

TEMA 5. EL SISTEMA ACTUAL DE CUIDADOS DE PERSONAS MAYORES

*M^a Luisa De La Morena Fernández
Ángela M^a Muñoz Sánchez
Catalina Rodríguez Ponce*

El envejecimiento es un fenómeno social creciente, propio de los países desarrollados y es consecuencia tanto de la mejora de la calidad de vida (mejor alimentación, mejora de las condiciones laborales,..) como del éxito de los sistemas sanitarios (vacunaciones, saneamientos, progreso de las ciencias sanitarias, más y mejores medicamentos,..) Estas circunstancias han dado lugar al descenso continuado de la tasa de mortalidad, que se ha visto reforzado, además, por una ineludible realidad como es la disminución de los índices de natalidad.

El envejecimiento es en sí mismo un indicador positivo de desarrollo y prosperidad, no obstante el aumento en la proporción de personas mayores con respecto a la población total, es un fenómeno que trae como consecuencia importantes cambios: políticos, económicos, familiares, laborales, educativos, etc.; cambios para los que los países envejecidos deben de prepararse proveyéndose de recursos.

Envejecimiento y enfermedad no son conceptos sinónimos, aunque es una evidencia que la edad avanzada está en relación directa con la aparición de diversas enfermedades, particularmente de aquellas denominadas edad dependientes como son las demencias, los procesos osteoarticulares como la artritis y/o la artrosis, las patologías cardiorrespiratorias, los accidentes cerebro vasculares, etc. Enfermedades muchas de ellas que vienen impregnadas de características de cronicidad, dependencia, necesidad de cuidados prolongados, etc.

Dentro del colectivo de mayores el grupo de los muy mayores (mayores de 80 años) aparece como un sector en aumento, afectado de procesos complejos en su abordaje, con grandes demandas de servicios para las que los recursos formales no son suficientes o no tienen la efectividad requerida.

El proceso de envejecimiento poblacional con un importante aumento del grupo de los muy mayores, con un aumento de las patologías degenerativas de carácter invalidante y por consiguiente con un nivel de dependencia en alza, está produciendo un impacto muy significativo en las familias y en el sistema sociosanitario, haciendo aflorar las deficiencias de éstos.

En este panorama de necesidad de dispensar muchos cuidados durante mucho tiempo, puesto que cada vez hay más personas mayores y éstas viven más, la

sociedad tiene una responsabilidad fundamental para hacerse cargo de este tipo de situaciones. Sin embargo, en el momento actual, todavía muchos países y sociedades no han sido capaces de asumir sus responsabilidades sociales con respecto al cuidado de las personas mayores dependientes, asumiendo las familias el rol de cuidadoras principales de estas personas.

De ahí que, históricamente, las familias hayan tenido un papel insustituible suministrando cuidados a sus miembros que no han tenido capacidad de autocuidarse, necesitando sólo en ocasiones muy concretas el auxilio de personas expertas, profesionales o de instituciones específicas.

Esta situación en la que la comunidad se autocuida, ha pasado desapercibida mientras se han podido abordar y solucionar con éxito los problemas esto es, mientras se ha podido subsistir gracias a que las cifras de necesidades y de dependencia han estado en niveles de relativa manejabilidad y en coherencia con los recursos disponibles.

Es a partir de los años 70/80 cuando hacen aparición los problemas, coincidiendo con un envejecimiento poblacional, que por primera vez superaba el 10%, así como con distintos cambios sociales ocurridos en las familias, entre los que destacan la disminución del número de sus miembros y la incorporación de las mujeres al mundo laboral extradoméstico, que hasta ahora se

habían ocupado en exclusividad del mantenimiento del hogar y del cuidado de sus miembros.

La insuficiencia de las familias para proveer cuidados se hace evidente, ya que las necesidades van en aumento y los recursos no sólo no crecen en la misma medida, sino que van en franco descenso.

El “Sistema Informal de Cuidados”, que venía funcionando desde el origen de los tiempos, comienza a cobrar importancia, al hacerse un hueco en el panorama sociosanitario y al aparecer cada vez con más frecuencia en la bibliografía relacionada.

En éste término se engloban todas aquellas personas, básicamente la familia, que no pertenecen al sistema formal de servicios, pero por alguna razón atienden las necesidades de cuidados, de aquellas personas que no son capaces de cuidarse por sí mismos, no recibiendo por ello ninguna retribución económica.

Las tendencias actuales respecto a la atención de los mayores, cada vez más mayores y cada vez más dependientes, está potenciando el que éstos permanezcan en sus hogares y dentro de su entorno comunitario habitual, siendo ésta una situación muy rentable a muchos niveles.



Está demostrado que la no erradicación de los mayores de su contexto tradicional retrasa la aparición de la dependencia y facilita la recuperación de ésta o la adaptación a sus secuelas, cuando se presentan.

En nuestro país, en la actualidad los mayores están siendo mayoritariamente cuidados en sus domicilios, siendo las familias y particularmente el ama de casa la principal responsable de dispensar dichos cuidados.

Problemas familiares en torno al cuidado

En la actualidad la convivencia de las familias con personas mayores ha dejado de ser un hecho tan corriente como lo era en décadas pasadas, ya que dichas familias han pasado de ser extensas (convivencia habitual de dos o tres generaciones en un mismo domicilio) a convertirse en nucleares (convivencia de pareja y como máximo algún hijo) e incluso monoparentales (personas solas).

Cuando dicha convivencia ocurre, bien directamente bajo el mismo techo, bien en la proximidad de un entrono cercano, suelen darse, generalmente de forma cronológica, dos situaciones familiares completamente distintas.

La primera circunstancia viene a ocurrir cuando existen unos antepasados (abuelos, tíos/abuelos, padrinos, vecinos,

etc) aún jóvenes y con salud suficiente, para ayudar a los hijos en las tareas de la casa y/o en el cuidado de los nietos. Es esta una situación en la que las personas mayores son un recurso muy valorado por las familias, en las que, además, la incorporación del ama de casa al mundo laboral ha podido dejar el hogar en cierta precariedad doméstica u obligado a la totalidad de los miembros familiares a la participación en las labores de la casa y el cuidado de sus miembros.

En un segundo escenario, que suele ser una consecuencia del paso del tiempo sobre los miembros del núcleo familiar, se nos presentan unas circunstancias totalmente diferentes, en las que los mayores, sufren alteraciones de salud que les hacen pasar de ser dispensadores a receptores de cuidados, lo que hace aflorar problemas de diferente índole.

La presencia de una enfermedad, particularmente si esta es crónica, invalidante y/o necesitadora de cuidados continuados, en un miembro de la familia, produce un impacto muy importante en ella, pudiendo alterar el equilibrio necesario para que esta continúe siendo funcional.

Es mucha la literatura actual que ha tratado de describir el impacto negativo que ocasiona en un núcleo familiar la incursión de una de estas enfermedades. Impacto que altera los procesos familiares, ya que se afectan numerosas áreas de la vida diaria familiar: salud, economía, laboral, ocio, etc.

