



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 13 – Otoño-invierno 2009

### TRABAJO GRUPAL CON CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES \*

**Amelia Palancar Sánchez \*\***

**Todos**, más o menos, **tenemos cierta experiencia en el cuidado de otro**, con los hijos u otros familiares, operaciones, enfermedades pasajeras..., que pueden ser incluso graves. En situaciones críticas hacemos el esfuerzo que haga falta, se moviliza toda la familia, se aúnan los esfuerzos, etc... **a la espera de que se vaya resolviendo**. Entonces la idea de mejoría, de recuperación o resolución es nuestra guía, lo que nos mantiene en un estado de, podríamos decir, expectación positiva. Pero hoy **vamos a hablar de situaciones que se alargan en el tiempo, en las que la expectativa ya no está abierta a la esperanza**, ese ya no es el horizonte. Situaciones en las que **ES LO QUE ES** y no tiene vuelta de hoja, es lo que no queríamos que fuera, cuando se atiende a alguien con una discapacidad o una enfermedad crónica o irreversible en cualquier etapa de la vida, o una merma de salud o capacidades agravadas por la vejez, o secuelas por un accidente, o cualquier otra circunstancia, y esto **se transforma en lo habitual...** de forma que se van complicando las cosas.

Nos enfrentamos entonces a **SITUACIONES VITALES** que pueden ser muy **DURAS Y DOLOROSAS, DIFÍCILES DE ASUMIR** y que implican la necesidad de movilizar o utilizar todos los recursos disponibles que tengamos para llevarla a cabo incluyendo :

- Recursos personales
- Familiares
- Sociales,
- Técnicos, profesionales, etc.

---

\* Texto base de la presentación del día 3 de octubre de 2009, en el espacio abierto de la Asociación para el Estudio de Temas Psicosociales, Grupales e Institucionales.

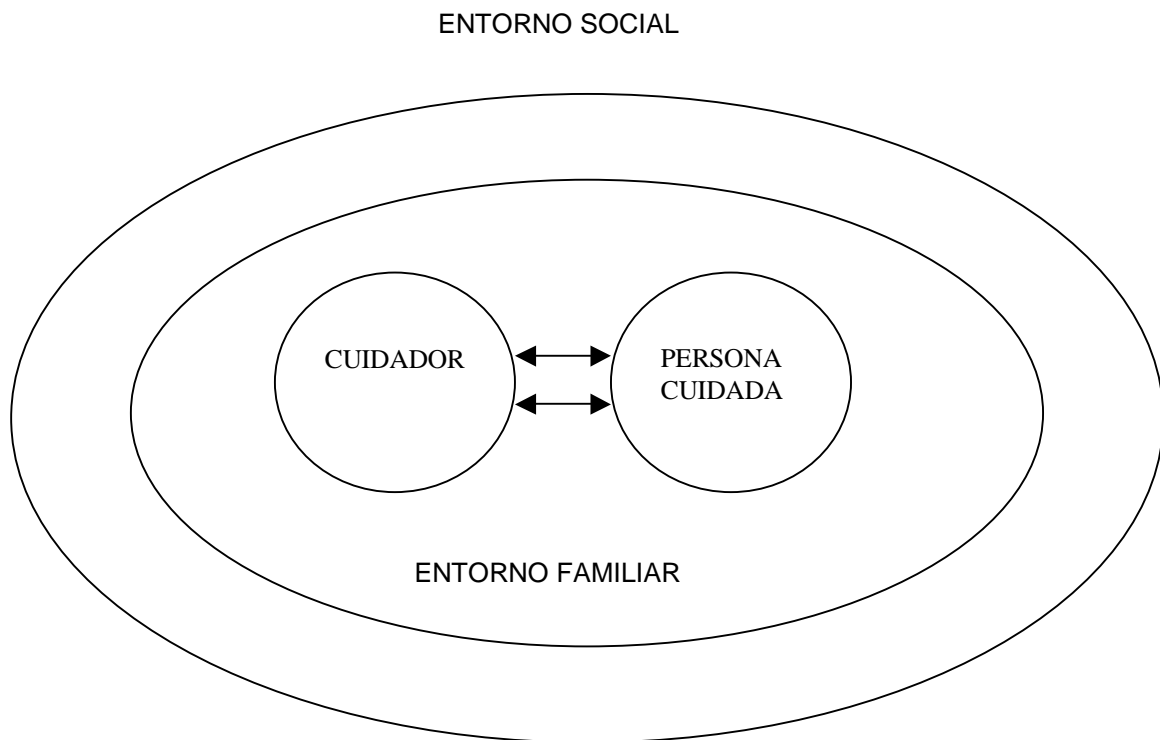
\*\* Amelia Palancar es psicóloga. Área de Orientación y Apoyo Psicológico de la Concejalía de Servicios Sociales y Familia. Ayuntamiento de Majadahonda (Madrid)

