su familia normaliza la actividad cotidiana. Horario constante de comidas, baño, acostarse, levantarse... Manejar ropa fácil de usar. Hacer comidas variadas respetando el gusto del mayor. Simplificar las tareas y los esfuerzos, existen ayudas técnicas.

Aspectos a trabajar: paciencia, autoestima y autoconcepto, comunicación verbal y no verbal, relajación, asertividad, toma de decisiones, solución de problemas.

Derechos de un cuidador: cuidar de sí mismo/a, dedicando tiempo y haciendo actividades simplemente para ellos/as sin sentimientos de culpa, miedo o autocrítica; mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan, justo como lo harían si esa persona estuviera sana; buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de las personas cuidadas; ser tratados con respeto por aquellos a quienes solicitan consejo o ayuda; cometer errores y ser disculpados por ello; quererse a sí mismos/as y admitir que hacen lo humanamente posible; recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quién cuida; admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos; decir “no” ante demandas excesivas inapropiadas o poco realistas; seguir desarrollando su propia vida y disfrutar de ella; liberarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos; rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularle haciéndole sentir culpables o deprimidos; estar orgullosos/as por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona que cuidan; y por supuesto, a ser él/ella misma.

Es imposible cuantificar cuánto pone el cuidador de sus recursos y su vida en el cuidado de su familiar enfermo de Alzheimer, pero es probable que ninguna estimación haga justicia en el cálculo del impacto de esta tarea en su vida.

4. ENTRENAMIENTO AUTOPERSONAL

*“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”
Ortega y Gasset (Meditaciones del Quijote, 1914)*

La *terapia de validación* constituye un conjunto de técnicas simples de comunicación basadas en una actitud humanista de respeto y empatía con el enfermo. Su objetivo fundamental no es orientar al paciente en la realidad, sino respetar su realidad, que puede encontrarse en el tiempo presente o no. La validación acepta las creencias del enfermo sin contradecirlas. Aunque es una técnica muy delicada, es importante adoptarla desde el punto de vista conceptual y práctico.

Práctica en la *escucha*:

1. Colocarse ante un espejo y pregúntese a sí mismo, ¿Quién soy? Uno puede ser todo a la vez, según la circunstancia que se dé. No se encasille con adjetivos o caracteres concretos. Acepte lo que es y amplíe la perspectiva. Fomenta la autoestima y el autoconcepto.
2. Escucha de atención concentrada, ¿Tengo interés y disponibilidad para mí mismo/a?, ¿Qué puedo mejorar y cómo?
 - Cognitivo: qué pensamientos tengo, fantasías, deseo, prejuicios, miedos...
 - Corporal: qué me pasa en el cuerpo, dónde tengo tensión, qué me duele, pica o siento...
 - Emocional: qué sentimientos tengo, cómo está mi corazón,...
 - Conducta: qué conducta hago y cómo la realizo...
3. Escucha narrativa: contarse la misma historia repetidas veces desde perspectivas diferentes. Desarrolla la empatía y la paciencia.
4. Buscar canción o dibujo que defina nuestro pensamiento o sentimiento.

Práctica en el *darse cuenta*:

1. Mindfulness, Meditación Vipassana, Conciencia en el presente. Promueve una conciencia actualizada al presente.
2. Observación a las sensaciones internas (dolor, picor, inquietud...), externas (ruido, vista, diálogo...) y a los procesos cognitivos (recuerdos, juicios, interpretaciones...).
3. Prestar atención a lo obvio, a lo presente, a lo real.

4. Prestar atención en ¿qué necesito? Sin ningún juicio moral o ético.
5. Silla vacía o caliente: colocar frente a uno mismo/a una silla vacía, en la cual en fantasía imagina que está sentada la persona ausente, o un elemento, objeto, evento, situación, etc. con el que sostendrá una posición dialógica. Posteriormente, ocupará la silla vacía o caliente y se responderá a sí mismo/a. Ayuda a darse cuenta de alguna emoción o sentimiento que no era consciente hasta el momento o a percatarse de un modo particular de autointerferirse, logrando así el llamado encuentro interpersonal. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.

