

Comunicación y estrés en gerontología:

(Programas de intervención)

Benigno Maújo Iglesias.

José A. Flórez Lozano.

1. Planteamiento del problema.

Los «cuidadores» profesionales, se encuentran frecuentemente frente a personas mayores que sufren un proceso degenerativo, crónico y progresivo que acabará destruyendo la personalidad del anciano. Su trabajo, les obliga a soportar una fuerte carga emocional e importantes grados de estrés y, con frecuencia, notables frustraciones (1, 2). En efecto, aproximadamente un 40% de las personas ingresadas en Residencias Geriátricas, sufren procesos demenciales más o menos graves (3). Se trata de personas de edad avanzada que tienen afectación de la memoria, disfunciones en el área «áfaso-apraxo-agnóstica», perturbaciones de la personalidad (síntomatología paranoide, con-

ductas neuróticas, disfunciones sexuales, conductas agresivas, desorientación y confusión mental, etc.).

Por lo tanto, el cometido de éstos cuidadores profesionales («gerocultores») que realizan diariamente su trabajo con éstos ancianos, conlleva una importante carga emocional, así como elevados grados de estrés (3, 4). Ello explica el interés de los programas de estimulación psicosocial (PEP) que es necesario desarrollar al objeto de superar los sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión que llegan a explicar el elevado grado de absentismo laboral de éstos profesionales (4).

Estudios muy recientes, han puesto de manifiesto, que un porcentaje muy considerable de «cuidadores» sufren como consecuencia de este estrés crónico diversos problemas psicopatológicos (trastornos del sueño, neurosis, agresividad, ansiedad, trastornos psicósomáticos, depresión, etc.) que, incluso, llegan a requerir un tratamiento. El «cuidador» profesional, por lo tanto, tiene una mayor vulnerabilidad frente a la

enfermedad y ello se relaciona con una «autopercepción» de escasa atención personal por parte de la Empresa o de la Institución Geriátrica.

Pero, además, el sentimiento de «desvalorización» de la profesión, se expresa en un divorcio «cuidador/familia/sociedad», de tal suerte que la «imagen social» del cuidador no es satisfactoria. En fin, su entusiasmo desmedido en su trabajo con los ancianos no es reconocido ni valorado suficientemente por ancianos y familiares.

De otra parte, el cuidado de una persona anciana con trastornos mentales representa una mayor carga emocional que cuidar a una persona con incapacidades físicas, debido a que implica cambios agudos en el trabajo diario del «cuidador»). Algunos problemas que los «cuidadores» definen como especialmente estresantes son los siguientes: «estar intranquilo», «hablar demasiado», «ser molesto durante la noche», «causar problemas a los compañeros», «incontinencia fecal», «inmovilidad general» -que puede conducir a úlceras por presión, in-

fecciones del tracto urinario, neumonía y contracturas- y «comportamiento peligroso» (3). Naturalmente, el estrés del «cuidador» puede ir en aumento a medida que se complica la situación psicofísica del anciano. Este puede perder su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), puede haber pérdida de peso, dependencia cada vez mayor de su cuidador principal, comunicación difícil, agitación, vagabundeo, insomnio, incapacidad para afrontar múltiples estímulos, alucinaciones, etc. Los cuidadores profesionales, deben vigilarles y atenderles constantemente, lo cual puede conducir al agotamiento físico y emocional. También pueden sentir una sensación de pérdida y cólera. El estrés del «cuidador» se traduce en última instancia en un «vaciamiento emocional» que se experimenta como fatiga crónica y ello, precisamente, justifica la intervención del Programa de Estimulación Psicosocial (PEP).

2. La sintomatología clínica del cuidador profesional.

Los cuidadores profesionales, no sólo se enfrentan a problemas físicos y médicos del anciano (cambios posturales, baños, alimentación, higiene, movilizaciones, prevención de caídas, úlceras, etc.), sino también a cuestiones éticas (enfermedad, falta de solidaridad y de afecto, muerte, abandono, soledad, etc.) que contribuyen a minar la integridad de su YO. En efecto, el «cuidador» profesional, es testigo directo del declive progresivo que está sufriendo la persona anciana y, al mismo tiempo, se siente realmente impotente para detener ese implacable deterioro psicoorgánico. Por lo tanto, el «cuidador» profesional, asiste a una serie de «pérdidas» (micropérdidas psicoafectivas) continuas en su trabajo que suponen un desgaste emocional intenso (3, 5, 5a).

