FAMILIA 51 (2015) 17-29

Conflictos familiares cuando se cuida a un familiar mayor

Javier López [a*], Cristina Noriega [a], Cristina Velasco [a] y Francisco J. Moya-Faz [b]

a. *Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad CEU San Pablo, 28668 Boadilla del Monte, Madrid*

b. *Departamento de Psicología. Universidad Católica de Murcia. Campus Los Jerónimos. 30107. Guadalupe, Murcia.*

Resumen

La población mayor va en aumento y el cuidado a los mayores es un asunto relevante no solo a nivel social sino también a nivel familiar, ya que las familias son las que en general han proporcionado el cuidado a los mayores. Cada miembro de la familia se implica de un modo diferente en el cuidado del mayor. Desde el modelo del estrés del cuidador se considera fundamental la percepción que el cuidador tiene de la situación, así como las estrategias que emplea para afrontar la misma. El estrés del cuidador afecta a todas las áreas de su vida. El resto de familiares suelen ser una fuente de apoyo para el cuidador principal. Sin embargo, también pueden surgir conflictos en torno a la situación de cuidado. Cerca del 40% de las familias presentan problemas en la funcionalidad familiar ante una situación de cuidado de un mayor en el hogar. Los conflictos surgen por las diferencias y desacuerdos sobre el cuidado sustituto, los cuidados complementarios y los cuidados conjuntos. Las diferentes creencias familiares, los problemas previos a la necesidad del cuidado del mayor, la soledad que siente el cuidador principal, la falta de ayuda por parte del resto de familiares, así como las discrepancias en los criterios para la institucionalización son algunos de los conflictos familiares más frecuentes. El final de la vida es una situación de estrés para toda la familia. Entre los factores que contribuyen al conflicto familiar cabe destacar: el contexto familiar, conciencia de enfermedad y estado de salud del enfermo, ansiedad y dificultades para aceptar la enfermedad por parte de los cuidadores, miembros de la familia que reivindican el control, comunicación ineficaz, entre otros.

Universidad Pontificia de Salamanca

Por todo lo anterior, se considera necesario desarrollar nuevas líneas de investigación sobre los conflictos familiares ante la situación de cuidado, así como la promoción de programas de intervención que ayuden al manejo de los conflictos familiares para incrementar el bienestar en todos los miembros de la familia.

Palabras clave: dependientes, cuidadores, quemados, conflicto, relaciones familiares.

Abstract

The growth in the elderly population makes caregiving for older adults an important issue not only for the society but also for families, as relatives are the most often care providers. Each relative involves in the care process in a different way. The caregiver stress model considers of great importance the caregiver´s perception of the situation as well as the psychological resources used to face it. Caregiver´s stress affects all areas of his/her life. The rest of the relatives tend to provide support to the principal caregiver. However, conflicts related to the caring situation can also take place. About 40% of the families have problems in their functioning when an older person cared by family members. The conflicts arise because of differences and disagreements in the substitute, complementary and/or joint cares. Different beliefs between the relatives, previous problems to the older person disease, loneliness felt by the primary caregiver, lack of support from the other family members as well as discrepancies in the criteria for institutionalization are some of the most common family conflicts. Among the factors contributing to family conflicts that can be mentioned are the following: the family context, awareness of the illness and health status of the patient, anxiety and difficulty accepting the older person disease by the caregivers, family members claiming control, ineffective communication, among others. As a consequence, it is necessary to develop new lines of studies that analyze family conflicts when an older person is cared by his/her family as well as develop intervention programs that help to manage family conflict in order to increase wellbeing in all the family members.

Keywords: dependents, caregivers, burnouts, conflict, family relationships.