**Cuidar** entonces **supone**,

- un esfuerzo especialmente intenso de dedicación y entrega así como de equilibrio personal.
- Que implica a todo el sistema familiar y entorno más cercano.
- Que requiere apoyo para enfrentar las dificultades que pueden surgir y para poder compaginar esta tarea con una vida lo más amplia y rica posible.

• **ASPECTOS QUE INTERVIENEN**

Atender a alguien, CUIDAR, constituye una **situación compleja** que implica muchos elementos y en la que intervienen multitud de aspectos que brevemente reseñamos en el siguiente esquema :



**-aspectos en torno al cuidador:**

- Edad, sexo, estado de salud, estado civil, ocupación, etc.
- características personales, cómo encaja la situación,
- historia personal y familiar,

- motivos por los que cuida,
- sentimientos respecto al que cuida,
- lo que siente que se espera de él (diferente como madre o como esposa o como hijo...)
- tiempo que lleva cuidando,
- su modelo de cuidado, etc.

-aspectos relacionados con **la persona cuidada**:

- Edad, sexo, enfermedad, discapacidad y/o nivel de dependencia, etc.
- personalidad, mecanismos frente a la enfermedad o la vejez,
- cómo vive su deterioro
- historia personal
- nivel de exigencia con respecto a los que le cuidan, etc.

-**cuestiones que están entre medias** de ambos, como:

- la relación de parentesco que les une,
- el vínculo que establecen, el peso de los vínculos históricos, etc.,
- las necesidades del cuidado, etc.

-además de los aspectos que les rodean, como el **entorno familiar más cercano** con las múltiples variaciones que puede tener y, más ampliamente, **el entorno socio-cultural y los recursos disponibles, profesionales de referencia**, etc., que determinan también muchos aspectos del cuidado, aunque no profundicemos ahora en ellos.

**El cuidado incluye** además, **un abanico amplio de posibilidades**, desde un cuidado que requiere **unas atenciones básicas o puntuales**, como una supervisión, un control de la medicación, acompañamiento en ciertas actividades, apoyo en ciertas tareas del hogar, etc., **hasta** tener que **realizar una gran parte o todas las actividades básicas** que el otro no puede hacer (movilización, alimentación, higiene, acompañamiento permanente, etc.), teniendo en cuenta que **LA CARGA DEL CUIDADO está determinada** no tanto por las diferentes tareas que uno tiene que hacer por el otro, **sino por la confluencia de los múltiples elementos que hemos señalado, o su combinación particular** en cada caso.

Cada grupo de cuidadores tiene sus características particulares y ciertas necesidades específicas, pero **independientemente de toda esa variabilidad** o además de ella, hay una serie de **CONSECUENCIAS** que repercuten en el cuidador, que son el **denominador común cuando la situación de cuidado o dependencia se alarga en el tiempo**.

