

El cuidado del Cuidador

OBJETIVO:

Analizar las implicaciones, riesgos, repercusiones y medidas preventivas de la actividad cotidiana del cuidador de personas adultas mayores.

Contenido

Introducción	2
El cuidador.....	2
¿Quién es?	2
Cuáles son sus funciones	3
Cuáles son sus necesidades	4
Perfil del cuidador.....	7
El cuidador en la sociedad.....	7
Rol social del cuidador.....	7
Relación cuidador-adulto mayor	9
Sentimientos del cuidador	10
Respeto y dignidad.....	12
Riesgos para el cuidador: Generales y específicos.....	15
El síndrome de Burnout (síndrome de agotamiento).....	19
Detección del síndrome de agotamiento (colapso).....	20
¿Cuándo solicitar ayuda profesional?	20
Prevención.....	21
Referencias	22

Introducción

La figura del cuidador está adquiriendo una importancia creciente en una sociedad envejecida. Su participación está siendo fundamental para que los ancianos -especialmente los más débiles-, permanezcan en su entorno con una calidad de vida aceptable. Por ello, es necesario que desde la sociedad se conozca su realidad, con el fin de realizar acciones de apoyo que les permitan continuar con su labor, para cuidar a los cuidadores.

Por otro lado, es importante saber, que la gran mayoría de las enfermedades que padecen los adultos mayores son crónicas y progresivas, por lo que el cuidador debe estar preparado para ello, debido a que la tarea puede convertirse en un proceso muy agotador y resultar muy estresante.

Es más claro que el mejor apoyo para el cuidador ó la cuidadora, es que tengan tiempo para relajarse, tomar un tiempo libre, aminorar la carga de estrés y poder recibir la atención médica que necesitan. Como cuidador(a) es importante manejar el estrés. Algunas de las formas son estar más informado acerca de la enfermedad del paciente, de las técnicas de atención y cuidado de pacientes que padecen esa u otras enfermedades similares, obtener ayuda de la familia, las amistades y de la comunidad, vigilar la salud. Psicológicamente es importante ser realista y aceptar los cambios conforme ocurren y sobre todo entender la importancia del trabajo que se realiza.

El cuidador

¿Quién es?

Se ha definido al *cuidador* como “*aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*” (Flórez Lozano et al, 1997, en De los Reyes M., 2001).

A partir de esta definición general de cuidadores, se establece la diferencia de los cuidadores directos, en *cuidadores informales y formales*; en palabras de

De los Reyes: "Los cuidadores **"informales"** no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos (Flórez Lozano et al, 1997). Algunos autores han señalado la importancia del *cuidador principal* (Ídem) dicho rol es por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar mujer más próximo. Los cuidadores principales o *primarios* (en la literatura también se conocen como cuidadores familiares), son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los *secundarios* no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos (Stone et al, 1987, en Flórez Lozano et al, 1997)" [en De los Reyes M., 2001, pp: 8].

Cuáles son sus funciones

Anqué sería imposible describir todas y cada una de las tareas que realizan los cuidadores, particularmente los cuidadores familiares a continuación se describen de manera textual algunas de las tareas más frecuentes de los cuidadores primarios según lo establece la guía para personas cuidadoras de Zaintzea:

- Actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).
- Desplazamiento en el interior del domicilio.
- Higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Favorecen la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.

- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).

Cuáles son sus necesidades

La persona es un ser de necesidades, y para mantener el equilibrio y el desarrollo de la misma, son necesarios intercambios con el entorno y con todo aquello que está en él, materia, energía e información. Dicho proceso de intercambio es constante en el ser humano y funciona de manera continua y cíclica durante el proceso de vida de las personas al satisfacer necesidades.

Una necesidad es algo de lo que se precisa, es un requisito para la salud y la supervivencia. Todas las necesidades tienen la misma importancia para la existencia. Y se debe entender que las necesidades se satisfacen en la interacción con el entorno físico, social y cultural en un proceso continuo de asimilación y adaptación a un contexto específico.

Podemos distinguir entre las necesidades básicas, que son las que comparten todas las personas, incluso con el resto de los seres vivos y las necesidades sociales, que son las originadas por el momento histórico y el contexto social en que se vive. Por ejemplo vestirse es una necesidad para protegerse de las inclemencias del tiempo, sin embargo la forma que en que visten las personas dependerá del contexto histórico y social, pero también del lugar geográfico en donde se encuentren, no será la misma forma en que vista alguien en el polo sur en comparación a una persona que vive en el trópico.