1. Estrés en cuidadores de familiares mayores

1.1. Modelo teórico de partida

En el mundo en general, y en España en particular, las personas cada vez viven más, y esto es una buena noticia. Sin embargo, hay ciertas enfermedades como el Alzheimer u otras demencias que están asociadas al incremento de la esperanza de vida de las personas. En este sentido, cabe destacar que las tasas de prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer se duplican cada cinco años a partir de los 65 años, estimándose que en el año 2040 existirán más de 80 millones de personas afectadas por estas enfermedades neurológicas de diversos orígenes (Ferri *et al.,* 2005).

Universidad Pontificia de Salamanca

Desde tiempos inmemoriales el cuidado de los mayores ha sido proporcionado por la familia. Sin embargo en la actualidad no sólo son más los cuidadores de familiares mayores dependientes sino que también se encuentran peor física y emocionalmente que la población general. Así, el último gran estudio de referencia en nuestro país sobre cuidadores señala que en el 5,1% de los hogares españoles (725.870 hogares) viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas, estimándose de esta manera que el número total de cuidadores es mayor que la población de La Rioja y Cantabria juntas (IMSERSO, 2005). Además, la investigación ha documentado claramente las consecuencias físicas y mentales negativas que tiene el hecho de ser cuidador de un familiar mayor, entre las que cabe destacar elevados niveles de depresión, ansiedad e ira (Crespo & López, 2005; Pinquart & Sörensen, 2003). De este modo, los estudios reflejan que los esposos o esposas cuidadoras presentan más síntomas de depresión, así como más cansancio físico y menores niveles de bienestar psicológico, todo ello unido a un aumento de gastos económicos. En cuanto a otros miembros de la familia, como son los hijos y las diferencias con los yernos o nueras, se sabe que los hijos políticos perciben la relación con la persona mayor cuidada como menos positiva y reflejan menos esfuerzos en el cuidado si se comparan con los hijos de la persona que recibe el cuidado (Pinquart & Sörensen, 2011). Por lo tanto, es importante considerar que los distintos miembros de la familia participarán de forma diferente en el cuidado del mayor, de manera que para cada uno tendrá una repercusión personal y familiar diferente.

Hay diversos factores que contribuyen a explicar el malestar experimentado por quienes cuidan a un mayor dependiente. Pearlin y colaboradores (1990) creen que, en lo relativo a las familias, cuando estas son de nivel socioeconómico alto probablemente se enfrentarán a los problemas derivados del cuidado de una manera diferente a como lo pueda hacer una familia de nivel socioeconómico inferior. Por otro lado, la historia del cuidador influye, no siendo lo mismo cuidar a un mayor del que uno se siente cercano, con el que las relaciones previas han sido de gran intimidad y afecto, que atender a un familiar mayor del que se siente distante y con el que las relaciones han sido frías o problemáticas. También puede ser relevante para entender las repercusiones que el cuidado tiene sobre los cuidadores la composición familiar, pues parece más difícil cuidar a un mayor cuando los contactos con el resto de la familia son escasos.

Este mismo autor considera que los agentes estresantes para los familiares pueden ser de dos tipos: primarios y secundarios. Los estresores primarios están directamente ligados a la actividad de ser cuidador (*i.e.* deterioro cognitivo, incapacidad funcional, trastornos de conducta del enfermo, carga, deprivación afectiva e instrumental del cuidador). Pero, resulta especialmente relevante tener en cuenta que los agentes estresores también pueden ser secundarios o relacio-

Universidad Pontificia de Salamanca

nados con otras áreas distintas del cuidado, a la vez que generados o empeorados por los estresores primarios. De este modo, nos encontramos con repercusiones negativas que el desempeño del papel del cuidador tiene sobre su vida familiar, social y laboral (*i.e.* conflictos familiares y laborales, problemas económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio).

Podríamos decir que el estrés del cuidador afecta a todas las áreas relevantes del cuidador. Este estrés no le afecta solo a él (cuidador) y a la persona que es cuidada, sino a toda su vida, incluida la esfera familiar. Estos estresores secundarios pueden ser considerados como el resultado de una proliferación del estrés que supone ser cuidador.