La aplicación del análisis factorial en relación al fenómeno del estrés de los «cuidadores»

(gerocultores), ha puesto de manifiesto la existencia de tres dimensiones básicas que son: «perturbación conductual», «apatía-reclusión» y «perturbación del estado de ánimo». Asimismo, se han identificado como agentes especialmente estresantes para el cuidador: la «dependencia», la «perturbación emocional» del anciano, su incapacidad física, las exigencias continuas y las divagaciones.

Un aspecto particularmente interesante es el clima organizacional, es decir, el conjunto de percepciones que tienen los cuidadores sobre la organización social. De este clima organizacional depende -en gran parte- la satisfacción laboral, es decir, una respuesta emocional primitiva al trabajo del «gerocultor» y que resulta de una compleja adaptación psicológica en la que se involucran múltiples variables (cultura, personalidad, relaciones interpersonales, parientes, familias, supervisores/as, etc.). En el polo opuesto, se sitúa la insatisfacción laboral como una respuesta emocional negativa hacia el puesto de trabajo y que se

expresa en inestabilidad emocional, ansiedad-angustia, depresión, baja tolerancia a la frustración, «crisis de identidad», etc. Naturalmente, el estado anímico de muchos cuidadores («gerocultores») que se dedican con este entusiasmo al cuidado y atención de los residentes (ancianos), cristaliza en una situación vital estresante incontrolable que le puede llevar a la pérdida de control sobre el medio institucional donde el «cuidador» desarrolla su inestimable trabajo. Esta confrontación en el medio laboral desencadena igualmente sentimientos de «hastío y aburrimiento» que producen un alto nivel de «inseguridad» y de «baja autoestima». Obviamente, la «baja autoestima» o «autoconcepto» ha sido identificado como un precursor de rasgos depresivos, labilidad emocional, inadaptación laboral y «crisis de identidad». Si al mismo tiempo, fracasan las estrategias de afrontamiento a ese contexto psicosocial aversivo (aunque sea imaginativamente), empeora su equilibrio psicológico y sus expectativas psicológicas alcanzan

el nivel cero.

De esta suerte, lenta y progresivamente -de forma inexorable- se van haciendo claros los síntomas indicativos de una profunda angustia en el «cuidador»: agitación, sudoración, temblores, bulimia, sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, etc. Naturalmente, cuando la angustia es muy intensa, ocurre la «despersonalización» y un sentimiento de vacío emocional, es decir, de falta de recursos psicológicos personales (paciencia, cariño, comprensión, buen humor, tolerancia, comunicación, sensibilidad, etc.) que son absolutamente imprescindibles para atender y cuidar al anciano de forma digna (6, 7).

Ante estas circunstancias estresantes que perfilan el trabajo del «cuidador» profesional, pueden aparecer reacciones depresivas (fatiga, anergia, anhedonia, etc.), reacciones conductuales (cambios bruscos del humor, agresiones verbales, aislamiento social, labilidad emocional, nerviosismo, etc.) y reacciones psicósomáticas (cefaleas, cervicalgias, lumbalgias, insomnio, molestias

gastrointestinales, etc.). Lentamente, a medida que se incrementan los problemas físicos, psíquicos y emocionales del «cuidador», el cuadro clínico resultante muestra una profunda insatisfacción personal y profesional que se extiende al ámbito familiar y a las relaciones interpersonales (6, 7)

De otra parte, el análisis de las tareas y cuidados del «gerocultor», denota que las condiciones laborales, las estructuras organizativas y los factores intrínsecos al trabajo (promoción, participación, creatividad, etc.) constituyen -sin duda- factores determinantes en la explicación del síndrome de «burn-out». Al mismo tiempo, el estado anímico de estos profesionales se relaciona directamente con la insatisfacción profesional y ello, degenera en conflictos psíquicos inter e intrapersonales. El síndrome de «burn-out» hace referencia a un tipo de estrés laboral que se desarrolla en aquellas profesiones (como la de «gerocultor») caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas (ancianos) que sufren

de enfermedad, dolor y deterioro progresivo. El discomfort subjetivo de estos profesionales, se traduce en cansancio emocional, pérdida de motivación y sentimientos de inadecuación y de fracaso. A su vez, este estado anímico implica conflictos con los compañeros, demandas de traslado y, en ocasiones, abandono o separación de la práctica profesional (6, 7).