Todas las necesidades son importantes y han de ser cubiertas al menos en cierto grado para mantener el bienestar personal, todas ellas son importantes y deben ser cubiertas. Por ejemplo se ha observado que las necesidades emocionales, sociales y espirituales adquieren más importancia con la edad; es evidente en determinados estadios del desarrollo y de la etapa de vida del individuo (Schaie y Willis, 2003).

Dentro de las necesidades físicas podemos encontrar, necesidades de respirar, alimentarnos, actividad (ejercicio físico), descanso (relajación), y placer sexual. De entre las necesidades físicas (equilibrio homeostático), es sumamente importante mantener una temperatura corporal adecuada; también se incluye el hormonal e inmunológico, entre otros.

Como ejemplos de necesidades psicológicas y emocionales esta el reconocimiento, de ser amado, pertenecer a una comunidad o tener un rol, importante dentro de la misma (sensación de éxito), etc.

Debido a que en la mayoría de los casos la vida de los cuidadores gira en torno a la satisfacción de las necesidades de la persona a su cargo, muchos suelen dejar sus propias vidas y necesidades en segundo plano. Esta situación, se traduce en malestares tanto en la vida de quienes proveen los cuidados como de la persona que es cuidada.

Plantear el tema de las necesidades, implica también asumir una postura respecto de lo que se entiende como tal. A lo largo de las últimas décadas la bibliografía al respecto se ha ampliado enormemente. En el campo de la salud comunitaria, han sido muy utilizadas las propuestas de Maslow (1998), de Max Neef (1993) y más recientemente en la propuestas de Amartya Sen (2000a, b) y Martha Nussbaum (2002), estos dos últimos al entender las necesidades humanas más allá de la simple satisfacción inmediata, sino con un nivel más amplio, crítico y comprensivo del ser.

Para Sen y Nussbaum las necesidades se miran como una oportunidad para ser y hacer en la vida y no como una carencia, así las necesidades se convierten en potencialidades para el desarrollo de capacidades.

Ahora bien debe recordarse que brindar cuidado a otros, implica un cierto tipo de desgaste (el grado del mismo dependerá del tipo de dependencia que presente la persona a la cual se brindan los cuidados), entre los que podemos encontrar: físico, financiero, social, emocional, estos elementos generan en las

personas que cuidan emociones y sentimientos de vacío, depresión, soledad, enojo, frustración, desesperanza y temor, aunado a niveles elevados de estrés crónico (estos últimos serán abordados más adelante).

La investigación de Rubiela Castro, Helena Solórzano y Evelyn Vega (2009), recoge información interesante sobre las necesidades de los cuidadores de personas envejecidas con algún grado de incapacidad, entre las necesidades más frecuentes se encontró:

- Descanso
- Ejercicio físico
- Alimentación
- Expresión de emociones
- Apoyo familiar
- Información y Orientación
- Continuidad de proyecto de vida
- Recreación y Ocio
- Atención psicológica especializada
- Ayuda económica

Las frases más comunes que describen lo anterior en voz de las personas que cuidan a otras personas podemos encontrar (Ídem):

- “Quisiera desconectarme” Necesidades de descanso y respiro
- “Yo me iría a un lugar en donde me cuidaran” Necesidad de un lugar de referencia para cuidadores
- “Vivo con mucho estrés” Necesidad de recreación y relajación
- “Yo que iba a saber” Necesidad de orientación y preparación
- “Y de que estas cansada o cansado” “Y usted de que se queja” Necesidad de reconocimiento del papel que desempeñan los cuidadores
- “El dinero no es lo esencial pero ayuda demasiado” Necesidad de apoyo económico
- “Nadie me ayuda” Necesidad de apoyo familiar y social
- “En todos lados me dicen que no” Necesidad de apoyo institucional

Perfil del cuidador

A continuación se muestran algunos datos respecto de las características de los cuidadores según la guía para personas cuidadoras de Zaintzea y que autores como De la Cuesta (2009, 2004) y Sánchez (2011) confirman:

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83 % del total)
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20 % superan los 65 años)
- En su mayoría están casados (77%)
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%)
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%)
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%)
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20 %).
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%).