Ser cuidador, aunque quizás sería más apropiado decir ser cuidadora[1], es una situación prototípica de estrés crónico. Además, se propone que la evaluación o percepción de la naturaleza de una situación de cuidado y los recursos personales del cuidador juegan una influencia importante en las consecuencias que implica el cuidar. No sería, por tanto, la situación de cuidado en sí misma la que determina el malestar del cuidador sino cómo lo perciben/evalúan y cuáles son los recursos que el propio cuidador presenta (Crespo & López, 2005; Sánchez, 2009).

Según la literatura sobre el tema, el cómo afrontan los cuidadores las situaciones estresantes (*e.g.*, los problemas conductuales de la persona mayor con demencia) influye en su salud mental. El modo de ser afectado por las situaciones de estrés que implica ser cuidador puede variar dependiendo de cómo se valoran los problemas (más o menos molestos), y de los recursos personales de los cuidadores. Así, por ejemplo, los cuidadores con mayores recursos personales (*e.g.,* mayor autoeficacia, mayor apoyo social) es probable que valoren los estresores del cuidado como menos molestos y, por lo tanto, puedan mostrar menor vulnerabilidad a las consecuencias negativas del cuidado. Así pues, este modelo de estrés del cuidador subraya la importancia de analizar la influencia de los recursos personales sobre el malestar del cuidador. En este sentido, contar con un familiar funcional, no conflictivo, que apoya, alienta y anima es un recurso que amortigua los efectos del estrés del cuidador. Por el contrario, vivir en un ambiente familiar conflictivo, en el que no se cuenta con el apoyo necesario, puede ser un potenciador de los problemas que resultan de cuidar a un ser mayor dependiente en el hogar.

[1] Resulta claro que el cuidado en general, y de los mayores en particular, es un asunto de género femenino y número singular. Cuidar es un trabajo femenino no remunerado ni recompensado (Sánchez, 2009). Son las mujeres las que se ocupan de cuidar a los mayores con dependencia y siempre hay un cuidador principal, cuando no único, que se ocupa en la familia de atender al familiar. Esto ocurre no solo en nuestros contextos mediterráneos sino en todas las culturas analizadas por la literatura gerontológica.

Universidad Pontificia de Salamanca

1.2. Papel de la conflictividad familiar en el proceso de estrés del cuidador

Aunque el número de estudios que analizan el estrés del cuidador ha crecido exponencialmente desde los años 80, hay algunos factores relevantes que intervienen en los efectos del cuidado que merecen una mayor atención de la que han recibido hasta ahora. Sin duda, la conflictividad con el resto de familiares de los cuidadores distintos de la persona a la que se cuida es uno de los factores que necesita una mayor investigación.

La importancia es tal que Strawbridge y Wallhagen (1991) encontraron que un 40% de las familias que cuidaban a un mayor dependiente experimentaban conflictos familiares frecuentes. En nuestro contexto sociocultural, Carretero y colaboradores (2006) encontraron asimismo que un 39,5% de las familias en las que se cuidaba a un familiar mayor dependiente presentaban problemas de funcionalidad familiar, es decir, problemas en la cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad adaptativa de la familia. Semple (1992) señala que dichos conflictos correlacionan con altos niveles de ira y depresión. Por su parte, Heru y colaboradores (2004) indican que la conflictividad familiar se asocia con mayores niveles de malestar y sobrecarga.

La investigación familiar en el ámbito de los cuidados ha señalado que aquellas familias que se caracterizan por mantener conflictos estructurales perciben un mayor impacto de la enfermedad que aquellas caracterizadas por tener una estructura familiar cohesionada. En la primera de las condiciones es fácil que se evite pedir ayuda "para no volver a discutir", "porque ya se sabe que no va a hacerlo", etc., y se culpabilice a todos los demás miembros de la familia de los problemas que surgen tanto en el cuidado de la persona mayor como en los propios cuidadores (Lieberman & Fisher, 1999).