Cuidar a una persona mayor dependiente afecta la salud física y sobre todo al bienestar psicológico de sus cuidadores, ocasionando una sensación de carga emocional de repercusiones negativas, que puede influir de manera importante en el desarrollo del proceso cuidador.

En el concepto de carga se pueden identificar dos perspectivas claramente diferenciadas. Una objetiva y que sería el grado de perturbación o cambios efectivos producidos en aspectos concretos de la vida doméstica y/o cotidiana de los mayores. Otra subjetiva y que tendría que ver con las actitudes y reacciones emocionales experimentadas ante la actividad de cuidar.

El término y conceptualización de carga se remonta a principios de los años 60, siendo utilizado por primera vez para estudiar los efectos que tenían sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos, como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que en aquel tiempo se estaba implantando en Gran Bretaña (Poulshock y Deimling, 1984).

En los años 70 continuaron los trabajos sobre la carga de los familiares de enfermos psiquiátricos, encontrándose ya algunos estudios que empiezan a incluir a pacientes de edad avanzada. Pero es, definitivamente, en los años 80 cuando comienzan la investigación específica sobre la carga familiar en el ámbito gerontológico

En el año 1982, Zarit y un grupo de colaboradores elaboraron un procedimiento para evaluar la carga, desde la dimensión subjetiva de los cuidadores, ya que estimaban que el impacto que ocasionaba en una familia cuidadora, y particularmente en el/la cuidador/a crucial, el tener que ocuparse de forma continuada de un familiar afecto de una patología tan demandante de cuidados era la clave del mantenimiento de dichos enfermos en la comunidad (Zarit y Zarit, 1982).

Muchos han sido los estudios: Poulshock y Deimling (1984); Eagle et al (1987); Morris et al (1988); Muñoz Cruzado (1993); Reese (1994); Philip (1995); Coope et al (1995); Livingston et al (1996), que desde la década de los 80, han tratado de describir el impacto negativo que ocasiona en un núcleo familiar la incursión de un problema tan complejo como es una enfermedad altamente incapacitante, una demencia, la enfermedad de Alzheimer, etc.; en ellos se han puesto de manifiesto los innumerables problemas que se suelen derivar del cuidado domiciliario de un enfermo de estas características y como repercuten de forma negativa e importante, en la salud, considerando ésta desde su aspecto más global, y en la calidad de vida de enfermo/a y de cuidadores.

La percepción de carga por parte del núcleo familiar cuidador va a depender de muchos factores como: la situación

económica de la misma, el número de miembros disponibles y dispuestos a colaborar, los lazos afectivos y vínculos previos, las condiciones y estado de confortabilidad de la vivienda, el estado de salud de los familiares cuidadores, el nivel cultural de éstos, las características y evolución de la patología que está dando lugar al proceso cuidador, pero sobre todo, y según diversas publicaciones, de las vivencias y percepción subjetiva que de su rol tenga la persona cuidadora que desempeña el papel de cuidadora principal.

La situación de la cuidadora, básicamente podría esquematizarse en: *"necesidad de tener que dispensar muchos cuidados, durante mucho tiempo, de dificultad creciente, y con la particularidad de que el enfermo, a pesar de recibir tales cuidados sigue, paulatina e inexorablemente, envejeciendo y por tanto empeorando o en el mejor de los casos sin prosperar"*.

Dichas circunstancias ocasionan que las familias y particularmente la cuidadora principal presente diferentes patologías, que en numerosa bibliografía relacionada son conocidas como el síndrome del cuidador, y que son del tipo de cansancio, insomnio, descuido de la propia salud, inseguridad, impotencia, problemas económicos, falta de tiempo para el propio autocuidado, abandono de actividades de ocio, renuncia a proyectos vitales,...

En un estudio que recientemente hemos llevado a cabo con cuidadoras de

enfermos de Alzheimer (Rodríguez et al., 2003) en el que hemos tratado de averiguar el tipo y grado de afectación que el desempeño de la actividad cuidadora estaba ocasionando en las cuidadoras hemos encontrado que:

- ➔ En lo que respecta a su vida personal:
 - En un 77,7 % las cuidadoras consideran que los cuidados que dispensaban requieren de un esfuerzo físico entre regular y mucho.
 - En un 66,6 % estiman que no disponían de tiempo suficiente para su propio cuidado.

No obstante, y en esta misma proporción - 66,6 % -, no creen sentirse agobiadas por tener que cuidar del/a enfermo/a.
 - En un 44,4 % creen que se había producido un distanciamiento de sus amistades.
 - En cuanto a la causa que las ha llevado a convertirse en cuidadoras, aunque dependen mucho de las relaciones interpersonales e interfamiliares previas, se ha evidenciado que mayoritariamente, 77,7 %, se sienten obligadas a ello en virtud del vínculo familiar, encontrando que en un 66,6 % la causa que las mantiene desempeñando dicho papel es dicha obligación familiar.
 - En un 57,0 % consideran que si ellas abandonarían el desempeño de su

- actividad cuidadora el enfermo estaría peor cuidado.
- En el 88,8 % de los casos estiman que se está realizando una escasa valoración y reconocimiento social de la función que vienen desempeñando.
- En el 88,8 % confiesan que si alguna vez ella tuviera la necesidad de ser cuidada no le gustaría tener que ser cuidada por sus hijas, por miedo a no sobrecargarlas.
- ➔ En cuanto a la influencia que la ejecución de la actividad cuidadora, tiene en la situación de salud de estas personas se ha apreciado que:
 - El 66,6 % creen que su salud se ha visto resentida, tanto física como emocionalmente, por tener que cuidar al enfermo.
 - El 77,7 % confiesa padecer alguna patología.
 - El 11,1% => está diagnosticada de una.
 - El 33,3 % => está diagnosticada de dos.
 - El 22,2 % => está diagnosticada de tres.
 - El 11,1 % => está diagnosticada de cuatro.
 - Siendo estas patologías y/o problemas de salud, por orden de frecuencia:
 - 1º) Ansiedad y/o depresión.

- 2º) Artrosis.
- 3º) Problemas circulatorios.
- 4º) Osteoporosis.
- 5º) Fibromialgia.
- 6º) Diabetes.
- 7º) Hipercolesterolemia.
- 8º) Hernia de Hiato.
- Para el tratamiento de dichas enfermedades toman una media de 3,1 medicamentos al día, asistiendo al médico una media de 3 veces al año.
- ➔ En cuanto a otros aspectos relativos con la vida cotidiana, y que son factores de suma importancia en el estado general de salud hemos encontrado que:
 - Confiesan dormir una media de 6,5 horas al día.
 - El 33,3 % dice haber perdido peso de forma significativa.
- ➔ El cuanto a la dedicación que realizan a su/s entretenimiento/s favorito/s:
 - El 66,7 % los ha abandonado totalmente y 11,1 % ha reducido de forma importante el tiempo que le dedicaba.
- ➔ En cuanto a la ayuda que estas cuidadoras reciben:
 - El 77,7 % no dispone de ninguna.

actividades laborales con otra extradoméstica.