El cuidador en la sociedad

Rol social del cuidador

En todas las sociedades y culturas se han establecido roles específicos que posibiliten el proceso de desarrollo de las personas. En dicho proceso es necesario cubrir múltiples necesidades para garantizar y favorecer la adquisición de una serie de habilidades que permitan asegurar la sobrevivencia de las personas. A este conjunto de prácticas y actividades que se realizan en beneficio de otros se le conoce comúnmente como cuidar de otros.

El cuidar de otros es una actividad que se pone en marcha por diversas razones, ya sea para apoyar el proceso de desarrollo de los infantes, por la presencia de una enfermedad incapacitante o bien por la disminución de algunas capacidades o habilidades durante la vejez, o bien por la conjunción de las dos últimas (Giraldo, Franco y Correa 2005). Bajo estas circunstancias es inevitable la presencia de un cuidador que ayude a cubrir por lo menos las necesidades básicas.

Cuando se trata de cuidar de otro por razones de salud, las actividades de cuidado que se realizan, en su mayoría se llevan a cabo en el espacio familiar, es decir en el sistema informal de cuidados; así lo expresa Toronjo "Este término incluye todas las personas que no pertenecen al sistema formal de servicios y que por una u otra razón atienden necesidades de cuidados de otras personas dependientes y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen" (en Giraldo, Franco y Correa 2005; De la Cuesta, 2009).

El sistema informal de cuidados familiares regularmente se lleva a cabo a partir de los conocimientos acumulados con la experiencia de cuidar a otros, normalmente esta experiencia no tiene ninguna relación con el cuidado de los viejos. Además el cuidado que se otorga en este sistema no formal se caracteriza por el fuerte vínculo emocional que existe entre quien provee los cuidados y la persona que es cuidada (De la Cuesta, 2009 y 2004).

Así la red de apoyo más importante para el cuidado de viejos con algún grado de dependencia es la familia a través de los cuidados familiares. Lo anterior es confirmado por los datos que ofrece Del Rey (1995), ya que el cuidado familiar en tiempo invertido representa un 88%, en comparación con tan solo el 12% del tiempo invertido desde el cuidado formal por parte de las instituciones de salud.

El cuidado familiar o informal representa ventajas y desventajas. Las ventajas del cuidado familiar para el anciano dependiente se centran en la posibilidad de

permanecer en un espacio conocido, donde la persona que es cuidada se sienta segura, en un ambiente de familiaridad y confianza, lo cual puede fortalecer los lazos afectivos con la persona o personas que proveen los cuidados. Entre las desventajas se pueden encontrar la falta de preparación adecuada para realizar las actividades de cuidado, el desgaste emocional que se produce en el cuidador primario después de realizar la actividad de cuidado por periodos prolongados y los conflictos familiares que se producen cuando aparecen los problemas económicos y en la mayoría de los casos la escases de equipos adecuados para favorecer el cuidado (De la Cuesta, 2009, 2004).

Sin embargo aunque el cuidado familiar representa grandes ventajas tanto para quien es cuidado como para los sistemas de salud, la sobre carga de los cuidadores familiares primarios, aun suele ser un tema pendiente, ya que está comprobado que a la larga los cuidadores de personas con alto grado de dependencia suelen presentar alteraciones en todas la áreas de su existencia. (De la Cuesta, 2009, 2004; Salvarezza, en Salvarezza, 1998).

Relación cuidador-adulto mayor

Tal y como se menciona en la guía para el cuidado de personas dependientes al abordar el tema de los cuidadores de personas mayores, surgen numerosas y variadas cuestiones, relacionadas con quiénes son estas personas, cómo influye la situación de cuidado en sus vidas, qué necesidades concretas tienen, cómo se le puede ayudar a satisfacerlas.

"Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando, como ya se ha mencionado, socioculturalmente por razones de género es una función que tradicionalmente ha sido atribuida a las mujeres, por lo que quizás este grupo se sienta más identificado ante la temática". Sin embargo la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchas los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador ó de cuidadora a cuidadora (Sánchez, 2001). Las razones por la cuales la vivencia

de cuidar a otro u otra es única, es posible identificarlas si respondemos a las siguientes preguntas:

- ¿A quién se cuida?
- ¿Por qué se cuida?
- ¿En la historia de vida de los involucrados qué elementos nutren de manera positiva la relación actual?
- ¿Qué espero lograr con los cuidados que proveo a ese otro u otra?
- ¿Cuál es la causa y el grado de dependencia de la persona que se cuida?
- ¿Cuento con las herramientas y elementos necesarios para desempeñar mi tarea?
- ¿Se tiene alguna ayuda adicional por otros miembros de la familia?
- ¿Cuento con apoyos fuera de la familia?
- ¿Qué exigencias me impongo de manera personal para desempeñar las tareas de cuidado del otro u otra?