Cuando los cuidadores buscan ayuda de otros miembros de la familia, los conflictos típicamente surgen en torno a situaciones relacionadas con tres tipos de cuidados y que podrían ser categorizadas como: a) diferencias y desacuerdos sobre el cuidado sustitutivo (mismas tareas proporcionadas por diferentes miembros de la familia, es decir, hay un cuidador principal y otros que le sustituyen cuando lo necesita), b) cuidados complementarios (diferentes tareas proporcionadas por distintos familiares, es decir, cada uno es responsable de unas determinadas tareas con el mayor) o c) cuidados conjuntos (diferentes tareas proporcionadas al mayor por miembros de manera compartida) (Davis, 1997). En nuestra experiencia clínica podemos decir que la inmensa mayoría de los cuidados se lleva a cabo en el caso de las personas mayores por un cuidador principal, por una cuidadora, y el resto de la familia "le echan una mano" en algunos momentos concretos. La Tabla 1 muestra los conflictos familiares más frecuentes en el tipo de cuidado sustitutivo, las causas de los conflictos de familia y las formas en que los cuidadores intentan gestionar esos conflictos.

Universidad Pontificia de Salamanca

TABLA 1. *Situaciones familiares conflictivas en el cuidado de mayores en el hogar*

Estrategias necesarias de manejo de problemas	Causas de los conflictos de la familia
Selección de un miembro de la familia que: • ejerza como el cuidador principal, • seleccione y "entrene" a otros como cuidadores secundarios o de apoyo, • supervise a cuidadores sustitutos o secundarios.	La falta de consenso en la familia sobre: • la necesidad de sustitución, • la naturaleza y el alcance de tareas a llevar a cabo cuando se necesita ese cuidado secundario o de apoyo (*e.g.*: la higiene, normas de prevención de posibles accidentes como el dejar o no las llaves del coche al mayor), • el tiempo a dedicar. Relaciones previas entre los familiares: • entre los familiares y el mayor al que se cuida, • entre el cuidador principal y el resto de miembros de la familia.

Adaptado de Davis (1997)

Los conflictos surgen, muchas veces, porque no se ve por parte del resto de los familiares la necesidad de un cuidado sustitutivo. Como los cuidadores principales la mayoría de las veces son mujeres amas de casa o esposos jubilados, el resto de familiares creen que tienen tiempo suficiente para el cuidado del familiar. Incluso, hay algunos que cada vez van menos a ver al familiar mayor dependiente, generando en los cuidadores principales un gran sentimiento de soledad (Davis, 1997). Tanto es así que entre un 45 y un 60% de los cuidadores consideran que sus hermanos les ayudan menos de lo que deberían en el cuidado de alguno de sus padres con Alzheimer (Lieberman & Fisher, 1999).

En ocasiones, los cuidadores no piden ayuda porque no quieren molestar al resto de familiares. Sin embargo, también es verdad que, en no pocas ocasiones no solicitan ayuda sustitutiva para evitar discutir con el resto de familiares. La creencia que hay de fondo es que ellos piensan que los otros familiares no lo van a hacer tan bien como ellos (Davis, 1997; Vernooij-Dassen *et al.*, 2010). A veces, el resto de familiares creen que los cuidados sustitutos deben ser llevados a cabo por profesionales remunerados en lugar de por ellos mismos o por el cuidador principal, mientras que este último suele creer que los cuidados deben ser llevados a cabo por la familia (Davis, 1997). Estas creencias de los miembros de la familia suelen ser motivo de conflicto.

Por otro lado, en algunos casos la enfermedad del mayor no crea problemas nuevos sino que exacerba los problemas familiares ya exis-

Universidad Pontificia de Salamanca

tentes con anterioridad entre los familiares. Cuando esto sucede, los otros familiares se ven enredados en dichos problemas y son incapaces de cuidar del mayor. También los problemas pueden surgir entre el familiar mayor al que se cuida y alguno o algunos de los familiares. Es decir, los problemas pueden ser intra e intergeneracionales[2].