Éstas y otras técnicas de darse cuenta son una forma eficaz para unificar el pensamiento y el sentimiento, y tienen como meta ayudar a sacar a la luz las resistencias, facilitar una mayor toma de conciencia, y asumir la responsabilidad, facilitando el proceso de maduración.

Práctica en lo *corporal*:

1. Pasear.
2. Bailar diferentes tipos de música entregándose al ritmo y a la sensación.
3. Practicar meditación, yoga, Pilates, tai-chi...
4. Dedicarse tiempo a cuidarse corporalmente, automasajearse, quererse, mimarse, cuidarse...
5. Elegir un sentimiento o emoción y expresar con una postura corporal prestando conciencia a cómo nos sentimos.

Práctica en las *polaridades*:

1. Preguntarse ¿Quién soy? y ¿Cómo soy?, respondiéndose con adjetivos o palabras sencillas. Hacer una lista de esos adjetivos y

- sus opuestos. Buscar situaciones en las que se haya comportado de ambas formas y buscar los beneficios y consecuencias de ambas posturas.
2. Elegir de esa lista anterior, 5 polaridades. Realizar un discurso interior (se puede emplear técnica de la silla vacía) en el que se explique el por qué no puede ser de una polaridad y defender el para qué me sirve esa misma cualidad.
 3. Contarse un problema bajo el dominio de una polaridad y contarse lo mismo bajo su opuesto. Percibir ambos sentimientos e integrarlos.
 4. Dinámica interna: perro de arriba y perro de abajo. Realizar dos listas: una con todos los deberías, exigencias, obligaciones o juicios que nosotros nos ponemos a nosotros mismos/as (perro de arriba); y otra con las justificaciones o evitaciones que hacemos para no conectarnos, los boicoteos que nos hacemos para no hacer o de qué escapamos (perro de abajo). Representación corporal de ambos personajes. De nuevo, hacemos otra lista con las cosas que nos prohibimos cuando somos de una polaridad y en lo que nos beneficiamos de la misma característica.
 5. Elegir y describir 5 características de dos animales: uno que le guste mucho y otro que no. Representar corporalmente a ese animal a través de gestos y sonidos, dándose cuenta de cómo se siente en cada animal e integrando y comparando dicha información a nuestra conducta real en la vida cotidiana.

El *yo* no manda, ni tampoco el carácter, sino la situación y la actitud que se tome ante las circunstancias que se nos presentan. Por este motivo, conocer nuestro carácter nos enseñará a no dejarnos controlar por sus impulsos, y así poder atender a las demandas de las circunstancias, relativizando e integrando las emociones a las mismas. Esto también explica el olvido del concepto, pues con el tiempo y la edad vamos encerrándonos en lo que Soy y dejamos de lado lo que No Soy provocando

así el traspaso del YO a una polaridad, poniéndonos neuróticos y maníacos.

5. CONCLUSIONES, CONSEJOS Y ANEXOS

La Gestalt defiende que la persona en su auténtica naturaleza es el mecanismo o instrumento con el que actúa en la vida, por eso la actitud positiva, paciente y honesta llevada a la práctica ante tal circunstancia, es de vital importancia a la hora de ofrecer los cuidados justos y necesarios a la persona enferma con Alzheimer y así misma, además propone una actitud que da prioridad a la experiencia inmediata como forma de llegar a una comprensión más profunda de nosotros/as mismos/as a través de la vivencia personal y directa, enfatizando la toma de conciencia de lo que ocurre en el aquí y ahora tanto a nivel cognitivo, como corporal y emocional, para poder así, con este conocimiento, responsabilizarnos de nuestra propia vida y de nuestras acciones y decisiones, profundizando en nuestra libertad de elección. El cuidador asiste al enfermo siendo consciente de su propio bienestar para preconizar un cuidado favorable ya que es una labor continuada en el tiempo.