- **CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS**

Algunas de las CARACTERÍSTICAS o CONSECUENCIAS, que se detectan en este grupo de población y que ponen de manifiesto y justifican la importancia de atender sus necesidades son, entre otras las siguientes:

- Al enfrentarse en primer lugar a una situación de cuidado tendemos a tener una **“idea de cuidado unívoca”**. Una forma de hacer que consideramos que es “la forma de cuidar”, sin pensar que hay **DISTINTAS FORMAS DE CUIDAR** y que algunas implican una mayor CALIDAD.
- Siempre **hay una dificultad para aceptar la nueva situación**, para asumir lo inevitable, lo que es. En primer lugar se produce **un impacto emocional importante**, (en nosotros y en el otro... que puede ser brusco, lento, ...) y que **requiere un proceso de adaptación**. Asumir, aceptar la nueva situación creo que **es una de las tareas que más tiempo requiere en el trabajo con cuidadores**. Es como una compuerta o **tope que impide avanzar en múltiples aspectos** y que cuando se abre (y se va aceptando progresivamente) permite cambiar muchas cosas. Implica además, **ELABORAR EL DUELO por la pérdida del que era el otro, que no se ha muerto pero ya no es como era, o del que queríamos que fuera** y superar incluso el rechazo que puede surgir por lo que es ahora.
- Con frecuencia se asume una parte como el todo, en el sentido de que **la relación se establece con una parte del otro, con la parte enferma o menos capacitada, y no con la persona total**. Si tiene, por ejemplo un trastorno mental o es viejo solo se ve eso y no se escucha o atiende la parte sana o capaz.
- Como son situaciones tan duras y complicadas, a veces lo ocupan todo. Es una **tarea que atrapa con mucha facilidad** y, en ocasiones, casi sin uno darse cuenta, toda **la vida gira en torno al cuidado y lo que el otro necesita**, y es **difícil, dentro de ese todo, empezar a DISCRIMINAR**.
- **DISCRIMINAR qué es lo que puedo hacer y lo que no por el otro**, lo que no está en nuestras manos y es inevitable, y lo que si que podemos hacer.
- **DISCRIMINARSE del otro**. Como el otro no puede, yo tampoco, como él no tiene futuro o proyectos yo tampoco. Diferenciar qué necesidades son del otro y cuáles son las nuestras. Que las decisiones del otro no son las únicas y que el que cuida puede tener las suyas, incluso pueden no coincidir. **SER DOS personas y no una**.
- Estas situaciones **suponen un cambio en las relaciones familiares** (a veces cae como una bomba, a cada uno le afecta de manera diferente y se recoloca también de forma diferente). **Con frecuencia toda la responsabilidad es asumida por uno de los miembros de la familia, que suele ser del género femenino**. Esto de ser cuidador es un papel en parte porque lo agarras, en parte porque te lo otorgan, en parte porque te lo exigen... Pueden surgir dificultades con el resto de integrantes de la familia, pareja, hijos, hermanos, etc., por tener distintos criterios de cuidado, disparidad de decisiones, dificultad para coordinarse, por falta de ayuda, por

exceso de cuidado, etc. El cuidado de los padres especialmente, da pie a la **reactualización de conflictos**.

- **El cuidador principal se enfrenta y sufre**, en ocasiones, situaciones de **falta de apoyo familiar** que generan **soledad y angustia**. Con facilidad surgen actitudes teñidas de resignación que incapacitan para buscar alternativas y soluciones. Actitudes paternalistas y sobreprotectoras que generan y favorecen mayor dependencia en la relación, entorpeciendo la autonomía del otro.
- **Restricción del tiempo libre**
- **Pérdida de interés por otras actividades**
- **Poca participación en actividades sociales** o cuando se participa no poder disfrutar porque sigue presente el otro en nuestra cabeza... o porque nos haría sentir mal disfrutar mientras el otro no puede, (tener algo es como que le quitas. Pensar en uno mismo es ser malo...)
- **Aislamiento**.
  
- **Dependencia mutua**. Tras la gran necesidad del otro, que a veces no para de demandar, aparece la propia necesidad del cuidador de no despegarse, pudiendo servir la situación para acallar, ocultar o pasar a segundo plano aspectos personales importantes (trabajo, pareja, etc.).
  
- **Estado emocional muy frágil, depresión, niveles importantes de ansiedad, etc.**, que pueden requerir medicación en algunos casos.
  