El cuidador participa igualmente en numerosas acciones y cuidados del anciano institucionalizado que generan una gran tensión y estrés. Ello sobreviene en muchas ocasiones por la tremenda vulnerabilidad del anciano a las caídas en cualquier lugar (habitación, baño, pasillo, etc.). Dichas caídas ocurren, incluso, con la existencia de protección (barras, andador, bastón, etc.). De otro lado, un gran número de ancianos residentes presenta una patología variopinta (estado confusional, demencia, parkinsonismo, patología osteoarticular, patología cardiovascular, déficit visual, incontinencia, etc.). Todo ello, implica gran número de cuidados y preocupaciones que se tra-

ducen muy frecuentemente en un estrés muy intenso (8).

Naturalmente, esta prevención de caídas, exige mucha atención las 24 hrs. del día (hipervigilancia) y buen apoyo físico (sujetar al anciano) lo cual provoca estrés y cansancio en el cuidador y ello, no sólo por las repercusiones graves de las caídas (muertes, disminución de la capacidad funcional, traumatismo craneoencefálico, herida, contusión, fracturas, disfunciones psicológicas graves, etc.), sino también por las exigencias y/o culpabilizaciones familiares (¿dónde estaba usted?) y de la propia institución. De alguna forma, el estrés del «cuidador» se explica porque este profesional frecuentemente actúa como «pararrayos» de la residencia. También hay que considerar el miedo al contagio de nuevas enfermedades (SIDA, hepatitis C, neumonías, etc.).

En el desarrollo de nuestro programa de estimulación psicosocial (PEP), hemos podido identificar como características negativas de la carga de trabajo: el elevado nº de ancianos por «gerocultor», el esfuer-

zo físico continuado, las tareas y cuidados múltiples, la ambigüedad del rol, la baja autoestima o valoración profesional, etc.

De otra parte, la mayoría de los trabajos de investigación realizados con estos profesionales, revelan que los cuidados que generan más estrés, son los practicados con pacientes críticos o terminales (9). Estos profesionales refieren como potentes agentes estresantes: el miedo a cometer errores, las muertes frecuentes, la ineficacia de los tratamientos, el temor a enfrentarse a la tristeza y angustia del anciano y de sus familiares, etc. (10)

Además de estos factores estresantes, los «gerocultores» señalan otras fuentes de tensión-angustia no menos importantes, tales como: escasez de personal, ruidos, cambios de turno, bajos sueldos, falta de preparación específica y de futura promoción, etc. (6). Las implicaciones fisiopatológicas, por otra parte, cada vez se conocen con más exactitud. Así, por ejemplo, los «turnos rotatorios», incrementan el riesgo de enfer-

medad coronaria en las mujeres. En un estudio muy reciente realizado en EEUU, se ha podido comprobar que el riesgo relativo de sufrir una enfermedad coronaria es un 70% más alto entre las mujeres que afirmaron haber trabajado con estas jornadas durante largos períodos de tiempo. Estos datos vienen a confirmar la alta vulnerabilidad del «gerocultor» frente a la enfermedad, y ello justifica plenamente la puesta en marcha de estos programas de prevención para evitar este síndrome y la disminución de la calidad asistencial al anciano.

3. Metodología del trabajo.

La población diana objeto de nuestro estudio está integrada por un total de 128 profesionales, auxiliares de geriatría («gerocultores»), pertenecientes a Instituciones Residenciales del Principado de Asturias. Todos ellos, accedieron de forma voluntaria a cumplimentar el «Cuestionario de Agotamiento Laboral MBI», dicho cuestionario se administró al comienzo del

Programa de Estimulación Psicosocial (PEP). También se administró el «Cuestionario de Estrés Laboral ICST», el cual evalúa agotamiento laboral, despersonalización, realización personal, despreocupación/irritabilidad, responsabilidad y rigidez frente a la sobrecarga laboral.