Sentimientos del cuidador

Favorecer un adecuado manejo emocional en el cuidador será fundamental para el establecimiento de una relación sana entre la persona que cuida y la receptora de cuidados. Para lograrlo, el primer paso es fomentar el autoconocimiento de las propias emociones y sentimientos que a menudo pueden ser negativos, pero lamentablemente estos, llegan a ser frecuentes, sobre todo en aquellas personas que tienen ya un tiempo prolongado desempeñando dicha tarea.

Entre las manifestaciones de emociones y sentimientos que no fortalecen o favorecen la relación y las actividades de cuidado podemos encontrar:

Rabia / irritabilidad

- Se muestran intolerantes e irritables
- Reaccionan explosivamente ante situaciones de poca importancia
- Mantienen un pensamiento pesimista ante la situación de cuidado
- En casos en donde el tiempo de cuidado ha sido muy prolongado pueden reaccionar violentamente.
- Dificultad para reconocer emociones como la ira y el enojo.

Tristeza

- La pérdida de funcionalidad, habilidades cognitivas, físicas o sociales puede favorecer estados de tristeza o periodos depresivos en el cuidador.
- Cuando la tristeza invade al cuidador, puede interferir con las actividades básicas de cuidado.

Culpa

- El cuidador considera que las actividades que realiza no son adecuadas.
- Aparece cuando el cuidador vivencia un pensamiento fatalista acerca de la forma en que desempeña su rol de cuidador.
- Al recordar eventos pasados o actuales emocionalmente intensos, que deterioran la relación con la persona que es cuidada.
- Al pensar, desea o incluso dedicarse tiempo para sí mismo y abandonar las actividades como cuidador, incluso de manera momentánea.
- El descuido de otras obligaciones, familiares, laborales o incluso sociales, como cuidar de los hijos, ausentarse del trabajo o abandonar a los amigos.

Recomendaciones para el manejo de emociones

- Expresar las emociones que se generan durante la actividad de cuidados
- Identificar en que momentos de la actividad de cuidados aparecen las emociones no constructivas para la relación del cuidador y receptor de cuidados
- Aprender a identificar el momento adecuado para expresar las emociones particularmente aquellas relacionadas con la ira.
- Establecer redes de apoyo emocional ya sea con profesionales, grupos de ayuda mutua, familiares o amigos para favorecer la expresión emocional.
- Establecer ejercicios de relajación que permitan mantener un adecuado equilibrio emocional.
- Aprender a manejar la tristeza ante aquellas situaciones que no se pueden cambiar en relación a las actividades del cuidado.
- Ser realistas respecto de las capacidades, habilidades y conocimientos que se poseen como cuidador , al mismo tiempo de las características y realidad en la que se encuentra la persona que es cuidada.
- Establecer objetivos realistas en cuanto a la mejoría o deterioro de la persona que es cuidada.

Respeto y dignidad

Comencemos por entender a qué hacen referencia los conceptos de respeto y dignidad. El primero de ellos nos obliga a mirar al otro como un ser pensante, capaz de tomar decisiones propias, con un grado de autoridad personal sobre sí mismo, en donde no tienen cabida, la mentira, el engaño o la calumnia, por lo tanto el respeto se ciñe a la verdad.

De manera conductual el respeto y para el caso que nos compete en la relación del cuidador y de la persona que es cuidada, esta relación exige un trato amable y sincero; pues éste es la esencia de las relaciones humanas, de cualquier relación interpersonal.

El respeto hacia el otro favorece un clima de seguridad, confianza y receptividad lo cual permite la aceptación del otro como persona, con todas y cada una de sus virtudes, pero también con todas las limitaciones que posee. El respeto entendido de esta manera, no da entrada a las burlas, la exhibición, humillaciones o cualquier otra forma que denigre a la existencia humana. Establecer una relación de cuidado bajo estas características tiene como resultado el crecimiento personal, la afirmación de la autonomía individual y el derecho a ser diferente y aun con eso recibir buenos tratos por parte de los otros.