- **Aparición de sentimientos que producen mucho malestar**, a veces desconocidos, contradictorios, ambivalentes, como la CULPA, rabia, ira, irritabilidad, miedos, temor a la pérdida, a enfermar, a producir dolor en el que recibe el cuidado, a no poder más y explotar, así como muchas dudas respecto de lo acertado o no de su actuación..., **dificultades para ocuparse de uno mismo porque todo lo invade la necesidad del otro, dificultades para buscar apoyos o dejarse ayudar. Reconocer y asumir la ambivalencia es una de las cuestiones más difíciles y a la vez que más alivian**, cuando se pueden expresar. Permitirse ciertas fantasías, deseos, sentimientos y no fustigarse por ello.
  
- **Cansancio y agotamiento físico y psíquico**
- **Deterioro de la salud**
  
- **Sentirse víctima** de la situación, sin capacidad para decidir, para enfrentar situaciones críticas y tomar decisiones.
  
- Mantener **una imagen idealizada de nosotros mismos como cuidadores** (podemos con todo, como nosotros nadie lo cuida, no necesito ayuda o la que me dan no es buena... en definitiva, soy imprescindible en todo momento y para todo). **FALTA DE LÍMITES**.
  
- **Cargas económicas**
- **Dificultades en la vida laboral**
- **Etc.**

Por todo ello **es importante apoyar al cuidador para que pueda mantenerse fuerte y capaz en esa tarea, CUANDO PUEDE O DECIDE REALIZARLA**, y en ese caso, que pueda compaginar ésta con una vida lo más rica e independiente posible.

- **ALGUNOS ASPECTOS QUE INCIDEN EN EL BIENESTAR DEL CUIDADOR**

La situación de cuidado influye de forma distinta en cada persona, dependiendo de todos los factores que hemos ido señalando, así como de su capacidad personal y resistencia. Algunos aspectos que incidirán en su bienestar serán:

- Su estado de salud previo y cómo cuida su salud.
- La ayuda y comprensión que recibe de otros familiares, ya sean cercanos o desde la distancia.
- La ayuda que recibe de las instituciones.
- La capacidad de dejarse ayudar.
- La información que se tiene sobre la enfermedad o las necesidades del otro, (cómo cuidar y resolver ciertos problemas).
- Capacidad para enfrentarse a la situación y superar situaciones difíciles.
- No gastar energía en tratar de modificar o cambiar lo inmodificable, (p.e. discutir todo el rato con la persona que tiene demencia), etc.

- **ALGUNAS DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES**

Un elemento importante que atraviesa y determina la forma de encarar y asumir el cuidado se refiere al género. Es interesante señalar algunas diferencias que hemos podido constatar en la población atendida en este programa a lo largo de estos años.

- En cifras totales, **el 88% de los casos derivados en estos años han sido mujeres y un 12% hombres.**
- El año que se produjo un **incremento del número de hombres derivados al programa**, coincidió con el aumento significativo de personas que atendían a su pareja, mientras que descendía el grupo que atendía a padres.
- Del total de **22 hombres entrevistados** desde su inicio hasta la actualidad, **17 de ellos atendían a su pareja** (mayoritariamente padeciendo Alzheimer, y en otros casos enfermedad mental grave, secuelas derrame cerebral, parkinson, esclerosis) **y sólo en 2 casos** eran **solteros**, convivían y atendían a su madre mayor con ciertos problemas de salud **y uno casado**, asumiendo algunas cuestiones que el padre no asumía. En un caso había una hermana en quien delegar una gran parte del cuidado y en el otro, que era hijo único, ni siquiera se valoró que tuviera dificultades para manejar y organizar el cuidado.

**- Todos los hombres que han participado en alguno de los Grupos de las sucesivas ediciones, atendían o cuidaban a su pareja.**

El cuidado de los padres mayores u otros familiares, como ya sabemos, recae especialmente en las mujeres y no solo en el caso de ser hijas únicas, ya que en caso de existir hermanos de ambos sexos SIEMPRE es asumido por la mujer.

Los hombres cuidadores de sus parejas parecen recibir mayor apoyo por parte de los hijos, especialmente si hay alguna hija que convive en la misma casa, y me atrevería a decir que también mayor apoyo por parte de las instituciones. Además, en alguna medida, les resulta más fácil recibir el apoyo y dejarse ayudar.