Preceptos para vivir Gestálticamente, según Claudio Naranjo, 1989:

1. Vive ahora, es decir, preocúpate del presente más que del pasado o del futuro.
2. Vive aquí: relaciónate más con lo presente que con lo ausente.
3. Deja de imaginar: experimenta lo real.
4. Abandona los pensamientos innecesarios; más bien siente y observa.
5. Prefiere expresar antes que manipular, explicar, justificar o juzgar.
6. Entrégate al desagrado y al dolor tal como al placer; no restrinjas tu percatarte.
7. No aceptes ningún otro «debería o tendría» más que el tuyo propio: no adores a ningún ídolo.
8. Responsabilízate plenamente de tus acciones, sentimientos y pensamientos.

9. Acepta ser como eres.

Otros consejos:

1. Delega los cuidados: pide ayuda.
2. Cantidad de cuidados no equivale a calidad de cuidados.
3. Si no repartes tu tiempo entre otros seres queridos, perderás al enfermo y a ti mismo.
4. La enfermedad es una intrusa con la que debes aprender a convivir.
5. La enfermedad nunca se amoldará a ti: amóldate tú a ella.
6. Comparte tus emociones con otros familiares de enfermos de Alzheimer.
7. Observar pronto los pequeños cambios te ayuda a adaptarte a los grandes cambios.
8. Toma decisiones, aunque a veces éstas sean arriesgadas.
9. No abandones tus aficiones.
10. Quiérete a ti mismo: en ti está la solución.

BIBLIOGRAFÍA

- Algado, M.T; Basterra, A. y Garrigós, J.I . Familia y enfermedad de Alzheimer: una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*. 1997, vol . 13, nº 1, 19-29.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bersing , D. (1995) . *Vivir un frágil equilibrio*. Ed. Holos .
- Brody, E. M. ; Hoffman, C., Kleban, M.H y Schoonover, C.B. (1989). Caregiving daughters and their local siblings: Perceptions, strains and interactions, *The Gerontologist*. 29, 529-538.
- Conde Sala, J.L. (2011). Calidad de vida de los pacientes y sobrecarga del cuidador en la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer. Real Invest. Demenc.* 47, 3-5.
- Connell, C. M., Janevic, M. R. & Gallant, M. P. (2001). The cost of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(4), 179-187.

- Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado?. *Jano*, LXV; 1485: 54-5.
- Durán MA. El cuidado de la salud. (1988)En: Durán MA, editor. De puertas a dentro. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer CITA.
- Esandi Larramendi, N. y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22, 56-61.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Fundación Caja de Madrid: SG Editores.
- Fisher, L. y Lieberman, M.A. (1994). Alzheimer's disease: The impact of the family on spouses. Offspring, and inlaws. *Family Process*, 33, 305-325.
- Florez Lozano J.A., Adeba Cándenas J., García García M.C. y Gómez Martín M.P (1997): Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Revista Departamento de Medicina*. Universidad de Oviedo, Barcelona.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *The journal of social Issues*, 30 (1), 159-166.
- Gallart, A. (2007). Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona. Barcelona: España.
- Graff J, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels W, Olde M. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;333:1196.
- Losada Baltar,A; Montorio Cerrato, I;Fernández de Troconil, M.I y Márquez González. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Instituto de Mayores y servicios sociales (IMSERSO). Madrid.
- McHorney CA, Ware JE, Jr., Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994;32(1):40-66.
- Montalvo-Prieto, A.A. (2007). Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Cartagena: Rev. Av. Enferm*, 25 (2), 10. Recuperado el 14 de Enero de 2014 de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_9.pdf
- Moreno, A. (2011).El cuidador principal en el enfermo de Alzheimer. *Poesis*.21(6),11.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Olabarría, B. (1995). El syndrome de Burnout ("Quemado") o el cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), 189-194.
- Peñarrubia,F. (2008) *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza editorial.
- Perls, F. (1950). *The anthropology of neurosis*. *Complex*, 2, 19-27.
- Perls, F. (1974).*Sueños y Existencia*. Ed. Cuatro Vientos, S. de Chile.
- Perls, F.(1976).*El Enfoque Gestáltico*. Ed. Cuatro Vientos. S. de Chile.
- Peter-Davis, N.D., Moss, M.S. y Pruchno, R.A.(1999). Children-in-law in caregiving families. *The Gerontologist*, 39, 66-75.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). Coping with Burnout. Paper presented at the annual convention of the American Psychology Association. Toronto.
- Ribas, J., Catel, A., Escalada, B., Ugas, L., Grau, C., Magarolas, R., Puig, J. M., Carulla, J. y Pi, J. (2000). Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 131-134.

