

Editorial

- ¿Yo paciente, tú cuidador? Nosotros en la atención y el cuidado

Contenido

- Algunas consideraciones sobre los cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- En diabetes e hipertensión; adecuado compromiso del cuidador, adecuado pronóstico para el paciente.
- Cómo afecta la calidad de vida el ser un cuidador primario.
- Desgaste físico y emocional del cuidador.
- La intervención de enfermería enfocada al cuidador primario.
- Renovando el concepto "cuidadores de personas con diabetes" a "familias con diabetes".
- La importancia del cuidador en el proceso de la nutrición en impacto las enfermedades crónico degenerativas.
- El cuidador, elemento determinante para el cambio de hábitos alimentarios en el paciente que padece enfermedad crónica.

El cuidador en la trama de apoyo social.

- Noticias de la U.I.S.E.S.S.
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos

Editorial

¿Yo paciente, tú cuidador? Nosotros en la atención y el cuidado

Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.

En la actualidad, descubrimos, a partir de la lectura de textos literarios o científicos, un interés creciente por la atención a la población envejecida, enferma, para mantener o recuperar su estado de salud. Especialmente en padecimientos y enfermedades crónicas, que no se curan, pero donde es necesario cambiar prácticas alimentarias, de actividad física y el afrontamiento al cambio para prevenir consecuencias de sus padecimientos y enfermedades. Es decir, se trata del estilo de vida, en la atención de las instituciones sociales y de salud. En este ámbito se habla desde diferentes lugares, desde múltiples abordajes y formas de comprensión, según los distintos paradigmas e intervenciones que de ello se ocupan.

Generalmente, se habla de un cuidador, que es el responsable de un estado orgánico, de una dependencia de un sujeto que ya no es productivo. La paradoja es que esta preocupación tiene lugar en la sociedad actual que promociona el "preocúpate por ti mismo". No obstante, una visión construccionista asume una realidad emergente, fundamentalmente formada por la interacción social, en procesos interactivo-participativos, tanto de actores de diferentes disciplinas y estructuras sociales de salud hacia la búsqueda de respuestas solidarias.

Estilo de vida puesta en escena

Las vivencias que conforman el estilo de vida (acciones y significados) sobre el cambio (alimentario, actividad física y afrontamiento), son ejecuciones que no son producto de un sujeto aislado, sino del relacionamiento de un "yo que se orienta hacia los otros". Donde el sujeto se percibe a partir de cómo lo perciben y actúan con relación a él y con ellos. Así, la dimensión principal es la interacción social y los vínculos relacionales, en función de las acciones que desarrolla el sujeto para seguir las indicaciones para volver a la normalidad, como es el caso de la prediabetes, prehipertensión y el sobrepeso. Si ya se tiene diabetes

Continúa pág. 2

mellitus 2, hipertensión y obesidad, prevenir complicaciones. Estos vínculos se concretizan en prácticas e interpretaciones en ámbitos sociales para explorar diferentes patrones de los modos de vivir.

La definición del cambio como situación

Para Goffman, desde su enfoque de la dramaturgia (1991:173-178), la realidad social es reconstruida como una escena donde los actores representan e interpretan papeles. Entonces, en un principio, los actores deben definir la situación, teniendo en cuenta al otro. Esta complementariedad y solidaridad de los actores (Yo-Otro), se lleva a cabo en la representación frente al público (ellos). Esto nos permite concebir la interacción desde un "Nosotros".¹ Esta definición de la situación se teje en un triple relacionamiento: Con el mundo exterior (que plantea circunstancias); con el mundo interior de los actores, (intersubjetivo) y con un público (la normatividad).²

¿Cómo es que surge y se desarrolla la definición de la situación como una interpretación conjunta? Por medio de la comprensión intersubjetiva que garantiza la comunicación y la interacción. Así, la realidad social se construye a partir de la negociación de significado entre los sujetos, donde las bases de la comprensión intersubjetiva son establecidas desde la reciprocidad de perspectivas y el origen social del conocimiento (Schutz, 1995:43-44). Con estas dos idealizaciones se supera el carácter privado de la experiencia del sujeto y su semejante, pues ambos presuponen el mundo socialmente construido perteneciente a todos, separado e independiente de las diversas situaciones biográficas y de los distintos propósitos que éstas definen para cada actor.

La interacción entre el Yo y el otro

Los mecanismos de interacción en sociología han sido abordados por la fenomenología y el interaccionismo simbólico que asume que los individuos manipulan activamente su medio ambiente, definiendo la situación como guía para los propósitos y siguiendo tácticas, que no obedecen a lo impuesto por un orden social, sino a las reglas y roles que ellos producen en interacción y que gobiernan su conducta situacional. Desde estas perspectivas el principal mecanismo de la interacción es la negociación, que es conceptualizada, como un consenso que ha sido buscado por arreglo y acuerdo entre los interactuantes, siguiendo un propósito común: La forma para llegar acuerdos, resolver desacuerdos y establecer un determinado orden. Estas tácticas para la realización de tareas es la "interacción estratégica",³ traducida en dos modalidades, según se tenga una relación igualitaria o jerárquica. En la primera, prevalece la simetría que desemboca en reciprocidad. En la segunda tiene lugar la asimetría, donde tiene sentido las relaciones de influencia, imposición, coerción y dominación de un actor sobre otro.