En cuanto al clima organizacional, la evaluación se hizo usando la Work Environment Scale (WES)). Este instrumento evalúa las siguientes dimensiones: implicación, cohesión (relaciones de amistad y apoyo), apoyo, autonomía, organización, presión laboral, innovación, comodidad.

Las dimensiones de implicación, cohesión y apoyo confirman el factor de «relaciones interpersonales»; las dimensiones de autonomía, organización y presión se agrupan en el factor de «autorrealización»; y finalmente, las dimensiones de innovación y comodidad dan lugar al factor de «estabilidad/cambio». La consistencia interna de las dimensiones de la escala de clima organizacional, es muy aceptable con un rango de

valores que oscila entre 0.69 y 0.86.

Para el estudio de la satisfacción laboral, se ha empleado el Job Descriptive Index (JDI. Este inventario evalúa la satisfacción del «cuidador» en los siguientes aspectos: los compañeros, el trabajo y las tareas, las oportunidades de promoción, la satisfacción y el salario.

Para la obtención de los datos estadísticos, se utilizó el programa informático SPSS/PC (Statistical Package for Social Sciences), el cual nos ofreció la posibilidad de realizar todos los cálculos matemáticos-estadísticos.

Para el **Programa de Estimulación Psicosocial** (PEP), se han diseñado grupos de un máximo de 15 personas, siguiendo una metodología de «dinámica de grupo» y utilizando todos los recursos psicoterapéuticos disponibles para conseguir una mejor adaptación y reforzar, en última instancia, su «autoestima» personal. Cada sesión «grupal», tiene una duración aproximada de unas tres hrs. con un descanso de media hora.

El trabajo con cada grupo es de cinco días, practicando las sesiones de forma alternativa. En cada sesión se permite intervenir a todos sus miembros, manifestando libremente sus quejas, frustraciones, sufrimiento emocional, expectativas, etc. En definitiva, experiencias personales relacionadas con el ámbito laboral y también familiar. En fin, problemas inherentes a la frustración, desmoralización, ansiedad, sensación de fracaso, rabia, etc., que tanto la organización laboral como el propio anciano proyectan sobre el psiquismo del trabajador. En este proceso dinámico, se van explayando emociones y sensaciones de todos los miembros del grupo, al tiempo que el grupo aporta nuevas soluciones para un determinado conflicto (por ejemplo, amenazas, agresividad y acoso a una «cuidadora»).

Por lo tanto, el individuo en el seno del grupo, aprende no a reaccionar (ansiedad/angustia), sino a solucionar los conflictos desencadenados en el medio laboral y familiar. En el grupo, se induce sutilmente a los participantes a conducirse de un modo

novedoso frente al grupo. En el proceso dinámico, se expresan cóleras, rabias, hostilidades, lloros, etc. Todo ello, refuerza la «autoestima» personal de cada uno de los participantes y proporciona también sentimientos positivos. El «círculo vicioso» que alimenta la situación de estrés y angustia del «cuidador», puede ser superado en el seno del grupo al generarse habilidades sociales más efectivas que modifican la autopercepción. En este proceso de estimulación, es realmente fundamental conseguir mejorar el estilo atributivo. En fin, si se logran cambiar las autopercepciones (es un trabajo gratificante, creo que puedo realizarme en esta profesión, voy a dominar un idioma, etc.), se puede romper el «círculo vicioso» negativo de frustración y estrés.

En este contexto grupal, el «cuidador» también es consciente del estrés que origina su trabajo y asimismo, de sus riesgos. Aprende técnicas individuales que le van a permitir afrontar eficazmente el estrés: la asertividad, la inoculación del estrés, la imaginación visual, el conocimiento

del cuerpo, la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno, la meditación, etc.