Por tanto respetar al otro en una relación de cuidado significa la aceptación incondicional del otro, tal y como es; la aceptación sincera de todo lo que es, de lo que podría ser con el apoyo adecuado y también de lo que no podrá ser o hacer.

En cuanto al segundo concepto, según el diccionario enciclopédico El Ateneo (t. II), el significado de la palabra dignidad es: "...calidad de digno; que merece algo, en sentido favorable o adverso; correspondiente, proporcionado al mérito y condición de una persona o cosa...".

Para Seifert (2001), la dignidad es un concepto que está íntimamente relacionado con la noción de valor, valía o ser valioso y denota tres acepciones que se derivan del mismo, al hacer una correlación directa e inseparable el valor intrínseco, el bien que favorece la vida de las personas y finalmente el bienestar percibido por las personas desde sí mismas. Por lo tanto cuando el autor se refiere *la dignidad de la vida humana* se refiere a un valor objetivo e intrínseco. Esta dignidad es inseparable de la condición personal y, a su vez, la

condición personal es inseparable de la dignidad, existe una relación que es imposible de separar en y para la existencia humana.

El autor (Óp. Cit) plantea cuatro raíces o fuentes de la dignidad humana que, a la vez, fundan derechos humanos de órdenes diferentes. Así, la esencia, el ser y la sustancia de la persona se nos presenta como la primera y más fundamental de estas raíces de la dignidad humana, que es: toda persona por el simple hecho de ser persona posee un valor y dignidad inalienables. Esta dignidad no reside en el nivel de los actos y accidentes, sino en el nivel de la esencia y de la naturaleza sustancial de la persona. La ontogénesis de la persona, es decir, la realidad de la existencia individual, de la unicidad e insustituible de la persona en cuanto sujeto dotado de una naturaleza racional es una condición de la dignidad humana.

La segunda fuente de la dignidad humana procede de la conciencia y de la actualización consciente de la condición de ser persona, en un sentido interpretativo, hace referencia al saberse persona. En esta raíz de la dignidad se fundan derechos humanos como la libertad de expresión y de movimiento, el derecho a la educación, etc.

Cuando hablamos de "dignidad moral" de una persona aludimos a un tercer fundamento o raíz de la dignidad. Se trata de la dignidad como el resultado sólo de las "buenas actuaciones" de la persona a través del amor a la verdad, la justicia, etc. Este nivel de la dignidad es más una conquista que una posesión y depende del buen uso de la libertad de conciencia, autodeterminación y juicio para la toma de decisiones que favorezcan su bienestar, pero también el bienestar de quienes le rodean.

El análisis de la cuarta raíz de la dignidad humana se nutre y manifiesta a través de relaciones extrínsecas y dones individuales (habilidades que ponemos en marcha para contactar con los otros), tan diversos y distintos en cada persona que esa peculiaridad es lo que el autor menciona como singularidad, individualidad. Cada persona que posee estos dones no los posee

en la misma medida, estas pequeñas grandes diferencias es lo que determina el grado de unicidad de las personas, por lo que también se incluyen como dotes, la belleza, la inteligencia, el encanto, etc.

La dignidad humana puede ejemplificarse como las oportunidades que tienen las personas para Ser y Hacer en la vida, a partir de su propio marco de referencia; cuando las personas han perdido dichas capacidades es entonces que las fuentes antes mencionadas, se ven cortadas, en sí mismas las personas son socavadas en su propio ser, y hacer en la vida, por lo tanto la dignidad también se ve empobrecida, minada, destruida, al mismo tiempo la humanidad que reside en las personas también se aniquila.

De la misma manera cuando en las tareas de cuidar y ser cuidado alguno de los involucrados a través de su actuar se comporta de manera irrespetuosa cuarta la dignidad del otro u otra, teniendo como consecuencia el aniquilamiento total del ser.