Los nuevos conflictos en las familias pueden surgir porque hay discrepancias sobre temas relacionados con la enfermedad (creencias sobre la dependencia del paciente, su alcance, y las estrategias adecuadas para manejarla), sobre la cantidad y calidad de atenciones prestadas por el resto de los familiares al mayor o por el reconocimiento y el apoyo que el cuidador recibe del resto de la familia (Pearlin *et al.,* 1990; Vernooij-Dassen *et al.,* 2010).

Para algunos miembros de la familia resultan más estresantes las actitudes evitativas del resto de familiares, haciéndoles sentir que ellos se tienen que hacer cargo en solitario del mayor y de este modo recae sobre sus espaldas el peso de todo el cuidado, que los problemas de memoria, de conducta o de salud del mayor al que se atiende (Davis, 1997; Pearlin *et al.,* 1990). De hecho, algunos de los síntomas del cuidador "quemado" son el desinterés por el resto de las personas y su irritabilidad, así como el hartazgo de otros (Sánchez, 2009) Aunque es importante señalar que en estudios llevados a cabo en nuestro contexto mediterráneo se incluye la falta de la ayuda por parte del resto de los hermanos en el cuidado de los padres como uno de los principales problemas familiares que hacen el cuidado aún más complicado (Litwin, 1994).

Con el paso del tiempo, el cuidado que necesita el mayor dependiente suele ser cada vez más intenso. Es decir, la enfermedad avanza a su ritmo y la familia se tiene que adaptar a esta evolución. Son distintos los cuidados cuando se diagnostica la enfermedad, que cuando ésta se cronifica o cuando lo único que se pueden proporcionar son cuidados paliativos. El cuidado es como una carrera de largo recorrido en el que los obstáculos son distintos y se pone a prueba la capacidad de resolución de problemas de los familiares. Sin embargo, no está claro si con el paso del tiempo los familiares se van adaptando cada vez mejor a la situación y, por tanto, están más tranquilos o, por

[2] Aunque en nuestra experiencia clínica hemos comprobado cómo este asunto siendo importante no es determinante pues hay cuidadores que atienden a familiares que han sido fríos, distantes o incluso agresivos y violentos con ellos. Llegando incluso en algunas ocasiones a tener que pedir a otro familiar cercano que vivía con ellos que se fuese para dejar sitio (su habitación) a ese mayor distante que comenzaba a necesitar ayuda y por tanto veían necesario traérselo a casa. En un estudio que llevamos a cabo con cuidadores (Crespo & López, 2007), pese a la deseabilidad social que puede sesgar este tema, un 6% de los cuidadores reconocía que la relación previa con el familiar mayor al que cuidaban había sido distante y fría e incluso un 7% indicaba que su relación había sido conflictiva. Esto supone que uno de cada diez cuidadores ha tenido una relación negativa previa con su familiar que no le impide cuidarle con gran intensidad cuando esto es preciso.

Universidad Pontificia de Salamanca

el contrario, el paso del tiempo va desgastando y quemando a los cuidadores y, por tanto, tienen más probabilidades de entrar en conflicto unos con otros (Aneshensel *et al.,* 1995).

A lo largo de los cuidados se planteará la conveniencia o no de institucionalizar en una residencia al familiar mayor. Este es un tema tan complicado que el mero hecho de pensar en la institucionalización genera un alto malestar (López *et al.,* 2012). Pese a lo que se cree comúnmente, (Davis, 1997) el conflicto familiar no es un predictor claro de institucionalización, ni tampoco la ayuda prestada por el resto de familiares es un predictor de no institucionalización, como lo demuestran las revisiones llevadas a cabo sobre este asunto (Gaugler *et al.,* 2006, 2009) Se puede decir que el conflicto es más bien una consecuencia de la institucionalización, o del planteamiento de tal posibilidad (Vernooij-Dassen *et al.,* 2010).