Los vínculos en la interacción

Se refieren a relacionamientos que establece el sujeto con el otro, para definir y actuar sobre situaciones específicas que conforman el curso del cambio. Éstas pueden llegar a constituir la identidad "nosotros",⁴ como resultado de una comprensión intersubjetiva y en la participación de acciones. Esta identidad tiene lugar en lo que Goffman define como relaciones ancladas. Así, aparecen otros, que no se ajustan a "nosotros", También se trata del "otro significativo".⁵ La entidad nosotros puede incluir a éste, pero no se reduce a ella. Éste sin llegar ser copartícipe funciona como una figura de referencia para definir situaciones y llevar a cabo acciones. Así, los vínculos se traducen en diversas formas de relacionamiento, para definir situaciones y en el desempeño de acciones. También, implican las emociones como expresión ya que se trata de sentimientos cognitivo situacionales (Heller, 1993:119).

Los vínculos relacionales se convierten en "núcleos de interacción" el sujeto por conducto de sí mismo, liga núcleos constituyendo una trama frente a una situación. Así, los núcleos se asientan en una malla que liga vínculos y prácticas, desde la percepción de cercanía y lejanía, en función del postulado de "lo que es próximo para mí, es más importante que lo que es lejano". O bien, a partir de la definición de la situación, partiendo de su cuerpo y extendiéndose a su alrededor. Entonces las tramas de interacción se delimitan por contornos que contienen escenarios particulares de relacionamientos, donde buscamos prácticas de atención, interpretaciones, formas de participación y normatividades.

El desempeño de acciones para la atención

Las acciones son asumidas desde un marco compartido recetas, tipificaciones o reglas, que son creadas en la interacción o pueden estar institucionalizadas. En este sentido, el desempeño de acciones se puede definir como roles, mediación entre los universos de significación objetivada en la sociedad y las maneras como estos universos cobran realidad subjetiva para los individuos que los resignifican y se apropian de ellos. Porque las personas actúan dentro de situaciones. Lo anterior nos conduce a adoptar el concepto de rol relacional de Bott (1990). Suponen expectativas reciprocas y estrategias, por ejemplo, de la pareja con respecto a tener un hijo. Este rol se define a partir de "nosotros" compartiendo un proyecto y cooperando, para su realización. Así, consideramos la reciprocidad (o su ausencia) y el apoyo en las acciones de atención, sea de tipo emocional, cognitivo o instrumental, desde vivencias de afinidad y estrategias comunes que optimizan la eficacia, ante la misma situación. No toda interacción se sustenta en negociaciones, sino, en el conflicto y el empoderamiento que el contexto le otorga a una identidad, por ejemplo al varón el maestro, el padre, médico, etc.

En resumen, cambiar para seguir las indicaciones al cambio de estilo de vida, como prácticas alimentaria, de actividad física y su afrontamiento



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Verónica Estela Yáñez Rodríguez

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

**Jefe de la Unidad de Educación, Investigación
y Políticas de Salud**

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralta

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Lic. Benito Gerardo Carranco Ortiz

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Manuel Cervantes Ocampo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

**Jefe de la Unidad de Investigación Social,
Epidemiológica y de Servicios de Salud.**

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

**A las autoridades institucionales y a
Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo
para el diseño y la impresión de este boletín.**

Algunas consideraciones sobre los cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Javier E. García de Alba García.

Jefe de la U.I.S.E.S.S.

Introducción

Si tomamos en cuenta que existen aproximadamente 10 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el país, el número de sus cuidadores familiares directos, representa una magnitud proporcional, situación que indudablemente requiere ser investigada desde los paradigmas cualitativo y cuantitativo, desde diversos enfoques para el desarrollo de conocimiento aplicado sobre esta realidad.

Ser cuidador

En muchos casos la carga familiar del cuidado a un enfermo se asigna a algún miembro de la llamada "generación bisagra", el cual generalmente no es muy joven, ni muy viejo, para tomar el peso de la responsabilidad que "le recae".

El cuidador asignado, frecuentemente es incapaz de contener su nominación, ante diversos argumentos-justificatorios de los demás miembros de la familia.

El peso de esta responsabilidad, generalmente, recae sobre una mujer (en el 85% de los casos), quienes de acuerdo a encuestas: Reconocen por una parte que no tienen otra alternativa, pues suponen que esta tarea les corresponde, por ser un deber moral (90%), por encima de cualquier otra responsabilidad y por otra parte, porque refieren realizarla por propia iniciativa, ya que las significa (59%)¹.

En realidad, la circunstancia anterior, sólo alude a la forma del fenómeno, pues el fondo está relacionado con los patrones culturales tradicionales prevalentes en buena parte de nuestra población, donde en función al género se asigna a la mujer, entre otros, el rol de proveedora de atención y cuidados en el hogar. Situación perpetuada e inducida por la creciente desinstitucionalización de la atención al paciente crónico, que provoca frecuentemente en el grupo familiar del paciente con DM2, desiguales ajustes económicos, sociales y políticos, bajo los supuestos de autosuficiencia, funcionalidad e integridad familiar.