Cada sesión del grupo es un «lugar de encuentro» en un clima de «empatía» y «seguridad» en el que los profesionales («gerocultores»), se sienten apoyados, comprendidos y valorados. El grupo permite asimismo, la expresión de inquietudes, temores y fantasías en torno al sufrimiento humano, al tiempo que permite aprender de los compañeros y de la propia creatividad del grupo.

IE Programa de Estimulación Psicosocial (PEP), se centra en la adquisición de técnicas de afrontamiento frente al estrés, en la formación de técnicas de comunicación (verbales y no verbales) que le han de permitir una mejor relación con el anciano, con su familia y con sus propios compañeros de trabajo. El Programa se centra igualmente en la preparación de los cuidados físicos del anciano que originan riesgos biológicos para el «cuidador» (trastornos musculares, posibles contagios de enfermedades, etc.).

Asimismo, el Programa trabaja especialmente en el desarrollo de estilos de vida más saludables y estimulantes, propiciando nuevas alternativas a la rutina de estos profesionales que están atrapados por el estrés. Un mayor compromiso en la vida social (habilidades sociales) y un mejor aprovechamiento psicológico de los descansos (descansos reparadores o recreativos) forman parte de estos «estilos de vida» más saludables y estimulantes para el «gerocultor» que se refuerzan precisamente en el contexto de la dinámica de grupo.

4. Resultados.

En términos generales, las puntuaciones medias encontradas en los niveles de clima y de satisfacción reflejan lo siguiente: los cuidadores aprecian deficiencias en el clima organizacional, particularmente en las variables apoyo, autonomía, tarea e innovación. Por lo que respecta a las dimensiones de satisfacción laboral, un aspecto se muestra claramente satisfactorio y, al mismo tiempo, con expreso deseo de mejorar. Nos

referimos a la variable «relación con los compañeros».

Considerados globalmente, los resultados parecen mostrar que, por lo que se refiere a la satisfacción laboral, hay dos aspectos claramente insatisfactorios como son las posibilidades de promoción y de salario.

En lo que se refiere al clima organizacional, los «gerocultores» perciben que el apoyo de la dirección es aún insuficiente. Igualmente, la cohesión del «grupo» de trabajo y el «apoyo mutuo» también se muestran claramente deficientes. En cuanto a la variable «satisfacción», se aprecia un nivel de satisfacción medio que es susceptible de mejorar en los aspectos intrínsecos del puesto de «gerocultor» como son: las tareas, los compañeros, etc.

Igualmente, se manifiestan claramente insatisfechos en relación a las recompensas (promoción profesional y salario). Los resultados obtenidos, muestran la existencia de una correlación estadísticamente significativa (0.69) entre el clima organizacional y la satisfacción laboral, lo que nos sugiere la impor-

tancia de moderar los elementos agresivos de un entorno laboral y desarrollar Programas de Estimulación Psicosocial que aumenten los índices de satisfacción laboral y, por ende, la calidad asistencial.

La insatisfacción laboral alta en el conjunto de la muestra estudiada alcanza a un 18.42% de los «gerocultores» (buscan otra ocupación, cambian de centro de trabajo, cambian de planta, frustración con las tareas profesionales, etc.).

Un 68.42% de los «gerocultores» encuestados han obtenido puntuaciones medias a la hora de valorar el grado de estrés causado por las circunstancias laborales. Las situaciones laborales que destacan por su carga de estrés son las siguientes:

1. Las consecuencias de los errores del propio «gerocultor».
2. Ver morir a un anciano «especial».
3. Tratar con gente agresiva (ancianos/familiares/compañeros/jefes, etc.).
4. Tener un supervisor incompetente.
5. Escasez de personal.

6. Familiares exigentes e inquisitivos.

7. Decisiones y cambios que afectan al «cuidador» que son tomados desde «arriba» sin su conocimiento o participación.

8. Errores de otros compañeros que afecten a sus ancianos.

9. No poder resolver los problemas que se le plantean.

Por otra parte, hemos comprobado que la mayoría de los profesionales (41%) tiene un grado de apoyo social bastante positivo. En este sentido, disponen de alguna persona en quien confiar, se interesan por sus problemas. En fin, alguien con quien puedan comportarse o mostrarse tal y como son en realidad. Este tipo de interacción social que advertimos en las instituciones estudiadas, posibilita la creación y potenciación de «grupos de trabajo» que refuerzan y mejoran la salud mental de los «cuidadores» y la calidad de vida de los ancianos.