2. Conflicto en cuidadores de familiares mayores al final de la vida

Cada vez es menos frecuente que la muerte de las personas mayores ocurra de forma súbita, fruto de una enfermedad o un problema agudo. Al contrario, suele suceder lentamente, tras un largo periodo de enfermedad crónica. Esto hace que los familiares estén altamente implicados en la atención de los mayores frágiles y dependientes en los momentos previos a su fallecimiento. Por lo tanto, los familiares, en mayor medida, se ven implicados en el manejo y alivio del dolor de sus mayores, en la coordinación de los cuidados y en la toma de decisiones al final de la vida de su ser querido (Funk *et al.,* 2010; Stajduhar *et al.,* 2010).

El conflicto en la familia es un tema relevante cuando uno de sus miembros está próximo a la muerte (Funk *et al.,* 2010; López & Quintero, 2010). El estrés emocional, físico, y espiritual asociado con la enfermedad terminal puede ser un reto para el funcionamiento de las familias (Boelk & Kramer, 2012). La cercanía de la muerte tiene un impacto significativo en el sistema familiar y en su funcionamiento hasta el punto que más de la mitad de las familias experimentan conflictos familiares. Las causas de estos conflictos familiares incluyen la percepción de que alguno de los miembros de la familia no ayuda lo suficiente. También generan importantes conflictos familiares la falta de acuerdo sobre la coordinación de los cuidados, las necesidades del mayor, la propia naturaleza de la enfermedad del familiar mayor, el tratamiento médico o farmacológico a utilizar o a retirar. Además, genera un especial conflicto intrafamiliar, como ya se ha comentado, el desacuerdo sobre la conveniencia o no de institucionalizar al mayor. En cambio, amortiguan estos conflictos las buenas relaciones familia-

Universidad Pontificia de Salamanca

res y el uso de unas estrategias de afrontamiento de los problemas adaptativos (Kramer, Boelk & Auer, 2006).

Los propios profesionales de la salud de servicios paliativos encuentran que el conflicto familiar es el principal obstáculo para proporcionar un cuidado de calidad al final de la vida. Así, los conflictos familiares entorpecen incluso la comunicación, sobre las preferencias que los propios familiares tienen sobre la atención del mayor (Boelk & Kramer, 2012; Kayashima, & Braun, 2001)[3].

Kramer y colaboradores (2006) proponen un marco explicativo del conflicto familiar según el cual tres factores explican la variabilidad encontrada en la conflictividad familiar como son el "contexto familiar", "condiciones" que conforman las interacciones o acciones, y los denominados "factores contribuyentes":

a) Contexto Familiar. El conflicto deriva su significado dentro del contexto del entorno familiar (Kramer *et al.,* 2006). Las familias que cuidan a los mayores cercanos a la muerte se encuentran en esa experiencia en el contexto de sus *relaciones previas*, sus distintos *recursos y demandas*, y varían en función de la forma en que tienen de considerar la *planificación anticipada de los cuidados del mayor*. Una historia de conflicto previo sin resolver es muy probable que estimule el conflicto al final de la vida. También, experiencias previas de fallecimientos dentro de la familia pueden influir en cómo se vive la próxima muerte del familiar mayor. Los recursos de los familiares van desde los más externos, como son los económicos, hasta los más personales, como es la propia salud física o mental. Además conviene tener en cuenta que decisiones difíciles sobre cómo suspender o prolongar el tratamiento recaen sobre los familiares, quienes pueden estar en desacuerdo sobre cuál es la atención más adecuada para su familiar mayor.

b) Condiciones. Son dimensiones de un fenómeno que faciliten, en bloque o en algunas dimensiones, acciones/o interaccio-