El relacionamiento de los cuidadores con pacientes con DM2

Los pacientes con DM2 pueden estar desatendidos, aunque no necesariamente solos, sin amigos, ni personas en las cuales poder confiar, no obstante, puede haber una pérdida paulatina del relacionamiento social que puede provocar diversos grados y tipos de soledad, circunstancia que puede precipitarse por 2:

- 1) Pérdida de estatus socio económico.
- 2) Complicaciones físicas y/o psíquicas discapacitantes.
- 3) Pérdida del cónyuge.
- 4) Tendencia a la inactividad.

Bibliografía

- 1 "La definición de la situación proyectada por un participante forma a menudo, integralmente parte de una proyección realizada y mantenida por la cooperación íntima de varios participantes" (Goffman 1973:79).
- 2 Para Habermas sólo en la acción dramática se incluye la constitución de un mundo subjetivo que cuenta con autonomía y en relación con los mundos objetivo y social. Berger y Luckmann, por su parte, proponen que la intersubjetividad se conforma mediante un proceso dialéctico de objetivación-subjetivación (Bibberger, 1989:509). Schutz plantea que el esquema conceptual del sentido común, incluye percepciones y referencias presentacionales. Por las cuales, los objetos físicos de la naturaleza se transforman en objetos socioculturales. Así, en la realidad se encuentra el ámbito de los sentidos o de las cosas físicas, que conforman la realidad eminente, al convertir éste en un mundo finito de sentido existe una forma específica de experimentarse a sí mismo y una forma específica de socialidad (Schutz, 1995:304-306).
- 3 "Los cursos de acción estarán ejecutados a la luz de lo que uno piensa que los otros piensan acerca de uno mismo. Un intercambio de movimientos hechos sobre la base de este tipo de orientación hacia sí mismo y hacia los otros," (Goffman 1996:99)
- 4 La experiencia "nosotros" como sujeto de la acción se constituye en el establecimiento de una finalidad común, que reúne más de una subjetividad. En la experiencia "nosotros" como objeto de la acción, implica un sentimiento de solidaridad e involucramiento, donde aparece otro, en una situación de tercero, fuera de nosotros (ellos). (Schutz, 1995:45-46; 345-346)
- 5 Con el "otro significativo" se alude a relaciones que cuentan mucho sobre todo en la construcción y mantenimiento de la imagen del sí mismo, con el sentimiento de seguridad, y en la evaluación en el cumplimiento de tareas. Para Goffman, es aquel cuyo punto de vista es interiorizado por el actor, al que responde en su evaluación de la situación. Pues son los primeros que le señalan cuando un comportamiento se aleja de las reglas sociales. "Dicha figura constituye una fuente poderosa en tanto que refuerza la condición deseada y sirve como un recurso amortiguador en situaciones de estrés (Roca y Pérez, 1999:40).

- 5) Separación de los hijos.
- 6) Migración.

El cuidador en su acción comprensiva, debe tener en cuenta estas crisis en la trayectoria del paciente con DM2. Así como también, debe ser conciente de que la problemática del relacionamiento de su paciente con DM2, también está íntimamente ligada a los cambios recientes en la estructura de las familias, situación que directa o indirectamente, puede provocar que el sujeto de su cuidado esté alejado de su familia por diversas razones, por ejemplo, definiciones existenciales diferentes, (como la atención y la gratitud), por problemas familiares no resueltos (de índole económico, conyugal, etc.), que indudablemente juegan un papel importante para su eficiente desempeño.

A pesar de ello, es un hecho que actualmente existe bajo diversas formas, una ayuda inter-generacional, donde se da y recibe apoyo emocional y/o económico. A pesar de que en algunos casos; que frente a la enfermedad (social, física o psíquica) el paciente con DM2, puede rehusarse a ser una "carga para sus familiares" en función del grado de pérdida de su autoestima, lo cual hace más difícil el trabajo de los cuidador, de por sí expuestos a un nivel de presión y esfuerzo que a veces no es valorado, provocando a su vez un círculo vicioso de sentimientos de impotencia y frustración mutuos entre cuidador y paciente con DM2, dado que no siempre el esmero en el cuidado y la atención tienen como respuesta una mejora en la salud o un gesto positivo por parte del entorno¹ (1)

Aprovechando la cultura

Actualmente se observan cambios culturales que tienden a la mayor socialización que incluyen a los adultos y dentro de ellos a las personas que padecen DM2. Esta situación puede ser provechosa, si se toma en cuenta que el paciente con DM2, puede jugar muchos roles familiares (partiendo de la base que una misma persona puede ser a la vez hijo, padre, abuelo y hasta bisabuelo) y ejercer muchos tipos de roles de amistad (dentro o fuera de organismos que los promueven. Por ejemplo, clubes sociales, grupos de autoayuda, redes virtuales, etc.). De esta manera, el cuidador puede ayudar (preferentemente con apoyo de un profesional del trabajo social) al paciente con DM2 a estructurar y reestructurar redes sociales de apoyo solidario, sin caer en el extremo de un cuidado mercenario.