Los «cuidadores», en términos generales (68.42%) están sometidos a un grado importante de estrés. La falta de apoyo en sí mismo, es una importante fuen-

te de estrés. Tan sólo el 13.15% de los «gerocultores» manifiesta no experimentar ningún estrés en la actualidad, lo cual coincide bastante en otros estudios realizados en profesionales sanitarios (11).

De otra parte, las relaciones que establecen estos profesionales entre el estrés que padecen y su estado de salud, se ponen en evidencia. En ellas, podemos advertir la magnitud de algunas variables (irritabilidad, fatiga, dificultades de atención, baja autoestima, depresión y nerviosismo) que nos indican la presencia de un estrés que puede tener graves implicaciones psicopatológicas.

Las situaciones de trabajo consideradas como muy estresantes por la práctica totalidad de los profesionales encuestados son las siguientes: ancianos neuróticos, tratar con ancianos agresivos, decisiones y cambios tomados desde «arriba» sin su conocimiento o participación, ver sufrir a los ancianos, no poder dedicar más tiempo a aquellos ancianos que lo necesitan, escasez de recursos esenciales, ver morir a un anciano, disponer de un jefe o un director in-

competente, escasez de personal, falta de apoyo de los supervisores, etc. Estas circunstancias laborales ejercen un gran desgaste psicológico capaz de producir esta disfunción neurovegetativa - reflejo del estrés producido.

La alta proporción del estrés en los «gerocultores», por otra parte, se refleja en ciertas manifestaciones psicósomáticas (jaquecas/nauseas/vómitos, manos/pies fríos, respiración acelerada y palpitaciones). Ello hace también que sean más vulnerables frente a la enfermedad y al mismo tiempo, estos resultados confirman la situación de estrés crónico que padecen muchos «gerocultores» y coinciden con otros estudios anteriores (7, 12).

Asimismo, se detectan alteraciones de sueño en estos profesionales como expresión del estrés que sufren y que presenta su máximo exponente en el «insomnio tardío» (despertar temprano). En todo caso, el «insomnio» y las «pesadillas» son bastante frecuentes y se pueden interpretar como una respuesta inadecuada ante la presión socioambiental del contexto laboral sociosanitario en particu-

lar, de los «turnos rotatorios».

Las alteraciones del comportamiento alimentario y las perturbaciones gastrointestinales son bastante denotativas de la situación de estrés crónico que padecen los «gerocultores». Otros autores, también coinciden en que la insatisfacción del trabajo es un buen predictor de problemas de salud, tanto físicos como psíquicos (13, 14), también había encontrado la relación existente entre un elevado estrés y la insatisfacción laboral, la cual provoca síntomas psicológicos indeseables.

La mayor intensidad del estrés, se detecta en el ámbito laboral (escasez de personal, falta de apoyo de los superiores, falta de participación, familiares, sufrimiento de los ancianos, bajo salario, falta de reconocimiento y/o valoración social, etc.). Estos datos sugieren la necesidad de realizar programas de prevención y tratamiento que sean capaces de conseguir un ajuste del «cuidador» a su trabajo, apoyándose cada vez más en el «grupo» y en los familiares del anciano.

5. El programa de estimulación psicosocial (PEP).

En la estimulación psicosocial de los «cuidadores» se ha seguido el tratamiento específico del grupo al objeto de superar los sentimientos de soledad y de aislamiento. Al mismo tiempo, se procura un aumento de la verbalización y de la socialización. El grupo tratará de favorecer «el altruismo», «el apoyo mutuo», «la seguridad», y «las relaciones interpersonales». Durante «la dinámica de grupo» el terapeuta debe aportar una actitud más activa y directiva y, cuando sea necesario, aliviar los síntomas, plantear objetivos limitados y estimular la esperanza.