[3] El Testamento Vital o Voluntades Anticipadas pueden en cierta medida contribuir a evitar estos conflictos. Lo cierto es que cada vez somos más conscientes de nuestra responsabilidad en la gestión del final de la vida pues, en los países en los que la tecnología médica se ha desarrollado notablemente, corremos el peligro de hacer "todo lo que está a nuestro alcance para prolongar la vida", corriendo el peligro de utilizar indebidamente tratamientos, cuando estos son ya totalmente inútiles. El Testamento Vital o Voluntades Anticipadas (también conocidas como Directrices Previas) son una modalidad de ejercer la responsabilidad cuando tenemos conciencia en previsión de que podamos perderla en procesos de enfermedad avanzada. Ahí podemos expresar deseos, preferencias y decisiones respecto a los tratamientos que deseamos recibir o no al final de su vida, cuando no esté en condiciones de decidir, nombrando a la persona o personas que deseamos nos representen si perdemos la conciencia. Se trata, por tanto, de un ejercicio de responsabilidad (Bermejo & Belda, 2012).

Universidad Pontificia de Salamanca

nes (Kools, McCarthy, Durham, & Robrecht, 1996). Las condiciones principales que subyacen a los procesos de conflicto en la familia al final de vida incluyen las necesidades de atención clínica del paciente que surjan de la *disminución de su estado de salud* (es decir, de la complicación de la enfermedad) y la *conciencia de la muerte inminente*. Estos dos elementos, especialmente la segunda, hacen que, en ocasiones, familiares que no habían aparecido previamente en la atención del mayor de repente se hagan presentes y quieran tomar las riendas de las decisiones a llevar a cabo.

c) Factores contribuyentes. Los factores que contribuyen son las "acciones o interacciones intencionadas o no... impulsadas por... las condiciones" (Kools *et al.,* 1996, p. 318) que contribuyen al conflicto familiar. Estos factores incluyen ansiedad ante la muerte o dificultad de aceptar la enfermedad del mayor, miembros de la familia reivindicando el control y las restricciones en la comunicación.

La *ansiedad ante la muerte* o *la dificultad emocional de aceptar la enfermedad* provoca que miembros de la familia se comporten de forma insensible estimulando los conflictos; por ejemplo, insistiendo o exigiendo que se apliquen tratamientos agresivos con independencia de lo que el paciente u otros miembros de la familia deseen, tratando de que el mayor se mantenga con vida a toda costa.

Los *miembros de la familia reivindicando o afirmando el control* hacen que escale el conflicto mediante sus acciones o decisiones que frustran las necesidades o deseos de los demás. Puede servir el ejemplo de un hijo de un paciente mayor, que utilizando su título de médico cambia los medicamentos de su padre, sin consultar a la esposa del paciente o al propio médico. Sabemos que cuando una persona afirma el control, sin tener en cuenta los deseos de los demás, el conflicto es el resultado natural.

También el conflicto surge de una *comunicación ineficaz*. Limitaciones en la comunicación a menudo tienen en su origen el deseo de proteger a otros miembros de la familia, de cuidarlos, de protegerlos de problemas emocionales. En ocasiones, hay conspiraciones de silencio con el fin de evitar dañar al resto de familiares.

Todos estos factores contribuyen al conflicto familiar, es decir, a la tensión interpersonal o a la lucha entre dos o más personas cuyas opiniones, valores, necesidades o expectativas se están oponiendo o son incompatibles. En el conflicto son recurrentes las diferencias y desacuerdos interpersonales manifiestos. La tensión o lucha que experimentan las familias en conflicto se traduce en conductas manifiestas como discusiones, desacuerdos, insultos o gritos, y sentimientos de resentimiento o ira entre los miembros de la familia (Boelk & Kramer, 2012; Davis, 1997; Kramer *et al.,* 2006; Semple 1992). Un conflicto puede ocurrir entre miembros de la familia, pero también entre el

Universidad Pontificia de Salamanca

mayor y uno o más miembros de la familia, entre el mayor y el equipo médico, o entre la familia y los profesionales que atienden al mayor o cualquier otra combinación entre los distintos sujetos relacionados con la persona mayor próxima a su muerte. Además, los conflictos pueden ser manifiestos (*e.g.*,insultos, discusiones) o soterrados (*e.g.*, tensión, resentimiento).