Riesgos para el cuidador: Generales y específicos

Los riesgos que implican hoy en día para las mujeres y hombres asumir la tarea de cuidar a (para el grupo de mujeres a partir de la atribución de los roles femeninos la situación se vuelve más severa y totalizante por lo que en este apartado nos refriéremos mayoritariamente a la actividad de las mujeres como cuidadoras) un adulto dependiente (en cualquier nivel de dependencia), a partir de la sobrecarga de trabajo, es tan sólo el comienzo de las complejas implicaciones que traen consigo estas demandas. Aunque la lista de situaciones de cambio y con ello de posibles riesgos podría ser infinita, en éste apartado se presentan las siguientes categorías: (1) Riesgo físico, (2) Riesgo personal-social, (3) Riesgo psicológico, (4) Riesgo económico-laboral, según lo establece Dakduk (2010).

I. RIESGO FÍSICO

En palabras de Herrera (2007, en Dakduk, 2010, pág. 85):

"Es claro que en las últimas décadas las mujeres han tenido que asumir ambos trabajos enfrentando individualmente las barreras y conflictos de la simultaneidad de roles de género y los costos personales atribuibles a esto, de hecho la atención de salud al interior del hogar implica para la mujer una permanente postergación, subordinando constantemente su propia salud al bienestar de los demás" (pág. 4).

De acuerdo con Herrera (ídem), uno de los costos asociado a los múltiples roles que desempeñan las mujeres es su propia salud, lo que se traduce en consecuencias físicas para las cuidadoras, las cuales podrían variar de acuerdo al nivel de dependencia de las personas que se encuentran a su cuidado y sus propias condiciones psicológicas, biológicas y sociales, pues la cantidad de esfuerzo físico y exigencia corporal (asear, alimentar, cargar, trasladar, movilizar total o parcialmente) podrían incidir en distintos grados de deterioro, que afectaran a corto o largo plazo el bienestar general de la cuidadora. Este punto merece especial atención por parte de las políticas de intervención del estado, ya que un aumento de los adultos mayores como se anticipa y un deterioro progresivo de las cuidadoras sin ayuda formal, incidirá luego en dos grupos de riesgo y no uno como se ha tratado hasta ahora (De la Cuesta, 2009).

Por otro lado, aunque el riesgo físico no es exclusivo de las mujeres sino de cualquier miembro de la familia que cuide al familiar en situación de dependencia, la afirmación de Herrera (ídem), alerta sobre la forma en que el riesgo se precipita en las mujeres por su tendencia a postergar y subestimar síntomas que comprometan su salud para satisfacer las expectativas de desempeño de los roles que les han sido asignados. Los resultados mostrados por Julve (2007 en Dakduk, 2010, pág. 85) acerca de las repercusiones del

cuidado en las mujeres cuidadoras, coinciden con lo mencionado anteriormente, afirmando que cansancio generalizado, desgaste físico, percepción global de problemas salud y diversos síntomas emotivos como frustración, impotencia, desánimo y ansiedad, son los resultados del cuidado en solitario y prolongado.

II. RIESGO PERSONAL-SOCIAL

Otro factor de riesgo para las mujeres cuidadoras está asociado a la dimensión personal-social de la tarea del cuidado, en donde podríamos incluir aspectos tales como: las relaciones de pareja, relación y cuidado de los hijos, abandono del trabajo, pérdida o cambio de empleo, sacrificar aspiraciones, metas e incluso todo un proyecto de vida.

"Para las mujeres que tienen pareja, deben reorganizar su vida y relación en torno a la persona que se cuida, lo que disminuye el tiempo que se comparte en pareja y con sus hijos (Mier, Romeo, Canto y Mier, 2007 en Dakduk, 2010, pág. 86). También las relaciones sociales se abandonan, pues el tiempo para actividades de esparcimiento y recreativas con amigos, así como para desempeñar cualquier actividad deportiva se abandonan generando deterioro y asilamiento social en la cuidadora".

Las posibilidades de disponer de un tiempo para sí se ven limitadas, y en algunos casos son inexistentes si el resto de la familia no coopera o no se puede disponer de alguna otra ayuda formal o informal (Izal, Montorio, Márquez, Losada & Alonso, 2000, en Dakduk, 2010, pág. 86).

