

EXPERIENCIAS

## Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer

### Evaluation and results of a group therapy programme for Alzheimer's disease caregivers

**M. GANDOY CREGO\*\***  
**J.C. MILLÁN CALENTI\***  
**B. GARCÍA ZAMORANO\*\***  
**A. BUIDE ILLOBRE\*\*\***  
**M.ª P. LÓPEZ RIBEIRO\*\*\*\***  
**J.M. MAYÁN SANTOS\***

\* Doctor en Medicina

\*\* Psicólogos

\*\*\* D.U.E.

\*\*\*\*PF II

#### RESUMEN

*La terapia de grupo es una de las actividades que se han mostrado más positivas como apoyo a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer; por ello, en este trabajo presentamos un programa de ayuda a cuidadores de enfermos de Alzheimer, en donde la terapia de grupo es una de las actividades establecidas con dos funciones; por un lado contrarrestar el aislamiento de los cuidadores; mientras que por el otro será ayudarlos a superar los sentimientos negativos que suscitan su situación.*

*Los resultados que presentamos, corresponden a un periodo de intervención de seis meses, valorados mediante el STAI; en ellos se muestra como muy afectiva tanto para la reducción de la ansiedad como para el establecimiento de un sistema de comunicación acerca de la problemática común y de la búsqueda de soluciones percibiendo los cuidados estas actuaciones como excelentes para su bienestar.*

#### PALABRAS CLAVE

*Cuidadores, Alzheimer, Terapia de grupo, Apoyo social.*

<sup>1</sup> Instituto Gerontológico Gallego.

<sup>2</sup> EUE.

### ABSTRACT

*The group therapy is one of the activities that have been shown more positive as support to the family caregivers of AD; for it, in this work we introduce a program of help to caregivers; where the group therapy is one of the established activities with two functions: counteracting the isolation of the caregivers and helping them to overcome the negative feelings that raise their situation.*

*The results that we present, correspond to a period of intervention of six months, valued by the STAI. Results point out to be very effective for the reduction of the anxiety like for the establishment of a communication system about the common problem and the search of solutions, perceiving the caregivers these performances as excellent for their welfare.*

### KEY WORDS

*Caregivers, Alzheimer's disease, Group therapy, Social support.*

### INTRODUCCIÓN

Aunque el inicio de la terapia de grupo (TG) se remonta a épocas anteriores, la conformación de la misma, para el tratamiento de los problemas psíquicos evolucionó durante la Segunda Guerra Mundial como una solución para muchos individuos que necesitaban ayuda psicológica y a causa de la escasez de profesionales de salud mental entrenados, siendo hoy en día un tratamiento muy popular extendido hasta personas sin ningún tipo de trastorno emocional.

La terapia de grupo, facilita el aprendizaje interpersonal y permite que sus miembros desarrollen técnicas de socialización, al permitir que las personas que lo componen, vean como los otros miembros del grupo perciben sus acciones, y gracias a las respuestas y orientaciones de estos, puedan mejorar sus actitudes (Yalom, 1975).

La Terapia de grupo en los programas de ayuda a cuidadores de enfermos de Alzheimer, tiene que cumplir dos funciones (Clark y Rakowski, 1983):

- Contrarrestar el aislamiento, al darle a las familias un lugar para discutir sus problemas, ofreciéndoles apoyo a través de un grupo.
- Ayudar a la gente a afrontar los difíciles sentimientos que suscitan el hecho de encontrarse en esta situación.

Dado que por el momento no se ha encontrado un tratamiento definitivo para las demencias, fortalecer la capacidad de afrontamiento de las segundas víctimas o verdaderas víctimas de la enfermedad de Alzheimer, que son los cuidadores, es un objetivo prioritario (Millán, Gandoy, Cambeiro, Antelo y Mayán, 1998; Zarit, Orr y Zarit, 1985).

A pesar de todo, no debemos olvidarnos de que aunque la revisión de trabajos de Terapia de grupo con cuidadores, estos referenciaron su experiencia como útil, el grupo de apoyo no condujo a mejoras de las medidas objetivas de depresión, satisfacción de la vida, apoyo social o afrontamiento (Haley, Brown y Levine, 1987).

Esperar que cualquier intervención limitada pueda tener un impacto verdade-

ro en la lucha diaria del cuidador puede ser poco realista (Belsky, 1996; Saad, Hartman, Ballard, Kurian, Graham y Wilcock, G., 1995).