- La mayoría tiene estudios primarios.
- Reciben escasos ingresos (más del 40% no alcanza los 600 euros)
- Suelen dedicar una media de cuidados directos que puede alcanzar hasta las nueve horas diarias.
- En torno a un 80% de las ocasiones, dichos cuidados están constituidos por intervenciones "cuasiprofesionales", como: lavado del enfermo en la cama, levantamiento y cambios posturales, alimentación a través de una sonda nasogástrica, manejo de una sonda vesical etc., actividades cuidadoras para las que, generalmente, no han recibido formación específica.
- Suele desempeñar su papel en solitario, ya que el resto de los miembros de la unidad familiar acostumbra a colaborar de forma puntual, no llegando a constituir un auténtico recurso de ayuda.
- Tan sólo un 2.5% recibe ayuda de servicios sociales públicos. El 7% es atendido por empleados del hogar remunerados, el 0,2% por voluntariado y el 1,1% por otras personas como amigos, vecinas, etc.
- Cuidar a un enfermo en estas condiciones resulta muy caro, ya que la cuidadora se va a ver obligada a dejar de trabajar, a reducir su jornada laboral o a contratar a una persona que la sustituya

mientras ella trabaja. Además, conforme la enfermedad avanza y el receptor de los cuidados empeora, se va a hacer necesario contar con material específico y costoso como: colchones antiescaras, alimentos especiales, suplementar el número de pañales que dispensa la Seguridad Social, algún tipo de medicación o incluso realizar alguna reforma en el domicilio como es la adaptación del baño; costos que pueden rondar fácilmente los 30.000 euros anuales.

Esta cuidadora principal que describimos, que ha sido denominada en diferentes publicaciones "la víctima oculta", presenta con mucha frecuencia las desventajas y consecuencias: somáticas, mentales, económicas, laborales, sociales,... de la prestación de dicha atención, a las que hemos hecho alusión en el epígrafe anterior.

La realidad que describimos, es una realidad actual, que además será difícilmente sostenible por muchos años, ya que a partir de la próxima década nos encontraremos con que las personas de 80 o más años superarán en número a las mujeres de edad intermedia de 45 a 60 años, que son las tradicionalmente se han venido encargando del cuidado de los mayores.

El hecho de que los cuidados se produzcan principalmente en el hogar de la persona que cuida y que los lleven a cabo sobre todo las hijas, es una situación a la que

se llega por diversos motivos. Por un lado, no siempre es fácil acceder a una residencia de ancianos, ya que en su mayoría son privadas y costosas económicamente, por lo que la familia no se las puede permitir. Y en el caso de las residencias públicas, la lista de espera es muy larga, no lográndose una plaza por saturación del servicio, dado el reducido número que hay a nivel público, lo que denota una gran despreocupación de los gobiernos sobre la política social dirigida a las personas mayores. Este desinterés social lleva a las familias a plantearse cuidar al anciano/a en su casa y esto lleva la búsqueda del cuidador/a ideal que disponga de tiempo en el hogar y no trabaje fuera muchas horas. Además, implica tener un espacio físico en la casa para acoger al anciano con un mínimo de calidad en la asistencia, lo que en muchos casos tampoco es fácil de encontrar, por tener pisos pequeños y trabajar toda la familia.

Por otro lado, cuando la persona mayor se hace dependiente y tiene una hija que puede hacerse cargo de ella, pueden aparecer sentimientos en la hija de querer prestar ayuda por una obligación y un deber moral que no puede ni debe ser eludido, ya que esa persona mayor, que es su madre o su padre, ha estado muchos años cuidando de la hija y ahora la hija piensa que ha llegado el momento de que le "devuelva" los cuidados que le fueron dado en el pasado. Este deber moral se une a una responsabilidad social y

familiar, ya que alguien debe hacerse cargo del mayor y la figura afectivamente más cercana a la madre o al padre es la hija, por lo que sin darse mucha cuenta, las hijas pueden verse cuidando a su padres mayores. Pero además de este cuidado, no hay que olvidar que estas cuidadoras pueden tener a su cargo a su propia familia y las tareas del hogar, por lo que todas estas cargas unidas suponen para las cuidadoras un esfuerzo añadido que puede saturarlas.

Este puede ser también el caso de las mujeres ancianas que se ven cuidando a sus maridos, en los casos en los que la pareja todavía se encuentra lo suficientemente bien como para cuidar a su cónyuge. Cuando no hay pareja que pueda cuidar ni hija que pueda quedarse con la persona mayor, entonces aparece la figura de la nuera para ejercer el rol de cuidadora, antes que el propio hijo. Esto sucede por diversas cuestiones que tienen que ver directamente con el rol femenino ejercido por la nuera que puede pasar más tiempo en el hogar (no trabaja fuera de casa) y está más acostumbrada a cuidar de los demás en la casa. Con todo este cúmulo de circunstancias, las diversas mujeres de la familia, incluyendo las hermanas o sobrinas, según los casos familiares, se transforman en cuidadoras permanentes de ancianos y ancianas enfermas y dependientes, adoptando un nuevo rol de cuidadora que

conlleva una serie de aspectos y peculiaridades específicas.

A medida que se va adquiriendo el rol de cuidadora o cuidador se va siguiendo un proceso que va a influir en la forma en que después se presten los cuidados a los/as ancianos/as (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999). El grado de motivación que tenga la persona cuidadora y los propios sentimientos hacia la persona cuidada determinarán en gran medida el trato suministrado. Además el nivel de implicación personal vendrá determinado también por la “obligatoriedad” del cuidado, es decir, por el hecho de que la persona que cuida se sienta más o menos obligada a proporcionar los cuidados, y desee más o menos hacerlo. Cuanto más motivación exista para cuidar y más ganas se tenga de hacerlo, mejor será el cuidado; mientras que los casos que vengan como una obligación “porque no hay más remedio”, se verán más influidos por el desánimo, con un trato menos adecuado.

En el proceso de convertirse en persona cuidadora, podemos observar una serie de momentos diferentes que varían según las familias y los factores asociados, pero que coinciden en los aspectos fundamentales (Zarit, 1996; Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999). Veamos cuáles son estos momentos. En el *inicio del cuidado*, muchas veces, la persona cuidadora que va a comenzar el proceso de cuidados todavía no

es plenamente consciente de que va a ser ella la encargada durante quizá muchos años, de todas las atenciones que necesite la persona mayor, recayendo sobre ella la mayor parte del esfuerzo y de la responsabilidad del enfermo/a. Además, tampoco es consciente, en un primer momento, de que el cuidado puede implicar un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía, al empeorar la enfermedad. Unido esto al hecho de que la persona cuidadora también va haciéndose mayor en el tiempo. Este es un buen momento para la intervención de profesionales que hablen con las familias y que ayuden a entender lo que realmente supone el cuidado continuado de una persona dependiente, aportando alternativas y consejos prácticos para que la familia pueda implicarse conjuntamente y no se cargue toda la responsabilidad en una única persona.