Uno de los objetivos del Programa de Estimulación (PEP), por otra parte, es neutralizar los sentimientos de «contratransferencia» de los «gerocultores» que son vivenciados en su propio YO como sentimiento de culpabilidad. El Programa de Estimulación, asimismo, trata de mejorar la

«autoestima» del cuidador, neutralizar su hostilidad inconsciente y su estado psico-físico de estrés. Al mismo tiempo, a nivel cognitivo y de forma muy importante, el «cuidador» aprenderá formas o útiles de confrontación que le permitirán una mejor adaptación y una mayor satisfacción personal. En cualquier caso, el terapeuta deberá facilitar en este Programa de Intervención Psicosocial la autoexpresión, el alivio de la ansiedad, la moderación de la inseguridad, la potenciación de su imagen personal y de su creatividad. Igualmente, se promoverán nuevos estilos de vida (actividad física) que contribuyan a desarrollar una forma de vida más satisfactoria que se proyectará también -con más optimismo y empatía- al ámbito laboral, es decir, al cuidado de los ancianos.

El PEP, se apoya básicamente en las siguientes técnicas que adoptamos durante el trabajo de grupo:

1. Brainstorming. Es un método central en el proceso de la estimulación porque libera la mente de patrones rígidos e improductivos que pueden haber

mantenido al «cuidador» en una rutina durante largos períodos de tiempo. Es un método psicoterapéutico útil como vía de descarga de la frustración que se ha venido acumulando a través de dificultades insolubles.

2. Resolución de problemas. Se trata de estimular en los «cuidadores» aprendizajes o técnicas para apartarlos en la lucha contra numerosas situaciones dificultosas que surgen en el tratamiento y atención al anciano. El proceso de estimulación y resolución de problemas se lleva a cabo en cinco fases distintas:

- a) Orientación general.
- b) Definición y formulación del problema.
- c) Creación de alternativas.
- d) Toma de decisiones.
- e) Verificación.

3. Reestructuración de pensamientos deformados o distorsionados que plantean problemas en relación a su trabajo, a los ancianos o a los compañeros. Estimulación de «reforzadores sociales» y entrenamiento en habilidades sociales; concretamente en asertividad para responder adecuadamente a las

recriminaciones de ancianos, familiares, compañeros de trabajo o superiores.

4. Entrenamiento en inoculación del estrés, un aspecto muy importante en relación al Programa de Estimulación Psicosocial del cuidador. En este Programa se trata de enseñar al sujeto diversas habilidades y estrategias (cognitivas, emocionales y conductuales) que le permitan afrontar las situaciones que le resultan conflictivas (amenazantes, dolorosas o aversivas) de una forma más adaptativa.

5. Recuerdo activo. Se trata de una técnica de autocontrol emocional que permite neutralizar pensamientos negativos y sensaciones displacenteras relacionados con el medio laboral y que ocurren (o han ocurrido) a lo largo del día. Después de realizar y practicar este ejercicio, el «cuidador» se empieza a sentir «relajado» y «liberado» de la tensión emocional acumulada.

6. Relajación. Es muy importante introducir al «gerocultor» en el aprendizaje de la relajación (relajación muscular progresiva; RMP) y de la respiración con el

fin de neutralizar la tensión y el estrés derivados del trabajo de atención y cuidados con el anciano. El «cuidador» vivirá con la relajación cambios considerables y fiables, particularmente cuando la practica con regularidad. Ello le ayudará a mejorar sus patrones de sueño, a corregir sus actitudes, a superar conflictos mentales, a desarrollar su sensibilidad, etc.

7. Otro aspecto esencial en el Programa de Estimulación Psicosocial (PEP) de los «gerocultores» consiste en expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza. También en este contexto, se trata de conseguir el aprendizaje para discriminar entre aserción, agresividad y pasividad. Superar la agresividad consciente/inconsciente frente al anciano, la familia y sus compañeros, es otro objetivo terapéutico esencial. Igualmente, en el PEP tratamos de superar la pasividad frente a la conducta poco cooperativa o razonable con los demás.

8. La formación asertiva de los «cuidadores», pone un énfasis

fasis especial en los componentes no verbales de la interacción (mirada, postura, distancia interpersonal, expresión facial, gestos, contacto corporal, etc) y verbales tales como velocidad del habla, tono de voz, utilización de pausas, escucha, claridad del habla y escucha activa.