En general se muestran menos resistentes a la utilización de recursos externos (Centros de Día, SAD, Residencia), o incluso cuando tienen dificultad para tomar esas decisiones, con un pequeño empujón las toman con mayor rapidez que las mujeres en sus mismas circunstancias.

Parece que la presión social o lo que se espera de ellos (no es una losa como la que expresan las mujeres) les permite incorporar más rápido o avanzar más deprisa en algunos aspectos que dificultan el cuidado y la consiguiente satisfacción personal, como son la importancia de tomar distancia respecto al otro, de recibir ayuda de terceros, de conseguir tener momentos de esparcimiento, etc.

La educación, y lo establecido culturalmente para cada sexo, parece además facilitar a los hombres cuidadores el manejo de ciertas emociones, tales como el sentimiento de culpa, habiendo mucha menos victimización personal.

El rol de cuidador en los hombres surge cuando surge la enfermedad de la pareja, mientras que en las mujeres las acompaña a lo largo de la vida, con sucesivas tareas de cuidado (hijos, padres, tíos y en ocasiones, cuidando también a los padres de su pareja).

Un rasgo común entre cuidadores y cuidadoras, especialmente entre los de cierta edad ya, y entre aquellos cuya pareja padece una demencia, es que la situación, además de todo el dolor que conlleva, supone un cambio de rol considerable, teniéndose que hacer cargo de toda una gama de situaciones que nunca habían asumido o para las que no están entrenados (elaboración de comidas, tareas del hogar, etc., para ellos y manejo del dinero, gestiones bancarias, toma de decisiones, etc., para ellas).

**• QUÉ PODEMOS HACER PARA AYUDAR A LOS CUIDADORES**  
**Cómo se formó y se ha ido desarrollando el actual Programa de Apoyo a Cuidadores.**

Yo siempre he trabajado con personas que atienden o tienen a su cargo a otro. Empecé en 1991 trabajando con familiares de personas diagnosticadas mayoritariamente de esquizofrenia y en el 2000 me incorporé en la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Majadahonda, en el Área de Orientación y Apoyo Psicológico.

Desde nuestra Concejalía desarrollamos, entre otras cosas, un Programa de Apoyo Psicológico a Cuidadores de Personas Dependientes, que complementa otros programas o servicios, como la teleasistencia, el Servicio de Ayuda a Domicilio, el Programa Respiro, etc., como una forma de ayudar y atender las necesidades de las personas que cuidan a otras, a través de una actividad grupal.

Es importante tener en cuenta que, **a pesar de contar con ciertos recursos dirigidos a ciertas necesidades de esta población** e informar sobre ellos, así como del asesoramiento del Trabajador Social sobre cómo facilitarse la tarea de cuidado, **algunas veces las personas que atienden a otros, tienen mucha dificultad para aprovechar esos recursos y pensar en algunas posibilidades para aliviar su situación...** Incluso en ocasiones, la necesidad y la desesperación es tal, que no creen que se les pueda dar nada que merezca la pena o que les sirva para algo.

Además, como ya hemos mencionado, **es frecuente que la carga principal recaiga o sea asumida por una sola persona, de forma que la situación puede desbordar su capacidad personal, amenazando su propia salud y estabilidad.**

En el año anterior a mi incorporación a la Concejalía, se había desarrollado una primera experiencia de apoyo a cuidadores de personas mayores, desde el Área Gerontológica, que recibe y gestiona las demandas y necesidades de las personas mayores del municipio o de los familiares que los tienen a su cargo.

Analizada la primera experiencia, introdujimos algunos cambios:

- **Ampliación de la población a la que va dirigida.**
- Ampliación de las fuentes de derivación interna y externa.
- Difusión del programa a través de FOLLETO y nota de prensa del Ayuntamiento.
- Entrevista de evaluación e información, como requisito previo.
- Ampliación de la duración del programa.