Por ello, nuestra idea es enmarcar la Terapia de Grupo dentro de un Programa de Ayuda al cuidador (Millán, Gandoy, Cambeiro, Antelo y Mayán, 1998; Millán, Gandoy, Fuentes, García, Buide y Mayán, 1998), esperando así obtener mejoras significativas con un programa completo que toque todos los aspectos de la situación de cuidar un enfermo de Alzheimer entre las que se encuentra el ofertar el apoyo psicológico (Snyder, Quayhagen, Sheperd y Bower, 1995).

Nuestra idea es que los cuidadores se incluyan en grupos de apoyo (Brown, Sloman, Brown y Mitchell, 1997); estos no pueden tener una función curativa (ya que la causa del problema es el enfermo, y aún después de muerto el cuidador tendrá emociones encontradas) ni estar planteados en función de un número concreto de sesiones.

La idea debe ser el formar grupos estables que dirigidos en un principio por especialistas empezarán a «andar», para posteriormente realizar las reuniones sin ningún tipo de supervisión especializada, siendo «guiadas» por cualquier cuidador que tenga experiencia en este tipo de reuniones.

## OBJETIVOS

Utilización de esta técnica dentro de un Programa general de ayuda al cuidador, a fin de disminuir la ansiedad que presentan los cuidadores así como que la utilicen como una nueva vía de búsqueda de soluciones, basada en la interacción entre los cuidadores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se instauró la terapia con un grupo de cuidadores que participa en el «Programa

de Ayuda al Cuidador del enfermo de Alzheimer», llevado a cabo por el Instituto Gerontológico Gallego, y subvencionado por el Ayuntamiento de Santiago de Compostela.

La muestra está compuesta por 13 cuidadores con una media de edad de 54,61 años, y un rango comprendido entre 36 y 73 años; siendo de ellos, el 92,3% mujeres.

El tamaño del grupo seleccionado fue de 8 personas, ya que con menos de 5 pacientes no parece haber la suficiente masa crítica para que se produzca un número adecuado de interacciones y con más de 10 pacientes el proceso de grupo se diluye, en este grupo, todas eran mujeres y con una media de edad de 55 años.

La frecuencia de las sesiones, fue semanal con una duración de las mismas que osciló entre 75 y 90 minutos.

La composición del grupo era homogéneo, ya que los pacientes padecían de la misma condición.

Eran dirigidos por un Psicólogo clínico con experiencia en TG, con la colaboración de otro psicólogo del grupo de intervención.

En estos grupos de apoyo, se realizaron dos partes diferenciadas:

### A. Terapia de grupo.

Mientras en las reuniones estuvo presente el especialista (psicólogo clínico, psiquiatra), este formó al grupo en actividades de:

Aprendizaje de relajación: dada la situación que se da, el conservar la calma es fundamental. El cuidador ha de intentar relajarse para evitar en lo posible que la tensión generada por el cuidado destruya su salud física y psíquica.

Técnicas de afrontamiento así como de solución de problemas: formas de actua-

ción ante las situaciones que se planteen diariamente.

Además se facilitó información general para favorecer una mejor calidad y se intentó permanecer receptivos a todas las demandas del grupo.

### *B. Grupos de apoyo.*

Otra parte de la reunión fue la puesta en común de problemas, el comentar los sentimientos y el recabar ayuda del grupo para superarlos.

La dinámica de estos tipos de grupos de terapia se fundamentó en temas monográficos por sesión, con una explicación por parte del terapeuta o de un especialista en el tema a tratar.

Posteriormente se pasaba después a buscar el cómo superar la situación que se daba en el caso de ser problemática, o de como mantenerla en el caso de ser correcta.

La parte final, era la de comentar experiencias personales, mediante las cuales, los miembros del grupo pueden sentirse desahogados, aprender de otros como las solucionaron o buscar posibles soluciones con ayuda de los terapeutas.

### **Valoración**

Se valoró la ansiedad mostrada por el cuidador mediante el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene), al inicio y al final de las sesiones de Terapia, de diciembre de 1997 a junio de 1998.

La Ansiedad Estado (AE) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La Ansiedad Rasgo (AR), señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad Estado.

En general, los sujetos A/R+ presentarán un mayor A/E+, ya que suelen ver muchas más situaciones amenazadoras. Por lo tanto, los AR/+ son más propensos a responder con un aumento de A/E en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima (enfrentarse a alguna tarea difícil o novedosa). Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en AR muestren unas correspondientes diferencias en AE, van a depender del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, y esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas.

El STAI clasifica la ansiedad en 10 grados o Decatipos, ordenados de 1 a 10 en función de la menor o mayor ansiedad.