Una vez que la persona cuidadora ha asumido su nuevo rol, comienza el *momento en el que presta toda su ayuda*, sus atenciones y cuidados a su familiar impedido. Esta fase es la más larga y es en la que se van a producir una serie de consecuencias negativas derivadas del cuidado continuo. Aquí la persona cuidadora se interroga sobre la enfermedad que tiene el enfermo/a, sobre cuánto tiempo durará y trata de poner en práctica todas sus habilidades para el cuidado y la resolución de diversas situaciones difíciles que pueden darse (sobre todo en el

caso de las demencias). En este momento se necesita más que nunca el apoyo de los demás y es recomendable que los profesionales aporten información relevante sobre el tipo de enfermedad que se esté atendiendo y sobre sus síntomas, planteando nuevas pautas de cuidado y alternativas para que la persona cuidadora desarrolle nuevas habilidades y reciba el apoyo de sus familiares y de los servicios sociales. Este es un momento especialmente delicado ya que la persona cuidadora experimentará un gran cansancio físico y psíquico y mostrará una sensación de sobrecarga que le podrá afectar a su vida personal y a su salud.

Esta segunda fase es la principal del proceso del cuidado, pudiendo durar muchos años y hasta el fallecimiento del anciano/a. Sin embargo, en muchas ocasiones, esta fase se ve seguida de otra en la que la familia se plantea el hecho de llevar a la persona mayor a una residencia debido a su mal estado de salud y a que ya la persona cuidadora se ve saturada y falta de recursos para continuar con las, cada vez más agobiantes, demandas del enfermo/a. Por lo que se decide, no sin dudas y discrepancias, *internar al mayor*, con lo que aparece un momento de conflictos y crisis en el entorno familiar que puede sentirse mal y dividido ante este hecho. Afloran sentimientos negativos en la persona que ha estado cuidando al mayor, sentimientos de culpa y de fracaso, y comienza un periodo marcado

por la visitas a la residencia y por la preocupación por los cuidados recibidos por el familiar en el centro. Se intenta asegurar, con los cuidadores formales del centro, que el familiar se encuentra en buenas manos y que sus cuidados tienen la calidad suficiente. Aquí ya han desaparecido los estresores que dominaban los cuidados en el hogar, pero surgen otros nuevos para el nuevo estatus de *cuidador a distancia*, en el que tienen la responsabilidad de visitar al enfermo/a y velar para que se le atienda debidamente.

Hay que entender que estos momentos son propios de cada situación de cuidado, y cada caso mantiene unas características diferenciales propias, por lo que no hay patrones únicos de adaptación y de afrontamiento de estas situaciones. La adaptación que se produzca en el proceso variará dependiendo de una serie de factores que provienen tanto de la persona cuidadora como de la que recibe las atenciones. Así, las variables que están influyendo en este proceso de adaptación y que pertenecen a la persona que cuida serían: el tipo de motivación que tenga, la presencia de habilidades personales de cuidado y de trato con personas mayores enfermas, los recursos disponibles con que cuente, el tiempo que esté dispuesta a cuidar, el grado de implicación afectiva que tenga (no cuida igual una hija o una esposa, que una nuera) y la propia edad y grado de salud que tenga, ya que las enfermedades crónicas no

incapacitantes (como la artrosis, la flebitis, las varices, la migraña, etc.) pueden provocar un malestar continuo en las personas cuidadoras, que interfiera en los cuidados que éstas proporcionan (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Por otra parte, los factores de la persona mayor cuidada que pueden influir directamente en el trato recibido y en su relación con su cuidador/a serían: el tipo de enfermedad que tenga y que se derive en un tipo u otro de dependencia con capacidad o no para la comunicación, las propias características personales, la forma que tiene de aceptar la ayuda, y la historia pasada de interacciones entre el receptor y el/la cuidador/a.

El hecho es que la confluencia de estos y otros factores de corte similar provoca un tipo de cuidados determinado y un grado diverso de malestar y sufrimiento en la persona cuidadora. Hay quien se adapta mejor al proceso de convertirse en persona cuidadora y hay quien no logra una adaptación satisfactoria, sintiendo una mayor saturación y una sobrecarga en su vida, no pudiendo afrontar dicha “carga” y llegando incluso a sufrir el denominado estrés del cuidador/a (Zarit, 1996).

ACTIVIDADES TEMA 5

Actividad 1

1.- El grupo se organiza en parejas y cada pareja tiene diez-quince minutos para presentarse entre sí y poner en común las siguientes cuestiones referidas a la experiencia de cada integrante de la pareja como persona cuidadora:

- cómo ha llegado a ser cuidador/a, analizando los motivos y circunstancias que le llevaron a ello.
- qué nivel de implicación tiene con la persona que cuida, haciendo un análisis de sus sentimientos hacia ella y del tipo de relación que mantienen, compartiendo posibles problemas y sentimientos negativos.
- qué anécdotas o experiencias en el cuidado de personas mayores le resulta especialmente significativa.

2.- En grupo, se hace una ronda donde cada una de las personas de la pareja (la de la izquierda) presenta a su compañera. Terminada la primera ronda, se realiza una segunda donde es la presentada quien presenta.

3.- Se pregunta si alguien quiere aclarar algo que se ha dicho de él o ella y si no es así, se pregunta al azar a algunas personas integrantes sobre cómo se han sentido escuchando cómo otro hablaba de ellos en su presencia.

TEMA 6. PERSONAS CUIDADORAS FORMALES: COMPETENCIAS Y HABILIDADES

M^a Luisa De La Morena

Ángela M^a Muñoz Sánchez

En el caso de que las/os cuidadoras/es de los ancianos y las ancianas sea personal que trabaja en una residencia, un centro de día o en el propio domicilio de la persona mayor atendiendo sus necesidades, entonces el proceso al que han de habituarse como cuidadoras/es de personas mayores será algo diferente al que hemos relatado en el caso de las/os cuidadoras/es informales, puesto que se trata de un puesto de trabajo remunerado y no de una “obligación moral”, como hemos visto en el tema anterior.

Las personas que han decidido ser cuidadoras de personas mayores, han tomado una decisión como parte de su vida, eligiendo un trabajo que implica interacciones diarias con personas enfermas en situaciones especialmente íntimas y delicadas. Aquí hay una clara diferencia con los/as cuidadores/as informales, debido al hecho de que los cuidadores/as formales “eligen” serlo y buscan serlo como parte de un trabajo remunerado para ganarse la vida, sin embargo, los cuidadores/as informales

no han elegido dicha situación de cuidado sino que, más bien, les ha venido impuesta.