III. RIESGO PSICOLÓGICO

En cuanto a los aspectos psicológicos, existen riesgos vinculados al costo emocional de la tarea de cuidar. La sobrecarga del cuidado junto a otros compromisos que deben abandonar o asumir, se tornan igualmente estresantes para las mujeres cuidadoras, pues el cuidado se convierte en el eje

central que confiere sentido a su cotidianidad, lo cual produce sensaciones de malestar, agobio, ahogo, exceso de trabajo, depresión, desesperanza, entre otras respuestas emocionales (De la Cuesta, 2009, 2004; Izal, Montorio, Márquez, Losada & Alonso, 2001; IMERSO, 2005; Julve, 2007; Mier, Romeo, Canto y Mier, 2007 en Dakduk, 2010, pág. 86).

De acuerdo con Julve (ídem) el plano emocional es uno de los más afectados, en tanto las relaciones con la persona que es cuidada y el resto de la familia sufren deterioro progresivo en la medida que las actividades de cuidado aumentan y se prolongan en el tiempo. En consecuencia las actividades de cuidado se experimentan como una carga, pero al mismo tiempo genera culpa pensar que molesta, a lo que se añade la pérdida de intimidad como un hecho objetivo que trastoca las relaciones y restringe los espacios sociales para resolverlos.

IV. RIESGO ECONÓMICO – LABORAL

Dakduk, que: "otro cambio que acompaña los retos del cuidar en las mujeres y que se traduce posteriormente en una situación de riesgo es todo lo relativo al ámbito económico y laboral, pues para muchas mujeres el acto de cuidar, podría implicar renunciar a sus compromisos laborales y depender económicamente de otros miembros de la familia. Adicionalmente, no es un secreto que el costo asociado a la enfermedad del adulto mayor, podría comprometer seriamente el presupuesto familiar, en especial, si se requiere de equipos o servicios especializados, si padece alguna condición crónica y no se cuenta con los recursos suficientes para responder a las demandas médico-asistenciales" (2010, pág. 87).

Por otro lado, el tiempo que se invierte en cuidar limita la oportunidad de buscar un empleo formal, y mientras más se prolongue el cuidado, más complejo resultará en el futuro reinsertarse en el mercado laboral. Esto último es consistente con las cifras de desempleo, pues a mayor tiempo inactivo, menor

es la probabilidad de ser contratado (OAEF, 2004 en Dakduk, 2010, pág. 87), lo que complicará en el futuro recuperar la independencia económica.

El síndrome de Burnout (síndrome de agotamiento)

El burnout o desgaste emocional es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. El ser cuidadora o cuidador representa un evento estresante y cargado de tensión emocional (Manzano, 2008, 2007 y 2002).

Segun Manzano (2007) los efectos del burnout en las personas que proveen de algún tipo de cuidado son:

- Afecta negativamente la resistencia del o la cuidadora, haciéndolo más susceptible al desgaste.
- Favorece la respuesta silenciadora, que es la incapacidad para atender las necesidades o demandas tacitas de quien recibe los cuidados y terminan resultando abrumadoras.

El cuadro se agrava gradualmente con relación directa al tiempo de estar proveyendo cuidados. Inicialmente los procesos de adaptación pueden proteger al o la cuidadora pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

La relevancia central del burnout es que es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación por contacto intenso y continuado). El proceso incluye (Savio, 2008):

1. Exposición gradual al desgaste.
2. Desgaste del idealismo ó sentido enriquecedor de la praxis.
3. Modificación en la percepción de logros.

4. En casos extremos manifestación de violencia y abuso dirigido a quien se cuida.

Los síntomas observados en los y las cuidadoras pueden dividirse en:

- Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, problemas gastrointestinales, entre otros.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etcétera.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etcétera.
- Relacionados con la actividad: olvidos frecuentes en actividades sencillas, falta de rendimiento, manifestaciones de violencia, etcétera.
- Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etcétera.

Detección del síndrome de agotamiento (colapso)

El **síndrome de agotamiento** es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones negativas, manifestadas durante un tiempo prolongado al realizar las actividades cotidianas de cuidado.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es muy extensa y pueden ser leves, moderados, graves o extremos.

¿Cuándo solicitar ayuda profesional?		
LEVE	MODERADO	GRAVES
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para levantarse por la mañana, • Cansancio persistente y crónico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanciamiento, Irritabilidad, • Cinismo, • Fatiga y aburrimiento, • Progresiva pérdida 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de psicofármacos, • Ausentismo, • Abuso de alcohol y drogas, • Violencia entre

	<p>del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de frustración, incompetencia, culpa, y • Autovaloración negativa. 	<p>otros.</p>
--	---	---------------

Construido a partir de Manzano, 2007 y 2008.