**Como continuación de la experiencia inicial, y tratando de dar respuesta a las necesidades que hemos señalado, se puso en marcha el PROGRAMA DE APOYO A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES,** como una actividad dirigida a orientar y apoyar a personas que conviven, atienden o participan del cuidado de personas de avanzada edad y/o afectadas por algún tipo de discapacidad o enfermedad física o mental crónica, **de forma que el programa acoge una gran variabilidad de tipologías de cuidadores.**

El **objetivo general** de la actividad **es proporcionar un espacio de información y reflexión, encontrar un lugar en el que compartir con otros, para facilitar una mayor comprensión de la situación en la que se encuentran y de las dificultades que viven, un lugar que les permita pensar sobre qué actitudes inciden negativamente en su propio bienestar, y desarrollar aquellos recursos que tienen para procurarse un ambiente y convivencia más favorable, a pesar de las complicadas condiciones en las que a veces tienen que vivir.** Se trata de que la tarea de cuidar pueda asumirse de la forma más saludable posible, lo que a



veces, puede pasar por dejar que otros asuman el cuidado. Como objetivos específicos nos planteamos:

- Clarificar la situación en la que cada uno se encuentra.
- Entender y comprender mejor a la persona que se atiende o cuida.
- Tomar conciencia de la importancia de la actitud que cada uno adopta en la relación que se establece con la persona cuidada y con el resto del entorno familiar.
- Reflexionar sobre algunos aspectos de sí mismo que le entorpecen su propia satisfacción.
- Encontrar recursos que le permitan moderar la angustia o tensión que genera la situación de cuidado.
- Producir algunos cambios para procurarse un espacio lo más amplio y satisfactorio posible.

**Todo ello a través de una ACTIVIDAD GRUPAL que persigue fundamentalmente impulsar cambios**, que redunden en beneficio del cuidador y su entorno.

La derivación al programa puede ser desde cualquier Área de la Concejalía hasta de cualquier otra institución del municipio, como el Centro de Salud, Salud Mental, o directamente de usuarios que han participado en alguna edición.

El programa ha ido sufriendo diversas variaciones (en cuanto a frecuencia, niveles de trabajo, informaciones previas a la dinámica grupal, etc), con motivo de las circunstancias institucionales, las necesidades de los usuarios, y de las evaluaciones y experiencias de las sucesivas ediciones.

Durante varias ediciones se establecieron dos niveles de trabajo, un grupo de “primer nivel”, con personas nuevas y otro grupo de “segundo nivel”, con ex participantes de ediciones anteriores, que manifestaban interés por seguir profundizando en el trabajo realizado. Posteriormente se organizaron de forma mixta, con antiguos y nuevos juntos, lo que proporciona un dinamismo particular muy positivo.

Mientras ha sido posible, se dedicaban los primeros 45 minutos a la exposición de un tema del programa, proporcionada por un profesional invitado. Los temas o informaciones han ido variando en función de las características de las personas que iban a participar y, en ocasiones, de la evolución del trabajo grupal. Algunas de ellas han sido, por ejemplo:

- Modalidades del cuidado: distintas formas de ayudar o cuidar
- Vínculos que se establecen entre quien cuida y el que es cuidado.
- Apoyos Técnicos y movilización de personas encamadas e higiene
- Consecuencias de la pérdida de autonomía
- Ambivalencia de sentimientos: amor-odio
- Cambio y resistencia al cambio
- ¿Por qué cuidamos, en ocasiones, más de la cuenta?
- La culpa y sus defensas
- La importancia del cuidado de uno mismo
- La relación de acompañamiento

- Cuidado “normal” y cuidado “patológico”
- Elaboración del duelo
- En torno a pensar el futuro
- Etc.

El programa ha contado siempre con la presencia de hombres, aunque en número reducido, menos en las dos últimas ediciones.

En caso de necesidad, cuando un participante tiene dificultad para acudir al programa por no tener con quien dejar a su familiar, siempre hemos contado con la posibilidad de PERSONAL VOLUNTARIO para realizar el acompañamiento.

Las dos últimas sesiones se dedican a evaluación de la actividad y en alguna ocasión se ha pasado un cuestionario de valoración.