Además las situaciones que supone, conllevan una gran carga emocional que será bien diferente para los familiares que para una persona que no conoce al enfermo/a ni ha tenido una historia previa de cuidados y atenciones por su parte. Por ello, la implicación afectiva será diferente, y dependerá de las características personales de los cuidadores formales el hecho de que se impliquen más o menos emocionalmente, hay cuidadores más sensibles que otros a las necesidades de los mayores. Este tipo de trabajo, sin dejar de ser un trabajo remunerado, requiere de unas características especiales de las personas que eligen acercarse a él. No se va a realizar un trabajo de estar 8 horas sentada delante de un ordenador, este trabajo es diferente y supone un contacto diario y continuo con personas mayores impedidas, por lo que las sensaciones y las sensibilidades ante las necesidades de los enfermos/as y ante sus circunstancias deben estar presentes.

El proceso por el cual estos cuidadores/as formales han llegado a estar a cargo de personas mayores impedidas es bien diferente al analizado en el caso de los cuidadores/as familiares. Los cuidadores/as formales han decidido dedicarse laboralmente a este tipo de población y para ello han podido realizar diversos tipos de estudios que les capacitasen más y mejor

para ejercer su profesión de una forma más exitosa. En cuanto a los estudios que han podido realizar, tenemos estudios de diverso grado como cursos básicos de atención y de cuidados a ancianos/as, estudios de Formación Profesional de grado medio en auxiliar de enfermería o de geriatría, especialidad ésta que está surgiendo cada vez con más fuerza para atender las demandas de los centros de mayores que, en algunos casos, exigen un personal preparado para atender a las personas mayores que tienen en ellos. Además de estos estudios, también han podido realizar estudios universitarios de enfermería, especializándose después en la vejez.

Sin embargo, teniendo presente esta posible formación de los cuidadores formales, nos encontramos hoy en día con una realidad bien distinta en las residencias y centros de mayores (la mayoría de iniciativa privada), ya que cuentan con un personal que no posee, en su mayoría, estudios ni formación específica sobre la vejez. Es decir, las personas cuidadoras que trabajan en estos centros, que en su mayoría son mujeres, no se han formado antes de comenzar con el trabajo y, en muchas ocasiones, han elegido este trabajo porque lo consideraban “fácil” de realizar y porque no les exigían estudios ninguno, ni formación. Esto es un punto negativo para las residencias y para los propios cuidadores que pueden verse más desmotivados a la hora de cuidar a los

ancianos/as, ya que no conocen mucho sobre lo que deben hacer ni sobre los procesos evolutivos de las enfermedades con las que se van a encontrar.

Este hecho ha podido derivar en una falta de motivación por el trabajo, realizándolo como una rutina diaria y no como una atención individualizada y de calidad. Esto estaría en detrimento de las personas mayores atendidas, que no estarían en manos de personas con conocimientos suficientes para cuidar de forma efectiva. De ahí que se precise una mayor formación en este tipo de cuidadores que tienen en sus manos la atención de personas enfermas que deben ser tratadas con respeto y dignidad.

Competencias necesarias para el trabajo de cuidador/a de personas mayores

Cuando la persona cuidadora formal comienza su proceso de afrontamiento de la nueva situación que supone cuidar una persona mayor, ha de empezar a poner en práctica una serie de habilidades y competencias propias de las personas que se encuentran en una situación de cuidado especial y personalizado con otra persona. Las interacciones que se producen entre la persona mayor y su cuidador/a suponen unos momentos íntimos y repletos de carga afectiva en los que se necesitan unas habilidades mínimas de manejo de la situación y unas competencias personales

que ayuden a las personas cuidadoras a resolver de forma exitosa las diversas situaciones planteadas. En ocasiones, las situaciones de cuidado se pueden tornar especialmente desagradables, sobre todo en los casos de demencias, en los que las personas que las sufren muestran una serie de trastornos de su conducta, pudiendo presentar comportamientos agresivos y distorsionantes.

En dichos momentos la persona cuidadora debe poner en práctica sus recursos personales para afrontar la situación cotidiana de cuidados, conflictos y crisis. La existencia de estos recursos va a depender mucho del nivel de estrés que experimente la persona cuidadora, así como del grado de satisfacción y de bienestar que perciba en su rol y en su trabajo de cuidadora.

Hay que destacar que ser cuidador/a no es una tarea fácil, y más aún cuando hablamos de cuidar a una persona mayor que presenta algún tipo de enfermedad incapacitante, y que requiere de grandes cuidados, que puede además venir acompañada de alteraciones importantes de la conducta. Por todo esto, se plantea la necesidad de que las personas cuidadoras posean y manejen una serie de habilidades y competencias personales que les favorezcan su relación con la persona cuidada por ellas. Veremos algunas de las más destacadas.

Una de las competencias personales a tener en cuenta por las personas cuidadoras

hace referencia a poseer unas *características de personalidad abierta* que permitan un pensamiento divergente y la apertura hacia nuevas alternativas y hacia variadas formas de ver y abarcar la problemática del mayor atendido, lo cual permite tener un amplio campo de mira en la intervención con personas dependientes y facilita el trabajo asistencial. También se muestra importante el *uso de técnicas de negociación* tanto con la persona cuidada como con su pareja o con sus hijos, lo cual posibilita llegar a acuerdos de forma rápida y segura, evitando determinados comportamientos agresivos y llegando al consenso de las partes implicadas, lo cual favorece la intervención individual y familiar.

De igual forma, también se ha visto como un buen indicativo de calidad en los cuidados de personas mayores, el hecho de que los/as cuidadores/as sepan cómo aplicar técnicas simples de *modificación de conducta* para favorecer el aprendizaje de conductas nuevas en la persona mayor, para aumentar y mantener los comportamientos adecuados y para eliminar los inadecuados (Chumillas, 2000). Hacer uso de estos recursos en situaciones determinadas en las que funciona este tipo de técnicas, puede ser bastante útil para facilitar y optimizar la relación entre la persona que cuida y la que es cuidada, optimizando el proceso de intervención.

Las *habilidades de trabajo en equipo* son básicas para el trabajo en centros

Podemos considerar que los cuidadores que mantienen una buena comunicación con la persona que atienden realizan una serie de conductas que, como establecen Izal, Montorio y Díaz-Veiga (1997) podrían resumirse en los siguientes puntos:

1. Eligen un lugar adecuado para hablar, sin distracciones ni ruidos.
2. Escuchan atentamente pues eso es demostrar interés y genera confianza en quien se siente escuchado.
3. Observan a la persona que cuidan, pues la observación puede ayudar a interpretar adecuadamente los estados de ánimo, los sentimientos y las necesidades.
4. Buscan temas de conversación no sólo sobre sus hobbies o sobre el pasado sino también sobre noticias y hechos de actualidad, pues las personas mayores disfrutan mucho hablando.
5. Utilizan un lenguaje sencillo y fácil de entender
6. Dejan tiempo para responder
7. Evitan generalizar usando términos como “siempre”, “nunca”, “todo”
8. Aceptan el “no” por respuesta, respetando su derecho a elegir
9. Buscan un momento oportuno para hablar (tanto en lo que respecta al

nivel de receptividad de la persona cuidada como al propio estado de ánimo de quien dispensa los cuidados)

Siguiendo a estos autores, conseguir una buena comunicación hace sentirse mejor a la persona cuidadora y a la persona cuidada y supone una serie de ventajas adicionales:

- mantiene un buen clima familiar
- fomenta la autonomía de la persona cuidada
- facilita la resolución de conflictos familiares
- ayuda a que la persona cuidada entienda mejor lo que se le pide
- reduce la tensión y favorece la calma facilitando las tareas del cuidado.