En la medida en que el cuidador o cuidadora se percate de la aparición de estos síntomas, entonces estará en mejor posición para identificar el mejor momento para solicitar ayuda profesional y así evitar la progresión a los síntomas graves.

Prevención

Como se trata de un síndrome de carácter psicológico, las estrategias para evitar el burnout han de incidir en el propio cuidador, en sus relaciones interpersonales, en el ámbito laboral y en la misma organización familiar.

En el plano individual las estrategias adecuadas para minimizar los efectos del burnout pasan por detectar y atacar las fuentes de estrés. Por lo menos se hace necesario el entrenamiento del cuidador en la solución de problemas, en la asertividad y en el manejo del tiempo libre (Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. Buunk, B.1998).

En este sentido, se recomienda acciones sencillas como:

- Tomarse un tiempo fuera de las actividades y del espacio en donde se desempeñan las tareas del cuidador,
- Llevar a cabo prácticas de relajación en pequeños descansos a lo largo de la jornada,
- Establecer objetivos cuya consecución sea factible.

Sin embargo, cuando la enfermedad ha superado sus primeros estadios y las estrategias reseñadas nada pueden hacer por acortar su desarrollo, se pueden llegar a sugerir que los cuidadores abandonen la tarea al menos temporalmente.

También es importante fortalecer los vínculos interpersonales del cuidador, tanto en lo personal como en lo profesional, ofreciendo el apoyo necesario y fomentando sistemas de apoyo y solicitar la ayuda profesional que incluya la participación en proceso psicoterapéuticos, individuales o de grupo o su inclusión en grupos de ayuda mutua para cuidadores.

Referencias

Salvarezza L. (1998): La capacitación en gerontología, Cap. 6 en Salvarezza L. (comp.): La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998.

De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, núm. 1, marzo, 2009, pp. 96-102, Universidad de Antioquia. Colombia.

De la Cuesta C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. Texto & Contexto Enfermagem 2004; 13(1):139.

Del Rey, M. L. Cuidados informales. Rev. Rol. Enferm. 1995; 202:61-65.

Maslow, Abraham H. (1998). El hombre autor realizado: hacia una psicología del ser. Editorial Kairós, Barcelona.

Neef Max (1993). Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, Aplicaciones y Reflexiones. Editorial Icaria, Barcelona.

Nussbaum M. (2002). Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque las capacidades. Barcelona: Herder.

Sen Amartya (2000a). Nuevo examen de la desigualdad. Editorial Alianza.

Sen, Amartya Kumar (2000b). Desarrollo y libertad, Editorial Planeta.

Rubiela Castro, Helena Solórzano y Evelyn Vega (2009) Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de la familia en la localidad de Fontibón: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. Bogotá D.C.

De los Reyes María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos IV reunión de antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur Noviembre.2001.Curitiba, Brasil.

Savio, Silvana A. (2008). EL SÍNDROME DEL BURN OUT: UN PROCESO DE ESTRÉS LABORAL CRÓNICO. HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año V, Número 8, V1, pp.121-138.

Seifert, J., Dignidad humana: dimensiones y fuentes en la persona humana, en AA. VV., Idea cristiana del hombre, EUNSA, Pamplona 2002, pp. 17-37.

Schaie, W. y Willis, S. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid, España. PEARSON.

Dakduk, S. Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. Revista venezolana de estudios de la mujer - julio/diciembre 2010. VOL. 15/No. 35. pp. 73-90.

Guía para personas cuidadoras. Zaintzea. Cataluña, España. 2010.

Sánchez, B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen XIX, No. 2. Septiembre de 2001.

Giraldo, Franco y Correa, et. al. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. vol.23. No.2 Medellín, July/Dec. 2005.

Manzano, G. (2002): "Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: estrés relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento", Ansiedad y, No. 2-3, pp. 225-244.

Manzano, G., (2007): "Estrés específico. "Burnout" en cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes", en Giró, J., Envejecimiento, autonomía y seguridad, Universidad de La Rioja, pp. 197-216.

Manzano, G., (2008), "Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención", Intervención Psicológica, vol. 91-92, pp. 23-31.

Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. Buunk, B. (1998) "The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support". Journal of Applied Psychology, Vol. 83. No.3, pp.392-407.