Cabe señalar que para los adultos mayores, la soledad no parece ser un problema tan serio como opinan los jóvenes (que lo ponen en primer lugar), pues una encuesta reveló que los mayores de 65 años piensan que sus problemas mayores son: 1° bajo salario; 2° salud delicada; 3° la violencia creciente y recién en 4° lugar la soledad². (2); por lo tanto, el apoyo que el cuidador puede otorgar debe ser reflexionado y acordado de mutuo acuerdo con el paciente con DM2.

Investigaciones sobre los cuidadores

La investigación sobre los cuidadores ha adquirido cada vez mayor relevancia, en función de que se requiere no tan sólo de cuidadores eficientes, sino también de cuidadores sanos para actuar con asertividad, parodiando al aforismo Hipocrático "cuidador, cuidate a ti mismo".

Por ejemplo, estudios desde los paradigmas cualitativo y cuantitativo, desarrollados en Colombia, señalan que:

- a. Que ser cuidador va más allá de tener una tarea o responsabilidad, pues genera una forma de vida y relación diferente consigo mismo, con la persona cuidada y con el mundo³.
- b. Los cuidadores, requirieron de orientación profesional para mejorar el cuidado que dan porque en su mayoría son improvisados y porque sienten un gran alivio con las llamadas y el seguimiento de las instituciones de salud, apoyo que significa en muchos casos un aliento importante en las tareas que debe cumplir el cuidador⁴.
- c. La ayuda brindada por Enfermería, al hacer sentir que se preocupa por los cuidadores: que los orienta en cómo manejar las situaciones de enfermedad, cómo afrontarla y qué hacer para mejorar su propia autoestima es invaluable⁵.
- d. Pinto, Barrera y Ortiz ⁶, también señalan que la muerte del sujeto de cuidado, puede provocar en el cuidador descuido de sí mismo e incluso hacia otros miembros de su familia; pérdida de la relación de pareja y dejar de hacer vida social.
- e. Todas las investigaciones, evidencian la efectividad de los programas de apoyo de habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica⁶.

Consideraciones finales

Ante el crecimiento desusado de los padecimientos crónicos, entre ellos la DM2, como evidencian las tasas de 7.0% y 9.1% de ENSANUT 2006 y 2012⁷ (6) en personas mayores de 20 años: El panorama de su atención y el cuidado resulta preocupante, sobre todo si consideramos el carácter familiar del padecimiento. Razon por la cual, resulta fundamental contar con cuidadores saludables física y mentalmente apropiados para desempeñar su función en forma eficiente y efectiva: Más aún, si somos congruentes con lo que hemos preconizado en muchos Boletines U.I.S.E.S.S.: que se requieren tres generaciones sucesivas, exentas de los principales factores de riesgo que nos afligen, como son el sedentarismo y el sobrepeso-obesidad, para así poder reducir significativamente la incidencia de enfermedades tales como la DM2 y la hipertensión arterial.

Recomendaciones

A nivel individual, se recomienda desarrollar acciones familiares y políticas institucionales para garantizar en el cuidador⁶:

- Mantener sus momentos de ocio y expansión.
- Seguir y aumentar sus relaciones con amigos y familia.
- Solicitar ayuda cuantas veces sea necesario.
- Indagar sobre recursos que sirvan de apoyo en la comunidad y por supuesto apoyarse en el resto de la familia y amigos.
- Estar consciente que el entorno también existe y que puede y quiere saber del mismo.
- No aislarse.
- Medir sus fuerzas, saber hasta dónde puede dar.
- Poner límites.
- Organizar su tiempo priorizando acciones, sin olvidarse de él mismo.
- Ser asertivo/a, para saber decir que no es básico para funcionar de manera óptima.

A nivel epidemiológico, con fines de jerarquización institucional, proponemos el siguiente esquema de tipificación, que puede servir a la vez para clasificar el riesgo biopsicosocial del binomio cuidador-paciente con DM2.

Conceptos básicos		Relacionamiento familiar con el paciente	
Requerimiento de cuidado del paciente	Alto	Alto ++++	Bajo +++
	Bajo	++	+

Conclusión

Sin descuidar el nivel familiar e individual de los cuidadores de pacientes con DM2, se requiere con urgencia atender multidisciplinariamente una problemática de raíz social, mediante el diseño de políticas públicas, que erradiquen la desigualdad social y garanticen de manera integral la salud y calidad de vida de los cuidadores de personas dependientes.

Bibliografía

- 1.- Delicado Useros MV, García Fernández MA; Belén López Moreno B, Pilar Martínez Sánchez Pilar. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. Atención Primaria. 2004; 33(4): 193-199.
- 2.- Lic. María Graciela Domínguez. Cuidado del adulto mayor Paraeldultomayor.blogspot.com/2012...de la vejez. Lic.html. Revisado el 1 de agosto de 2013.