En la actualidad, **el grupo que acaba de iniciarse** está formado por antiguos y nuevos participantes, 8 mujeres y un hombre. Se desarrolla de noviembre a junio, a lo largo de 28 sesiones de 1h 45 min. de duración, con una frecuencia semanal y sin ninguna información previa a la dinámica grupal.

Para finalizar comentar que para mí y desde mi experiencia, **aquellos que conviven y atienden a personas con algún trastorno mental grave son los que se enfrentan a situaciones en las que el “cuidado” se hace más complicado y difícil** (por la dificultad de comprender al otro, por la confusión e indiscriminación que se vive, por la crispación que se extiende a todo el grupo familiar, un nivel de angustia muy elevado, agresividad a flor de piel, etc). **Ese grupo, junto con el de demencias**, (aunque este último tiene la “ventaja” de ser una enfermedad “física”, se sabe de dónde viene y eso tranquiliza), **se enfrentan a situaciones en las que se añade una complicación especial** .

#### • ALGUNAS PROBLEMÁTICAS TRABAJADAS EN LOS GRUPOS

Algunas de las problemáticas planteadas por los integrantes y trabajadas en el grupo son:

- Relación de dependencia emocional con los padres, **“siempre he estado pendiente de ellos, por delante de mis hijos y mi marido”, “sólo estoy tranquila cuando estoy con ellos”**.
- Mala relación previa con padres que se reactualiza con motivo del deterioro y necesidad de cuidado y que conlleva relaciones agresivas, **“le dije de todo antes de que la operaran, no podía dejar que se muriera sin decirle todo lo que me había hecho”**.
- Mala relación previa con la pareja a la que se cuida, incluido el maltrato, **“cuando llegaba dispuesta a coger la maleta e irme, me lo encontré tirado en estado de coma ¡cómo te vas a ir!, ¡ya no**

- puedes!”, “yo me tenía que haber separado, siempre fui una cobarde”, “tengo ganas de darle con un candelabro y rematarlo”.**
- Sentimientos de ser esclavo del otro, es el otro el que manda y decide. Situación impuesta sin capacidad de decisión, **“toda la vida queriendo agradar a todo el mundo”, “lo mío no tiene solución, porque haga lo que haga me llevo el rapapolvo”, “Tengo el síndrome de Estocolmo”.**
  - Sentimientos intensos de culpa que atenazan e impiden replantearse la situación y que bloquean la toma de decisiones. **“me gustaría que pasara algo, que alguien dijera que hay que llevarlo a algún sitio, que no fuéramos ni yo ni mis hijos, ¿hasta cuando?”, “voy a verlo mañana y tarde, ya se que me ha hecho mucho daño, pero...”**,
  - Dificultad para detectar señales de desbordamiento y agotamiento, **“me abochorna decirlo pero le he gritado y zarandeado”.**
  - Formas de resolución ante situaciones insostenibles, a la desesperada, como forma de forzar cambios, **“Me intenté suicidar, tenía a mi madre , a mi suegra y a mi marido, y no tenía solución”.**
  - Cambios en las relaciones familiares a raíz de la enfermedad. Enfrentamientos entre hermanos, etc. **“Mis suegros no vienen a verlo desde que metí al chico que me ayuda con mi marido”, “mi cuñada lleva 6 meses sin ver a su hermano”.**
  - Dificultad para clarificar los sentimientos reales hacia la persona cuidada. Temor ante sentimientos no reconocidos, **“pienso, esto no puede ser, ¿mi madre con malos sentimientos?”, “me asusta que no me inspire amor”.**
  - Relaciones de dependencia emocional no resueltas con los padres, o con los hijos y dificultad para separarse de ellos. **“Les llamo dos veces al día y voy todos los días a verlos”, “¿por qué lo llevas como si fuera un niño, si tu hijo tiene 56 años?.**
  - Análisis del peso que a veces adquiere la historia familiar en la tarea de cuidado. **“Es muy duro recordar cosas que he vivido con mi madre, no sé si podré y creo que nunca me curaré de eso”, “Siempre dije que no me casaría con un hombre como mi padre, que bebía, y al final me casé con uno que bebe, no lo entiendo”.**
  - Esclarecimiento de problemas personales que quedan silenciados o escondidos tras la situación en primer plano del cuidado. **“Vine porque cuido de mis padres pero tengo un pequeño problema personal con mi marido, bebe demasiado”.**
  - Dificultades para hacer valer el criterio propio, tomar decisiones o exponer la situación personal a nivel familiar, **“estoy bloqueada, no sé cómo decirle a mi marido que no puedo más; ... que no quiero seguir cuidando a su padre y al mío” , “no pude venir porque a él no le parecía bien que dejara a mi hija con la chica nueva”.**