Habilidades de autocontrol.

Es muy importante que la persona cuidadora domine y controle su propia conducta para evitar conflictos al chocar con determinados comportamientos del anciano/a enfermo/a. Los conflictos y las discrepancias forman parte de las relaciones humanas y, aunque es inevitable el hecho de que surjan, lo que sí se puede prevenir es su intensidad, su duración y su control.

Es recomendable, cuando surge un conflicto, mantener la calma, estar relajado/a

y no gritar a la otra persona, ya que los gritos sólo la ponen más nerviosa y perturban mucho la situación, hay que mantener un tono de voz normal y sereno. Hay que escuchar lo que la otra parte tiene que decir y hay que entender lo que le ocurre, y cuando haya que decir “no” a algo, habrá que hacerlo de forma clara y concreta, explicando los motivos por lo que no se le puede conceder sus deseos. Además, se deben exponer una serie de alternativas a la situación conflictiva, para abrir el abanico de posibilidades de conducta.

En ocasiones, puede ser recomendable realizar breves ejercicios de relajación en determinadas situaciones, para que la práctica del autocontrol sea más efectiva. Los ejercicios de relajación se llevan a cabo tensando los músculos del cuerpo durante unos segundos y soltándolos a continuación. Tanto si se hace relajación como si no, la calma debe ser la que impere en la situación conflictiva, en la que habrá que buscar qué objetivos tiene la otra persona e intentar conjugarlos con los nuestros, si fueran realmente operativos. Se pueden utilizar, para esto, técnicas de negociación para llegar a acuerdos conjuntamente.

Para que la persona cuidadora pueda mantener este autocontrol, es recomendable la utilización de autoinstrucciones, es decir, la autoverbalización de la situación, del conflicto y de lo que está pasando en ese

momento, siendo consciente de cada uno de los pasos que se realicen. En estas autoverbalizaciones la persona se dice así misma una serie de instrucciones para mantener la calma y para lograr entender la visión de la otra parte.

Habilidades de resolución de problemas.

De las personas cuidadoras se espera que sean capaces de resolver los diversos problemas que se vayan presentando en el entorno asistencial del/los anciano/s o anciana/s que atienden. Ante esto, los cuidadores/as deben mostrar una serie de habilidades que les capacitan para resolver los diversos problemas que van presentándose.

Así, deben ser capaces de mirar el problema planteado desde fuera, observarlo detenidamente, analizarlo y ver cómo se ha llegado a producir, antes de intentar resolverlo. Luego han de estudiar las posibles alternativas de solución que existen, considerando, para cada caso, sus posibles consecuencias para ellos, para la situación para el centro en el que trabajan y para la persona mayor. A continuación, han de elegir una de esas alternativas pensadas, teniendo en cuenta que deben elegir la que tenga las mejores consecuencias para todos o, por lo menos, la que sea menos conflictiva.

Habilidades específicas.

Existe una serie de habilidades específicas que debe poseer todo cuidador/a que desee mantener una buena relación con la/s persona/s mayor/es que atiende (Andrés, Bas y Martín, 2000). La empatía sería una habilidad afectiva propia de estas situaciones que llevan añadida una alta carga afectiva. En el caso de los cuidadores formales, aunque el vínculo de unión no está marcado, el hecho de tener empatía con la persona mayor y poder sentir y entender lo que ella siente, facilita su comprensión, su respeto y su aceptación, facilitando a su vez el trato recibido.

Junto a la empatía podemos hablar de tener una actitud cálida y gentil, con grandes dosis de paciencia, es decir, ser amable con la persona mayor ya que se encuentra en una situación muy delicada en la que debe recibir cuidados que quizá dañen su intimidad y que quizá no desee. Además, unido a esto está el respeto que la persona que cuida debe a la persona que está atendiendo y, por supuesto, viceversa. Dicho respeto debe estar presente en todas las actuaciones que la persona cuidadora realice con el anciano o la anciana, teniendo en cuenta que el respeto es algo que debe ser percibido e interpretado por la persona que lo recibe, por lo que el cuidador/a en sus actuaciones debe hacer lo posible para que

dicho respeto sea claramente percibido y sentido por la persona mayor.



Tener sentido del humor es otro aspecto interesante que facilita la relación entre ambas personas. El humor y las habilidades de desdramatización, utilizadas con respeto, ayudan en situaciones tensas y cargadas de conflicto o tensión. Hay que tener cuidado en usar el humor sin conocer bien a la persona mayor. Se requiere que previamente haya un conocimiento de la persona para conocerla y saber qué aspectos considera no respetuosos y cuáles sí.

Habilidades instrumentales.

La persona cuidadora debe ser asertiva y debe saber organizar las diversas actividades que se realicen diariamente, sin dejar que sea el/la anciano/a quien mande y decida lo que se hace y cuándo se hace. Así que veremos muchas ocasiones en las que

ACTIVIDADES TEMA 6

Actividad 1

1.- Poner en común, en grupos de 5-6, distintas experiencias vividas con las personas mayores que se tienen a cargo, analizando las competencias y habilidades que han sido necesarias para afrontar las tareas de cuidado. Hacer un listado para compartir luego con los otros grupos en una sesión plenaria.

TEMA 7. PERSONAS CUIDADORAS FORMALES: ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

M^a Luisa De La Morena Fernández

Las principales perspectivas teóricas centradas en las figuras de los cuidadores en el campo de la gerontología y los cuidados a personas mayores se han basado en el modelo clásico de los procesos de estrés de Lazarus y Folkman (1984), relacionando un gran número de variables para comprender el proceso de estrés que pueden sufrir los/as cuidadores/as de las personas mayores dependientes. Este tipo de cuidados ha sido identificado como uno de los acontecimientos vitales que más estrés puede producir en la vida cotidiana de las familias, y en el trabajo diario de los cuidadores/as en los centros residenciales de mayores. Esto es debido al hecho de que es una situación de estrés crónico que supone una alta carga emocional y que supone del/a cuidador/a un gran esfuerzo tanto físico como psicológico, lo cual se mantiene a lo largo del tiempo. Las consecuencias directas que se producen de este tipo de estrés continuo pueden afectar a todos los aspectos de la vida de las personas, abarcando el ámbito emocional, personal, social, etc. (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Para analizar el impacto que tiene este tipo de estrés en la vida de las personas que lo sufren se han formulado diversos modelos explicativos, destacando una de las conceptualizaciones más amplias del paradigma clásico de estrés aplicado al campo de los/as cuidadores/as y que ha sido elaborada por Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990). Este modelo de Pearlin y cols. plantea una serie de variables cuya confluencia deriva en la aparición del estrés del/la cuidador/a: las variables de la *historia personal* y el *contexto de cuidados* conducen a los *estresores primarios* y *secundarios* que conducen a su vez a *tensiones de rol secundarias* que llevan a *tensiones intrapsíquicas* que finalmente producen el *estrés en los/as cuidadores/as*. Existen además, en este modelo, unos mediadores en forma de *recursos personales y sociales* que son modelados por el *contexto* y la *historia personal* y que mediatizan todo este proceso de estrés en el/la cuidador/a (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999; Villalba, 2002).