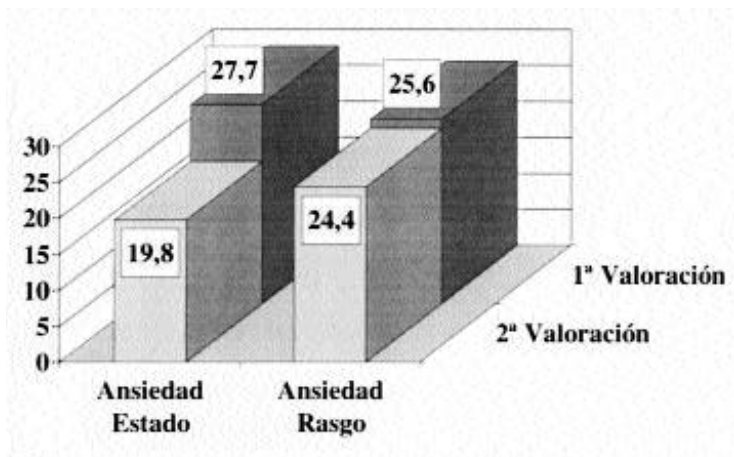
### **RESULTADOS**

Los resultados de la valoración global de la ansiedad, muestran un descenso (Gráfica 1).

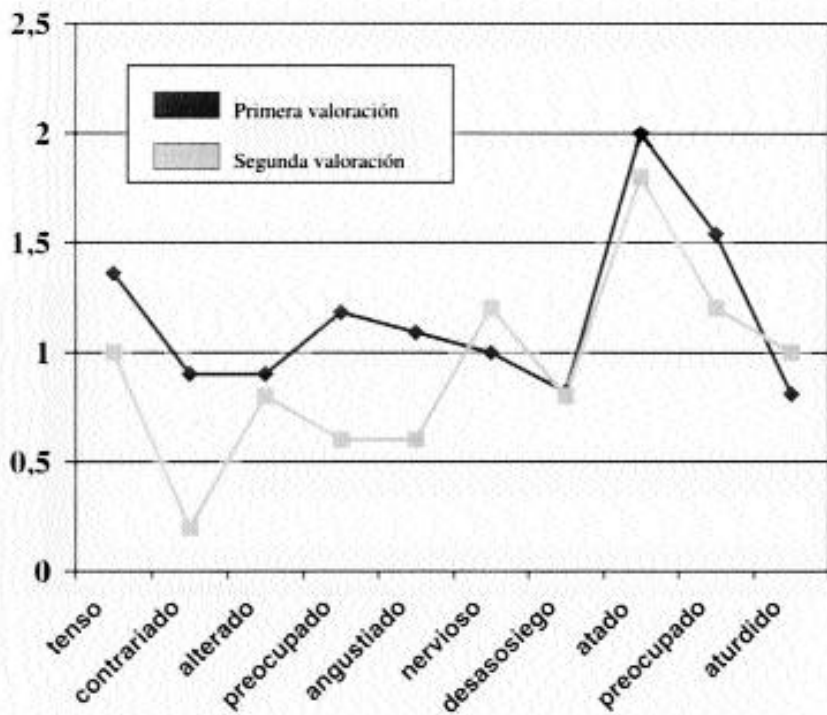
En la valoración independiente de los componentes de la ansiedad, encontramos que en la ansiedad estado se consigue un descenso, mientras que en la Ansiedad rasgo, el descenso existe pero no es significativo. (Gráficas 2 y 3).

El descenso de la Ansiedad-estado permite observar un cambio en el Decatipo de la misma, pasando del decatipo 6 al 5. Por otra parte, la Ansiedad rasgo, el descenso no consigue modificar el decatipo medio en el que se encuentra el cuidador, permaneciendo en el 6. (Cuadro 1).