- 3.- Sánchez, B.
La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería. 2001, XIX (2): 36 - 51.
- 4.- Barrera L, Pinto N, Sánchez B.
Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. Revista Actualidades de Enfermería. 2008, 11(2): 23-29.
- 5.- Pinto N, Barrera L; Ortiz L. Sanchez H B.
Reflexiones sobre "El cuidado a partir del programa cuidando cuidadores". Revista Aquichan. 2005; 5(1):128-137.
- 6.- Ortiz B L y cols.
Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Ed. Universidad Nacional. Bogotá. Colombia. 2010.
- 7.- Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2012.
Instituto Nacional de Salud Pública- Secretaría de Salud. Cuernavaca, México. 2013



En diabetes e hipertensión; adecuado compromiso del cuidador, adecuado pronóstico para el paciente

Rosa María Márquez G.
M.P.S.S.
Universidad Autónoma de Guadalajara.

Introducción

Se define al cuidador primario como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. (1)

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias dadas, sin que se haya llegado a ella por un acuerdo explícito entre sus miembros.

El cuidador como una figura ejemplar y de fortaleza

Estudios demuestran que los pacientes que cuentan con apoyo familiar o de un cuidador constante utilizan estrategias más eficaces, mejoran y atenúan su calidad de vida durante el tratamiento de la enfermedad en mayor grado que aquellos que no cuentan con dicho apoyo. (2)

Es muy importante recalcar que muchos de los cambios del estilo de vida de un paciente dependen del buen seguimiento que el cuidador de a las indicaciones médicas que recibió en la consulta. De esta manera si el cuidador no está comprometido a respetar la alimentación, los horarios de medicamentos o la continuidad de la actividad física, lo más probable es que no exista una mejoría notable y constante para nuestros enfermos.

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema relevante en enfermedades como la diabetes y que gira altamente al rededor de un buen cuidador. Ésta conlleva altos costos para el paciente y la sociedad, ya que las secuelas físicas se deben de sumar costos por rehabilitación, invalidez y pérdida de productividad, además la adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas. (7)

La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para las personas que cuidan a estos pacientes y que deberían estar apoyados por un equipo de profesionales tales como personal médico, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Cosa que como es comprensible, de principio no ocurre en la mayoría de los casos. (3)

Vale la pena recordar que las enfermedades crónicas degenerativas involucran un factor ambiental como factor de riesgo y pronóstico para nuestros pacientes, por lo que el rol y el estricto cumplimiento del cuidador son muy importantes para el positivo avance de nuestro paciente.

Por lo que es importante implementar estrategias de educación para cada rol del cuidador, es decir estrategias dietéticas, de actividad física y de buen apego al tratamiento. (4)

Es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica "equipo sanitario-enfermo-cuidador primario" si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital, pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del propio enfermo, dadas las costumbres y los estilos de vida de cada una de las familias, por ejemplo la dieta y alimentación. Se debe encontrar una estrategia para que la familia logre romper hábitos alimenticios con los cuales han vivido sin tocar raíces de sus estilos de vida.

El cuidador también necesita cuidados

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas. Las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: Trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. (4) Motivo por el cual se afectan las atenciones del enfermo, recordando que para éste, el cuidador es un retrato de fortaleza ante él, por lo que puede llegar a causar un notorio y negativo rendimiento y regresión del enfermo.

Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no sólo de tipo físico, sino también de tipo mental para sobrellevar la hipertensión o la diabetes, incluso para responsabilizarse de sus enfermedades, ocasionando complicaciones como las enfermedades micro y macrovasculares, es decir ceguera, pie diabético, IAM, entre otras, las cuales afectan el esquema del tratamiento oportuno y por ende la calidad de vida para nuestros pacientes.

En estos casos, para la falta de aceptación se necesitan estrategias de afrontamiento para el enfermo, las cuales las puede iniciar el cuidador, para así poner en pie un correcto plan de tratamiento que incluya pactar con el paciente objetivos a corto plazo para lograr un compromiso y convertirlo en agente de su propio cambio. (6)

Una conclusión que genere bienestar para toda la familia

Reconocer a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud exige aceptar su potencial y sus limitaciones y darles herramientas para mejorar su habilidad de cuidado, en términos de incrementar su capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfagan las necesidades de la persona enferma, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada.

Cómo afecta la calidad de vida el ser un cuidador primario

M.P.S.S. Martha Guadalupe Enriquez Limón.
U.I.E.S.S.
Universidad Guadalajara Lamar.

Introducción

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges.

Un cuidador es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un pariente cercano o alguien que le es significativo, que podríamos llamar cuidador primario. ⁽¹⁾

Es así importante reconocer las necesidades del enfermo, la disponibilidad de tiempo de los diferentes miembros, su experiencia en el cuidado, su voluntad de participar y de aprender a hacerlo y la situación económica de la familia para valorar si va a ser posible contratar ayuda externa y éste sería un cuidador secundario, el cual no tiene relación, ni parentesco con el enfermo. ⁽¹⁾

Las enfermedades crónicas generan dependencia total o parcial de un cuidador. La primera se caracteriza por que hay una pérdida total de la autonomía y en consecuencia se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas ⁽²⁾. Entre tanto, en la dependencia parcial, el individuo es capaz de favorecer el autocuidado; pero requiere un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud.