El primer componente clave de este modelo son los *antecedentes personales* y las *condiciones del contexto* de cuidado tales como las características sociodemográficas de la persona cuidadora y de la persona cuidada o las características del contexto de cuidado. (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Un segundo componente básico del modelo de Pearlin viene representado por los *estresores* que hacen referencia a las tareas que la situación de cuidado demanda de la persona cuidadora, como las actividades de la vida diaria que se deben realizar con los ancianos/as dependientes de aseo personal, alimentación, atención continua, etc., o las respuestas que deben dar a los comportamientos inadecuados del enfermo/a como los trastornos de conducta y agresividad de algunas demencias que han de ser controlados y vigilados por la persona cuidadora. Estos *estresores* son los denominados *primarios* y suponen un esfuerzo diario de la persona que debe atender a los requerimientos de la persona atendida.

También se considera un estresor primario las respuestas subjetivas de los/as cuidadores/as a estas situaciones estresantes como puede ser la aparición en el/la cuidador/a de una sensación de impotencia para resolver y controlar determinadas situaciones estresantes, que hace que la persona se vaya sintiendo cada vez más a disgusto consigo misma, con su trabajo y con el entorno que le rodea. Y dado que los cuidados a las personas dependientes pueden verse más demandados por el deterioro progresivo del anciano/a, la sensación de falta de control y de estrés puede ir afectando a diversas áreas de la vida de las

personas cuidadoras. Cuando esto sucede, comienzan a surgir una serie de problemas añadidos a la situación de cuidado que son consecuencia directa de dicha situación y que han sido denominados *estresores secundarios*. Estos estresores tienen la capacidad de producir una mayor sensación de malestar en la persona cuidadora activando aún más los estados de estrés. Algunos de estos estresores secundarios hacen referencia a los conflictos personales y familiares que pueden aparecer como consecuencia de un estado de tensión acumulada en el trabajo y de un nivel de estrés alto (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Existen, no obstante, unas *variables moduladoras* que serían aquellos recursos personales y sociales que tienen la capacidad de poder influir en dicho estado de estrés, modificando su curso mediante la regulación de los efectos de los estresores y aliviando su impacto sobre las personas. Algunas de estas variables son las estrategias de afrontamiento de los/as cuidadores/as, la sensación de autoeficacia o la elevada autoestima. Estas variables cumplen un papel fundamental en estos procesos de estrés puesto que ellas pueden paliar, de diversas formas, los efectos del estrés; de ahí que haya que tenerlas en cuenta a la hora de elaborar intervenciones para reducir el nivel de estrés de las personas cuidadoras. Este será uno de los puntos importantes en el trabajo con los/as

cuidadores/as, dándoles pautas y recomendaciones sobre el aprendizaje y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento de índole personal.

Las personas cuidadoras que trabajan en los centros asistenciales de mayores, a menudo, pueden sufrir determinados problemas de estrés derivados directamente del tipo de trabajo que tienen, en el cual se ven implicados emocionalmente en situaciones que suelen ser fuente de un alto nivel de estrés. En numerosas ocasiones, algunos/as cuidadores/as formales para hacer frente a este estrés, hacen uso de una serie de *recursos psicológicos personales* que les favorecen los procesos de afrontamiento.

Entre estos recursos personales podemos encontrar una serie de características biológicas y evolutivas saludables que pueden amortiguar los efectos de las situaciones estresantes. Junto a estas características también pueden encontrarse habilidades de solución de problemas interpersonales que provocan una mayor capacidad de afrontamiento de los momentos más conflictivos y de las situaciones más estresantes con las personas mayores enfermas y dependientes, sobre todo cuando éstas se comportan de forma agresiva.

Otros recursos son las habilidades de tipo cognitivo como la capacidad de tomar perspectiva y distancia del problema o de la situación conflictiva, las cuales también favorecen de forma automática el afrontamiento del estrés producido por dichas situaciones. Al igual que la propia percepción de control que la persona cuidadora tenga sobre las distintas situaciones que surjan en el trabajo diario cuidando y atendiendo a las personas mayores.

En general, podemos hablar de ocasiones en las que las personas pueden poseer recursos naturales que les aportan una alta tolerancia al estrés, lo cual les facilita el proceso de adaptación a su situación laboral y les ayuda a afrontar las situaciones más comprometidas con las que se encuentren.

Además de la importancia que tienen estos recursos naturales, existen otros recursos interesantes que pueden ayudar a explicar las diferencias individuales de reacción ante las mismas situaciones estresantes de cuidado de personas mayores. Uno de estos recursos es el constructo denominado *sentido de cuidados* definido por Giuliano y cols. (1990) como las creencias positivas que la persona tiene sobre sí misma y sobre la experiencia que está viviendo de cuidar a otras personas, de tal forma que, a

partir de esas creencias, se pueden construir beneficios y se pueden obtener ganancias personales de la experiencia de cuidar (Villalba, 2002).

Este *sentido de cuidados* se puede enmarcar en los recursos de afrontamiento que tiene la persona cuidadora, lo que le ayuda a manejar mejor el estrés que puede causar la situación. Noonan y Tennstedt (1997) adaptaron el modelo de Pearlin y cols., teniendo en cuenta el sentido de cuidados dentro de los recursos de afrontamiento.

Por último, el tercer componente clave del proceso de estrés del modelo de Pearlin serían los *resultados* o los *efectos* causados por los cuidados continuos. Una vez que han aparecido las tensiones a nivel físico y psicológico y las personas cuidadoras se sienten afectadas por ellas, pueden aparecer diversos síntomas que afectan a distintas áreas de la persona como ansiedad, ira e irascibilidad, alteraciones en el sueño y en la alimentación, etc. (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Hay que destacar, además, las *estrategias de afrontamiento* que pueden utilizar las personas, como unos instrumentos muy útiles para enfrentarse con las situaciones de estrés que provoca el cuidado de las personas mayores dependientes. Las

personas cuidadoras deben buscar alternativas a sus situaciones de estrés y deben aprender a manejarlas y controlarlas, sin permitir que las situaciones sean las que dominen sus estados de ánimo y su bienestar psicológico. Podemos destacar dos tipos de estrategias de afrontamiento: *afrontamiento centrado en el problema* y *afrontamiento centrado en la emoción* (Lazarus y Folkman, 1984; Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

En el *afrontamiento centrado en el problema* el/la cuidador/a intenta tener el control sobre la situación, buscando información, solucionando los problemas, tomando decisiones o realizando alguna acción directa.