Por todo lo anteriormente dicho, en aquellas familias en conflicto que cuidan a un mayor dependiente sería de gran ayuda posibilitar el acceso a programas que les ayudasen a superar sus dificultades (López & Crespo, 2008), muchas veces invisibles para la sociedad pese a lo problemático que puede resultar cuidar de un mayor dependiente en la familia durante un largo tiempo.

Agradecimientos: La preparación de este artículo fue financiada en parte por la concesión de una beca de formación de personal investigador de la Universidad CEU San Pablo (2012-2016).

Referencias

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

Bermejo, J.C. & Belda, R.M. (2011). *Testamento vital: diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad*. Madrid: PPC.

Boelk, A. Z., & Kramer, B. J. (2012). Advancing theory of family conflict at the end of life: A hospice case study. *Journal of pain and symptom management*, *44*, 655-670.

Carretero, S., Garcés, J., Rodenas, F., & Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Crespo, M., & López, J. (2005). Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40*, 55-61.

Crespo, M. & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.

Davis, L. L. (1997). Family conflicts around dementia home-care. *Families, Systems & Health*, *15*, 85-98.

Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K. Hasegawa, K., Hendrie, H., & Huang, Y. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet, 366*, 2112-2117.

Universidad Pontificia de Salamanca

Funk, L., Stajduhar, K. I., Toye, C., Aoun, S., Grande, G. E., & Todd, C. J. (2010). Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). *Palliative medicine, 24*, 594-607.

Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2006). Predictors of institutionalization in Latinos with dementia. *Journal of cross-cultural Gerontology*, *21*, 139-155.

Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care, 47,* 191-198.

Heru, A. M., Ryan, C. E., & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*, 533-537.

IMSERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO.

Kayashima, R., & Braun, K. L. (2001). Barriers to good end-of-life care: a physician survey. *Hawaii Medical Journal*, *60*, 40-44.

Kramer, B. J., Boelk, A. Z., & Auer, C. (2006). Family conflict at the end of life: Lessons learned in a model program for vulnerable older adults. *Journal of Palliative Medicine*, *9*, 791-801.

Kools, S., McCarthy, M., Durham, R., & Robrecht, L. (1996). Dimensional analysis: Broadening the conception of grounded theory. *Qualitative Health Research, 6*, 312-330.

Lieberman, M. A., & Fisher, L. (1999). The effects of family conflict resolution and decision making on the provision of help for an elder with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, *39*, 159-166.

Litwin, H. (1994). Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: A path analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, *38*, 137-151.

López, J. & Crespo, M. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO. Disponible en http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/32002cuidadores.pdf

López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., & Martínez-Martín, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología, 27,* 83-89.

López, J. & Quintero, A. (2010). Acompañar a las familias en el duelo de un ser querido. *ITER, 51*, 155-174.

Universidad Pontificia de Salamanca

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist, 30*, 583-594.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, *18*, 250.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology & Aging*, *26*, 1-14.

Sánchez Sánchez, T. (2009). El cuidado familiar invisible de la atención a las personas dependientes: los tapados de la Ley de Dependencia. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, *39*, 61-76.

Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, *32*, 648-655.

Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, *31*, 770-777.

Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., & Todd, C. J. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative medicine*, *24*, 573-593.

Vernooij-Dassen, M., Joling, K., van Hout, H., & Mittelman, M. S. (2010). The process of family-centered counseling for caregivers of persons with dementia: barriers, facilitators and benefits. *International Psychogeriatrics*, *22*, 769-777.

Universidad Pontificia de Salamanca