- Rodríguez del Álamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28 (4): 34-6.
- Rosso, F.; Vergara, V.; Vera, S. & Furlan, L.(2012) Estrategias de trabajo grupal gestáltico en la ciudad de Córdoba. *Tesis* 2 (1) 22-35
<http://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2869/2740>
- Salama Penhos, Héctor (1997). Gestalt. De persona a persona. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, México, D. F.
- Scharlach, A. ; Kellam, R., Ong, N., Golstein, C. y Bakin, A. (2006). Cultural attitudes and caregiver service use: Lessons from focus groups with racially and ethnically diverse family caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 47 (1/2), 133-156.
- Stone, R., Cafferata, GL., Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616.
- Thompson, R. L., Lewis, S. L., Murphy, M. R , Hale, J. M., Blackwell, P. H., Acton, G. J., et al. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's Disease? *Biological Research for Nursing*. 5(4), 319-330.
- Villarreal Reyna, M.A. (2006). Programa Psicoeducativo en familiares cuidadores de personas con la Enfermedad de Alzheimer. F. Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Vitaliano, P.P., Young, H.M. y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 13-16.
- Yin, T., Zhou, Q. , Bashford, C. (2002). Burden on family members caring for frail elderly: A meta-analysis of intervention. *Nursing research*, 51(3), 199-208.
- Zarit, H.S., Reever, E.K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *The Gerontologist*, 20 (6), 649-655.
- Zinker, J. (1979) El proceso creativo en Terapia Gestáltica. Buenos Aires. Paidós.

ANEXO 1

✓ IDENTIFICACIÓN

Nombre: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI)

Nombre original: Zarit Care Burden Interview (ZCBI)

Autores: Zarit, Reever y Bach-Peterson

Adaptación española: Martín et al.

✓ DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: cuestionario

Objetivos: Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Población: cuidadores adultos

Número de ítems: 22

Descripción: Los 22 ítems tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre).

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los tres meses de 0.86.

Validez: Existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de Institucionalización. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).

✓ **APLICACIÓN**

Tiempo de administración: 5 minutos.

Normas de aplicación: El cuidador responde las preguntas del cuestionario anotando una puntuación para cada cuestión (escala tipo Likert de 5 puntos).

Corrección e interpretación: La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa).

Momento de aplicación: evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento

✓ **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Referencias original:

Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Referencia de la adaptación española:

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. y Taussig, M.I.(1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

Nº	ITEMS	PTOS
1	¿Cree que su familiar pide más ayuda de la que necesita?	
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo para usted?	
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y cumplir otras responsabilidades en su trabajo o en su familia?	
4	¿Se siente avergonzado de la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de la familia?	
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8	¿Cree que su familiar depende de usted?	

9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Cree que su salud se ha resentido por culpa de su familiar?	
11	¿Cree que no tiene toda la intimidad que le gustaría por estar cerca de su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si fuera la única persona de quien depende?	
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Cree que será incapaz de cuidarlo por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22	En general, ¿siente usted que el cuidado de su familiar es una carga muy grande para usted?	
TOTAL		