El *afrontamiento centrado en la emoción* se pone en práctica para controlar las emociones e intentar eliminar las emociones negativas propias del estrés. Algunas estrategias de este tipo serían: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, regulación afectiva, descarga emocional, etc.



El estrés relacionado con las condiciones de trabajo

Los/as cuidadores/as formales que trabajan en centros con persona mayores dependientes y con diversos tipos de necesidades, también pueden sufrir un estrés derivado directamente de las condiciones de su trabajo, a la vez que se le unen variables emocionales difíciles de controlar. El concepto de estrés relacionado con el trabajo se refiere a un ambiente laboral caracterizado por unas *exigencias altas*, un *escaso control de las condiciones de trabajo* y la percepción de la *falta de respaldo social*. Es precisamente el escaso grado de control de las condiciones de trabajo lo que determina el estrés ocupacional o el agotamiento (Lyman, 1998).

En la atención diurna de enfermos/as dependientes, la rutina, la repetición, las discusiones continuas y las

tensiones crónicas asociadas con el cuidado de las personas con demencia, son unos elementos estresantes que la persona cuidadora debe afrontar. Muchos de estos aspectos estresantes están, a su vez, condicionados por la estructura del lugar de trabajo. Así por ejemplo, una política institucional de poco apoyo, un entorno físico del centro restrictivo y unos programas mal organizados son fuentes crónicas de estrés para los cuidadores que trabajen allí (Lyman, 1998).

En muchos centros de día las exigencias que tienen con los trabajadores que cuidan a los/as ancianos/as con demencia son excesivas. Se espera que los/as cuidadores/as introduzcan a las personas mayores en actividades terapéuticas, a la vez que deben velar por su seguridad y deben controlarlos. Se les requiere a los/as cuidadores/as que realicen tareas de estimulación que son continuamente interrumpidas por tareas de “trabajo sucio” de aseo e higiene.

En otros centros el entorno físico puede verse asociado al estrés de los cuidadores que trabajan allí, mostrando factores de riesgo importantes como las barreras arquitectónicas o las limitaciones de espacio, que impiden que se pueda andar con seguridad por el centro, aumentando así las exigencias de ayuda para caminar y el

esfuerzo emocional que supone para el/la cuidador/a la supervisión de los deambulantes. Otro factor de riesgo muy importante es que las instalaciones no sean adecuadas para los cuidados personales, no facilitando el “trabajo sucio” de limpieza y aseo de los enfermos/as. Otro factor sería que el personal no disponga de un espacio propio, a modo de refugio, donde puedan entrar y encontrar un momento de respiro lejos del contacto continuo con los enfermos/as (Lyman, 1998).

Algunas políticas institucionales están intentando contribuir a que los cuidadores de los centros disminuyan sus niveles de estrés, a través de reducir al mínimo las exigencias de cuidados, ampliando la plantilla de personal, con un esquema de trabajo que posibilite las reuniones frecuentes del personal y con encuentros o talleres de trabajo sobre el control de estrés. Todo esto repercute directamente en una mejor atención a las personas mayores, y en una reducción del nivel de estrés en el/la cuidador/a.

El trabajo que se exige en los centros de mayores, sobre todo en los casos que necesitan una atención continua como es el caso de las demencias, supone un gran desgaste de energía para los/as cuidadores/as que trabajan con este tipo de población. Tres serían las características más

destacadas del trabajo a realizar: *trabajo sucio*, *trabajo cansado* y *trabajo emocional* (Lyman, 1998). El *trabajo sucio* son todas las exigencias físicas extenuantes de la atención individualizada a personas muy frágiles o incapacitadas y, en el caso de las demencias, pueden producirse además lesiones al/la cuidador/a por accidentes o por agresiones del enfermo/a. Cuando las instalaciones de aseo y limpieza del centro no tienen el diseño adecuado y cuando no se dispone del personal suficiente, entonces estas tareas con los/as enfermos/as son realmente estresantes para los/as cuidadores/as.

El segundo tipo de trabajo exigente es el *cansancio real* que conlleva ayudar a las personas que no pueden caminar solas, recuperar a los que intentan escaparse, acompañar a los ansiosos, intentar mover a los que se niegan a hacer nada. Estas tareas denominadas de “pastoreo” se consideran muy exigentes ya que suelen producirse en unas condiciones ambientales nada favorables, con espacios físicos reducidos, sin una programación clara para cada enfermo/a y con poco personal. Por todo esto, este tipo de trabajo repercute directamente en la persona cuidadora causando niveles altos de estrés (Lyman, 1998).

El tercer tipo de trabajo exigente en el cuidado de las personas con demencia es

el *trabajo emocional*, que supone para la persona cuidadora ser capaz de controlar los sentimientos propios para poder mantener una conducta profesional. Es habitual que el trabajo continuado con los enfermos/as que sufren demencias resulte impactante y provoque multitud de sentimientos asociados. Suelen despertar sensaciones diferentes como asco ante acontecimientos desagradables, ira ante algunos “casos imposibles”, o miedo ante las conductas agresivas.

Uno de los aspectos que destaca en este trabajo emocional es la sensación dolorosa de pérdida cuando alguna persona fallece o cuando van degenerándose progresivamente sin retorno. Ante esto, los/as cuidadores/as intentan mantener una actitud profesional, pero en ocasiones no les es fácil y si dejan que los enfermos/as perciban su angustia o tristeza, entonces las exigencias del trabajo se hacen aún peores por el contagio conductual.

Este trabajo emocional de los cuidadores formales es realmente agotador y sumamente estresante, más teniendo en cuenta que tienen que atender a un buen número de personas mayores dependientes a lo largo del día y la noche, y han de convivir entre enfermos/as cuidándoles todos los días. El hecho de ver tanta enfermedad y tanto dolor agrupado en el centro día tras

día, puede influir en estados de depresión, según los casos.

ACTIVIDADES TEMA 7

Actividad 1

- 1.- Realizar una discusión en grupos pequeños o en el grupo grande sobre las situaciones que más estresan a cada uno de los/as cuidadores/as del grupo. Dialogar después sobre qué estrategias personales, familiares o sociales podrían ser más efectivas para superar el estrés que provocan dichas situaciones.
- 2.- Analizar las necesidades que cada cuidador/a piensa que tiene a la hora de llevar a cabo sus tareas de cuidado y ponerlas en común en grupos pequeños, buscándole posibles alternativas y soluciones.