Y algunas ideas expresadas al finalizar el mismo:

*“Me planteé tener 2 tardes libres, voy poco a poco”*

*“Me he planteado tres proyectos para mí y para ella...”*

*“He tomado la decisión de pedir una residencia para mi madre, dado el avance de su demencia”*

*“Decidí que me tenía que cuidar”*

*“Voy procurando entrar un poco más en la vida, procuro salir un poco. Fui a visitar a mis hijos a Galicia”*

*“He metido una interna para que me ayude, me estoy sacando el carné de conducir... y voy al gimnasio”*

*“Yo he empeorado mucho de mi salud, por movilizarlo, ¿qué hago?, Lo que puedes hacer es solucionar las cosas que puedes, y las que no, dejar que las asuman otras personas”*

*“Ahora tengo que poner orden en mi vida y hacer cosas que tengo pendientes”*

*“Ahora funciono a hechos consumados, no le doy tantas vueltas, hago lo que creo que tengo que hacer”*

*“El grupo me ha quitado el sentimiento de culpa, he dado pasos de gigante. Yo lo de la residencia no lo podía pensar.”*

*“He podido decir que aborrezco a mi madre. Mis amigas me dicen que no me queje”*

*“Yo aquí voy cogiendo fuerza”*

*“Yo ahora quiero vivir, estoy tomando conciencia de mi vida”*

*“... y además voy a ir a Alcohólicos Anónimos, ya se lo he dicho a él, no hace falta que escondas las botellas, haz lo que quieras. Yo haré lo que crea conveniente.”*

*“He decidido que voy menos a la residencia, da igual ir 2 o 5 horas, siempre está con la misma cantinela, machacándome”*

*“Ahora le puedo poner límites”*

*“No sé qué será pero estamos más tranquilas mi madre y yo, no nos pasamos el día discutiendo”*

*“Salí con mis amigas y mi marido enseguida me llamó para decirme que la niña estaba mala. No volví corriendo como otras veces, le dije, pues atiéndela que seguro que lo haces muy bien”*

*“Mi marido dice que estoy en una secta”*

## **BIBLIOGRAFÍA**

**“Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares”**, M<sup>a</sup> Izal Fdez., Ignacio Montorio y Pura Díaz, Volúmen 1 y 2  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, 1997

**“La enfermedad de Alzheimer”** , Robert T. Woods  
Colección Rehabilitación  
Ministerio de Servicios Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales ,1991

**“Alzheimer comienza con “a” de ayuda”**, Manual práctico para voluntarios,  
María Mira Herreros  
AFAL Madrid.

**“Guía informativa básica para personas con enfermedad mental crónica y para sus familiares”**, Juan González Cases y Miguel Angel LCastejón  
Dirección General de Servicios Sociales, 1999

**“Convivir con un enfermo de Alzheimer: Guía de ayuda para familiares y cuidadores”** , Mitra Khosravi  
Colección Fin de Siglo  
Ediciones Temas de Hoy, 1995

**“36 Horas al día : Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer”**  
Nancy L. Mace y Peter V. Rabins M.D.  
Editorial Ancora, S.A., 1991

**“La familia del enfermo mental”**, Vicente Gradillas  
Editorial Díaz de Santos, 1998

**“Convivir con la esquizofrenia: una guía de apoyo para familiares”**, M<sup>a</sup> Pilar Arribas  
Editorial Promo Libro, 1997