Estas personas deben poseer características específicas: Responsabilidad, disciplina, paciencia, adaptabilidad a los cambios, al tiempo que brinda acompañamiento y apoyo emocional al paciente, pues es su respaldo en el proceso de la enfermedad.

El ser único cuidador, no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y como consecuencia un deterioro en su dimensión emocional.

Estos elementos que conforman la vida social de toda persona pueden alterarse en el cuidador supervisor, ya que brindar cuidado requiere tiempo y dedicación; además, en ocasiones, no se cuenta con el apoyo de otros miembros familiares en el proceso de cuidado, lo que genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas y que su dimensión social se vea afectada. ⁽⁴⁾

Según los referentes teóricos, se ha demostrado que los pacientes que cuentan con el apoyo de un familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad crónica; por eso, el cuidador también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia.

Hacer surgir la necesidad de seguir construyendo sobre el trinomio enfermedad-padecimiento-malestar como parte constitutiva del trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención, es decir, sobre el proceso de enfermarse sin dejar de lado su connotación social, las trayectorias individuales, culturales y contexto social. ⁽⁵⁾

El cuidador requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo.

Bibliografía

1. Austrich SE. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar? Secretaría de Salud, México, 2006. Pp.41.
2. Montalvo Amparo, Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia) Un estudio comparativo, Salud Uninorte. Barranquilla (Col) 2008; 24 (2): 181-190.
3. Flórez J., Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes crónico-degenerativos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación FORMAR. Revista Psicoespacios, Vol. 5. N. 7, pp. 18-42.
4. Barrón Brenda, Alvarado Salvador, Desgaste físico y emocional en los cuidadores, Revista de Cancerología 4 (2009): 39-46.
5. Moreno L., Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. Salud Pública de México. 2007; 49 (1). pp. 63-70.
6. I. Lorente, Falta de aceptación de la diabetes: Un enfoque diagnóstico y terapéutico. Av Diabetol, 2007; 23(2). pp. 44-99.
7. Ortiz M., Adherencia al tratamiento en diabéticos tipo 1 chilenos: Una aproximación psicológica. Revista médica de Chile: 2005;133. pp. 307-313.



De ahí que sea importante reconocer esto para proporcionarles herramientas, cuyo fin es mejorar la capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfagan las necesidades del cuidador, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada. ⁽³⁾

¿Qué cambios en el estilo de vida experimenta un cuidador?

La experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad, pues genera una forma de vida diferente, con complicaciones personales y sociales.

Las personas que atienden directamente a sus familiares crónicos tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas de su cuidado y ello llega a repercutir tanto en su propia persona como en la de su entorno, generando algunos cambios en diferentes ámbitos (familiar, laboral y social) de su vida cotidiana.

El cuidador debe recordar que la primera obligación que tiene después de atender al enfermo es cuidar de sí mismo y saber cómo se previene el desgaste físico y emocional que produce el trabajo continuado con un enfermo. Por esta razón, es importante que se esfuerce por conocer técnicas sencillas para atender mejor al enfermo, para movilizarle, alimentarle y administrarle la medicación, etc. No le vendrá mal saber algo más sobre la enfermedad, las posibles complicaciones y qué hacer ante atagantamientos, crisis comiciales, etc.. Debe disponer de un fácil acceso a los servicios sanitarios domiciliarios. ⁽³⁾

Si bien ser cuidador, para alguno les genera una satisfacción personal de sentir que juegan un rol importante en la familia, para otros es frustrante el tener responsabilidades que no le competen, por lo cual tiene que cambiar su estilo de vida y adaptarse a las necesidades del paciente, el dejar de hacer cosas por atenderle.

Conclusión

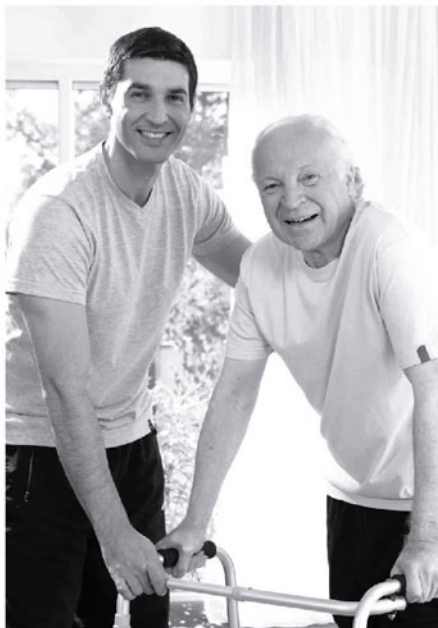
Los cuidadores domiciliarios precisan de mucho apoyo, porque atender a un enfermo en casa representa un cambio muy notorio en sus vidas para el que están muy poco preparados. Necesitan comprensión de sus problemas para poder sobrellevar los cambios a los que se está enfrentando, para poder tener un equilibrio en su salud y en la del paciente que cuida.

Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones.

Por lo cual como personal de la salud, debemos dar información más amplia de la enfermedad a la cual se están enfrentando, las posibles complicaciones que ésta pudiese tener y técnicas más apropiadas para evitar el desgaste del cuidador.

Bibliografía

- 1.- Astudillo W., Mendinueta C. El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, Barañain, 2000, Vol. 8, Nº-4, 127-134.
2. Valencia Molina C et al. Manejo de síntomas por auto cuidado en personas con VIH/sida [internet]. I Jornada de Enfermería Cali/Colombia; 2006 [citado 2009 abr]. Disponible en: http://www.salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia_enfermeria/manejo_de-sintomas_por_autocuidado_en_pwvs.pdf.
3. Menéndez J et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam. Salud Pública [internet]. 2005 [citado 2009 abr];17(5-6). Disponible en: http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf.
4. Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Aquichán [internet]. 2004; 4(1). Disponible en: <http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/Article/>



Desgaste físico y emocional del cuidador

Armando Omar Jiménez García.
Médico Pasante de Servicio Social.
Universidad de Guadalajara.

En el mundo, cada día hay mayor número de personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa que en algunas ocasiones es diagnosticada en etapas avanzadas y por ende esta población va perdiendo independencia, teniendo cada vez más la necesidad de ser cuidada. Este cuidado que normalmente brinda un miembro de la familia, suele ser agotador y desgastante para él, tanto física y emocionalmente, por lo que el papel del cuidador asume un rol importante dentro de este proceso.

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia origina una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges. Muy pronto se hace necesaria la figura del cuidador y la familia o allegados deberán reunirse para decidir si se le va a poder atender en casa y la asistencia que va a precisar. Es así importante reconocer las necesidades del enfermo, la disponibilidad de tiempo de los diferentes miembros, su experiencia en el cuidado, su voluntad de participar y de aprender a hacerlo y la situación económica de la familia para valorar si va a ser posible contratar ayuda externa o no, etc.

Uribe refiere: El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no sólo de tipo físico sino también de tipo mental.⁽²⁾

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos de patologías crónico-degenerativas, como en las del deterioro de las redes sociales primarias, en ambas se puede presentar el "síndrome del cuidador primario", fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel.

El síndrome del cuidador primario

Suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos.⁽⁸⁾

Maslach y Jackson, en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención.⁽⁸⁾

Síndrome de burn out de cuidador

La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia cansancio, irritabilidad, pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros trastornos que se conocen como el síndrome *burn out* que puede llegar a incapacitarle seriamente para continuar en esta tarea.

Signos de burn out del cuidador

- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Estado depresivo.
- Falta de organización.
- Pérdida del sentido de la prioridad.
- Pobre concentración y rendimiento.
- Aislamiento social.
- Astenia.
- Fatiga.
- Sensación de fracaso.
- Deshumanización de la asistencia.
- Síntomas somáticos.
- Mayor automedicación.

Alteraciones físicas

Hacerse cargo de una persona dependiente durante largos períodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud.

Chang y cols., realizaron un estudio donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño brinda capacidad para atender a los pacientes y a sí mismo.

Entre los padecimientos que más frecuentemente podemos encontrar en los cuidadores podemos destacar cervicalgia y lumbalgia como consecuencia directa de su labor realizada.⁽¹⁰⁾

Alteraciones emocionales

El cuidador primario está sometido a un estrés importante en su labor, demostrando la presencia de depresión y ansiedad, además de lo anterior la pérdida de autoestima y desgaste emocional, así como otros síntomas psíquicos se producen básicamente por:

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden.

b) La repetición de las situaciones conflictivas.

c) La imposibilidad de dar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno. ⁽⁸⁾

El cuidador de un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa incapacitante, merece ser atendido y comprendido con el mayor esmero posible porque es el eslabón final de una cadena de solidaridad. No debe dejarse solo, sino más bien ofrecerle un apoyo especial porque sólo los cuidadores que están auxiliados por sus familiares, algún tipo de servicios sociales o de voluntariado pueden mantener el afecto y el calor por largo tiempo. Hay que trabajar con ellos de manera que una de sus manos esté con el paciente y la otra conectada como un puente a un grupo social que le sirva de soporte, permitiendo que llegue al enfermo la ayuda que necesita en esas circunstancias. No debemos dejar que este puente se derrumbe. Con su reforzamiento, el más beneficiado será nuestro paciente.