9. Detención del pensamiento. Se trata de un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamiento que son irrealistas, improductivas y/o generadores de ansiedad. Se trata en suma de eliminar pensamientos perturbadores (este anciano que me ha insultado) y generar alternativas de pensamientos o actividades mentales incompatibles con el pensamiento perturbador. En fin, se trata de eliminar pensamientos automáticos de autoderrota, atribuciones cansadas depresivas asociadas a ideas de culpabilidad, creencias irracionales, etc.

10. Aprendizaje y reciclaje en la Formación. Debe formarse a los «cuidadores» («gerocultores») para que tengan un sentido de pertenencia a una profesión unida y con valo-

res, metas y medios con los que pueden identificarse. El Programa de Estimulación Psicosocial (PEP) se fundamenta en que el cuidado del enfermo de Alzheimer (EA), en «su viaje infernal humillante», requiere cuidados y atenciones constantes durante las 24 hrs. del día. El cuidador profesional necesita ser instruido en las perspectivas de acercamiento social al anciano o a sus familiares, basadas tanto en la comunicación verbal como en la no verbal. Esta formación integral facilitará el entendimiento del anciano y de sus actitudes (indiferencia, rechazo, desconfianza, agresividad, pasividad, hostilidad, amenazas, etc.) que refleja el sufrimiento emocional del anciano. En última instancia, el «cuidador» profesional bien formado a través del PEP es, en potencia, un buen monitor de cuidadores informales. Un instrumento esencial es la comunicación, posiblemente el instrumento terapéutico más relevante que el «cuidador» ha de conocer y aprender. Por eso, es conveniente discutir los elementos de la conversación con énfasis en las habi-

lidades de escuchar (contacto visual, contacto físico, expresión facial, mirada, gestos, posturas, etc.). De esta forma, el «cuidador» puede desarrollar una relación más empática, más afectiva, no sólo en relación al anciano, sino también a sus relaciones interpersonales, con lo cual mejora el «apoyo» y se neutraliza - en gran parte- el estrés.

Por otra parte, aunque se admite como buena la preparación del «cuidador» para los cuidados físicos, su realización le origina riesgos biológicos importantes (trastornos musculares, trastornos de columnas y extremidades, sobrecargas musculares, posible contagio de enfermedades, etc.).

Por eso, en este Programa, el «cuidador» se convierte en el primer objetivo de la Prevención Primaria para evitar la aparición de enfermedades, a veces severas, que son consecuencia de su trabajo, aunque sean también partícipes en las mismas, los conflictos emocionales de su vida familiar.

Bibliografía.

1. **Florez Lozano JA. García García MC. Adeva Candénas J.:** «Estrés y envejecimiento». *Medicina Integral* 1996; 27(5) 64-79.

2. **Fornes J.:** «Respuesta emocional al estrés laboral». *Rol del Enfermería* 1994; 186, 31-39.

3. **Flórez Lozano JA:**«Las demencias en el presente y en el futuro». *Jano* 1997; 1203, 31-77.

4. **Flórez Lozano JA.:** «Programas de estimulación psicosocial en ancianos dementes». *Jano* 1997; 1203, 65-69.

5. **Flórez Lozano JA.:** «Calidad de vida en el anciano: Aspiraciones y necesidades». *Geriatrka* 1996; 12(3) 30-40.

5(a). **Flórez Lozano JA:** “Síndrome de estar quemado”. Edit. Edika-med, Barcelona, 1994

6. **Robinsonm SE.:** «Nurse burnout: Work related and demographic factures as culprits». *Res. Nursing Health* 1991; 14: 223-228.

7. **Seuntjens AD.:** «Burnout in nursing -what it is ans how to

prevent it». *Nursing Administration Quarterly* 1982; 7 12-19.

8. **Timmeti ME. Sprechley M y Ginter SF:** «Risk factures for falls among elderly persons living in the community». *N. Engl. J. Med*, 1988; 319 :1701-1706.

9. **Fornes J.:** «Estrés laboral vs Salud personal». *Enfermería Científica* 1993; 136-137, 23-28.