**GRÁFICA 1**  
**Valoración Global de la Ansiedad**

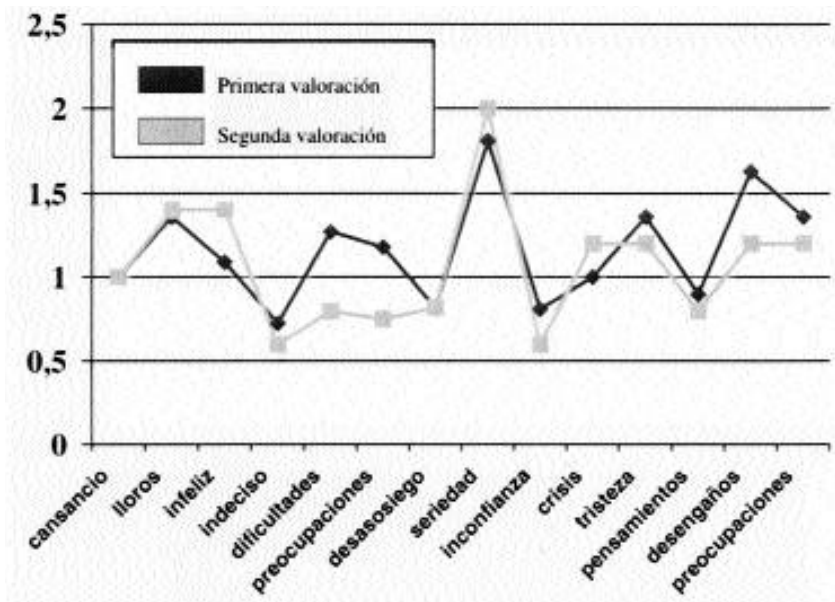


**GRÁFICA 2**  
**Valoración de la Ansiedad estado (Síntomas positivos, a mayor puntuación, mayor afectación)**



**GRÁFICA 3**

**Valoración Ansiedad rasgo (Síntomas positivos, a mayor puntuación, mayor afectación)**



**CUADRO 1**  
**Evolución de los Decatipos**

**Ansiedad Estado**  
**27.7 → 19.8**

**Decatipo 6 a 5**

**Ansiedad Rasgo**  
**25.6 → 24.4**

**Decatipo 6**

Aumenta el bienestar subjetivo, y aunque los sentimientos de depresión y culpa necesitan una intervención más específica, se encontraba también una mejoría.

Los ancianos cuidados notan, en palabras de los cuidadores, el estado de bienestar del cuidador, a su vez, los cuidadores consiguen elevar su autoestima, al aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y aumentar su capacidad de actuación y respuesta sobre la misma.

## CONCLUSIONES

Los grupos ofrecen solidaridad, los participantes tienen el consuelo de saber que no son los únicos con ese tipo de problemas, con lo que pueden aprender de otros que están afrontando los problemas de forma correcta o que sufrieron esos mismos problemas en otros momentos. De esta manera, el esfuerzo de cada individuo, parece menos exclusivo e insuperable. Existe además otra influencia curativa, el modelado, observando como los

otros afrontan las dificultades, los participantes aprenden nuevas estrategias de afrontamiento.

Los grupos permiten que la gente sea altruista, dando consejos y ayudando a otros miembros del grupo.

La terapia de grupo se ha mostrado como muy interesante dentro de un programa de apoyo general al cuidador ya que permite una comunicación de la problemática común y la búsqueda de soluciones, factibles en un programa de ayuda, percibiendo los cuidadores estas actuaciones como excelentes para su bienestar.

De todos modos hemos de tener en cuenta que quizá la magnitud de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores es simplemente demasiado abrumadora para «curarse» o incluso para mejorar de manera destacada con cualquier intervención, quizás el hecho de que los cuidadores mencionen que se sienten ayudados refrenda suficientemente el valor de los grupos de apoyo.

## BIBLIOGRAFÍA

Belsky, J.K. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Teoría, investigación e intervenciones. Masson. Barcelona.

Bodnar, J.C. y Kiecolt Glaser, J.K. (1994). Caregiver depression after bereavement: chronic stress isn't over when it's over. *Psychol Aging*, 9, 3, 372-80.

Brown, P.J.; Sloman, R.; Brown, L.M. y Mitchell, R.M. (1997). Coping strategies of family members with dementia. *Aust Ment Health Nurs*, 4, 2, 70-6.

Clark, N.M. y Rakowski, W. (1983). Family caregivers of older adults: improving helping skills. *Gerontologist*, 23, 637-642.

Haley, W.E.; Brown, S.L. y Levine, E.G. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group

intervention for dementia caregivers. *Gerontologist*, 27, 376-382.

Millán Calenti, J.C.; Gadoy Grego, M.; Cambeiro Vázquez, J.; Antelo Martelo, M. y Mayán Santos, J.M. (1998). Perfil del cuidador de enfermo de Alzheimer en la Comunidad Autónoma Gallega. *Geriatrics* 14, 9, 33-37.

Millán Calenti, J.C.; Gadoy Grego, M.; Fuentes Suárez, I.; García Zamorano, B.; Buide Illobre, A. y Mayán Santos, J.M. Programa de intervención-apoyo dirigido a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Salud Rural*, En prensa.

Saad, K.; Hartman, J.; Ballard, C.; Kurian, M.; Graham, C. y Wilcock, G. (1995). Coping by the carers of dementia sufferers. *Age and Ageing*, 24, 6, 495-498.

Snyder, L.; Quayhagen, M.P.; Sheperd, S. y Bower, D. (1995). Supportive seminar groups: an intervention for early dementia patients. *Gerontologist*, 35, 5, 691-5.

Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. STAI. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid. Tea ediciones.

Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York. Basic Books.

Zarit, S.H.; Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Family under stress*. Nueva York. New York University Press.