Bibliografía

1. Austrich SE. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. ¿Quién es la persona más adecuada para cuidar? Secretaría de Salud, México. 2006. 41.
2. Uribe ZP. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Secretaría de Salud, México 2006.11.
3. Alvarado AS, González MM. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. Secretaría de Salud, México. 2006. 37.
4. Bayes R. Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. FCE. México, disponible en: URL:<http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm> consultado julio 29, 2013.
5. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Víafora A, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Revista Colombiana Médica 2006;37: 31-38.
6. Astudillo AW, Mendieta AC. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa 7ª sección Madrid. 235-255.
7. Armstrong P. Thinking it through: Women, work and caring in the New Millennium. <http://www.medicine.da.ca/mcewh> 03-08-2005. En: Islas S, Ramos DR, Aguilar E, García G. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst Natl Enf Resp. Mex 2005; (4)19: 266-271.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 30 editions. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA. 1996.
9. Zambrano C, Ceballos C. Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana. Psiquiatría. 2007; 36 (Supl 1): 26-39.
10. Chang EW, Tsai YY, Chang TW, Tsao CJ. Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. Psycho-Oncology.2007; (10)16: 950-955.
11. Morales P, Muñoz R, Bravo V, Iniasta, Montero P, Olmos R. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de salud Totana Murcia. 2000. 714-718.



La intervención de enfermería enfocada al cuidador primario

Marcos Christian Gómez Carbajal.
Licenciado en Enfermería.
Universidad de Guadalajara.

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos y esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas (osteoartritis, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, etc.), lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados. Se entiende por persona dependiente aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. ⁽¹⁾

La población de 60 años y más se incrementará constantemente en el mundo, lo que tiene importantes repercusiones económicas y sociales. Dentro de la atención a las personas con enfermedad crónica, presenta un papel fundamental quien es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro, de manera permanente y comprometida. ⁽²⁾

La persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, se le denomina "cuidador primario". Desde hace varios años, la necesidad de contar con el apoyo estructurado de cuidadores se ha incrementado considerablemente.

El cuidado de un enfermo discapacitado es siempre una dura "carga" para cualquier persona que se vea sometida a dicha tarea y es frecuente que en algún momento el "cuidador" se sienta incapaz de afrontarlo, ya que compromete su bienestar e incluso su salud. Para algunos autores, el "cuidador" es un paciente "oculto" o "desconocido" que precisaría un diagnóstico precoz de su enfermedad y una intervención inmediata antes de que sea irreversible. ⁽³⁾

Varios estudios han encontrado una prevalencia importante en el "síndrome del cuidador" en cuidadores de adultos mayores discapacitados. También se ha observado una mayor predisposición a la morbilidad, altos niveles de ansiedad, depresión y disfunción familiar en los cuidadores con respecto a los no cuidadores. Más estudios realizados en cuidadores informales de enfermos crónicos se demostró que la labor realizada por los cuidadores es percibida por ellos mismos como de sobrecarga emocional y de trabajo, generando sentimientos de abatimiento, aislamiento, tristeza e incluso de inestabilidad emocional. Todo esta sobrecarga física y emocional repercute en la salud del cuidador con el riesgo de convertirse también en otro enfermo.

Es aquí donde cobra importancia el papel de enfermería en el apoyo a este tipo de cuidadores. Para lograrlo, enfermería cuenta con herramientas como el proceso de enfermería y el lenguaje estandarizado (NANDA, NIC, NOC). En su fase de diagnóstico es posible que el enfermero valore y establezca la presencia del cansancio del rol del cuidador (00061) Dominio: 7 Rol/relaciones Clase1: roles del cuidador, definido por la NANDA (por sus siglas en inglés, North American Nursing Diagnosis Association) como una dificultad para desempeñar el papel del cuidador

⁽⁴⁻⁵⁾ y que Carpenito define como el estado en el cual un individuo experimenta una carga física, emocional, social y/o financiera en el proceso de brindar cuidado a otro. ⁽⁶⁾

Por otra parte las repercusiones en la calidad de vida de los cuidadores primarios pueden minimizarse si reciben un soporte adecuado por parte de enfermería, incluyendo dentro de sus cuidados no sólo a la persona enferma, sino también a su familia y especialmente al cuidador principal ⁽⁴⁾.

La intervención y el resultado de enfermería recomendados para este diagnóstico son: El Apoyo al cuidador principal (7040), definido por la NIC (por sus siglas en inglés Nursing Interventions Classification):

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.
- Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
- Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidado prolongados.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios. ⁽⁷⁾

El papel que asume el cuidador de un paciente de una enfermedad crónica implica la suma de un todo de forma integral (cuidado, atención, conocimiento e higiene). Cabe destacar los conocimientos básicos que el cuidador debe aprender para la mejor atención del paciente y así también cuidar de su salud física y mental al aprender la técnica correcta sobre la mecánica corporal para la movilización de el paciente discapacitado y la técnica de manejo de estrés, por mencionar algunas y recordemos al cuidar de mi ser querido, estoy aprendiendo lo importante que es cuidar de mi mismo.

Renovando el concepto “cuidadores de personas con diabetes” a “familias con diabetes”

Ana Cristina Vázquez Dávila.
Pasante de licenciatura en Nutrición.
Universidad de Guadalajara.

Bibliografía

1. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Ma. de Jesús López Gila, Ramón Orueta Sánchez, Samuel Gómez – Caroa, Arancha Sánchez Oropeasa, Javier Carmona de la Morena, Francisco Javier Alonso Moreno. REV. CLIN MED. FAM 2009; 2 (7): 332-334.
2. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. Abraham Rubén Tamez Rodríguez y Jaime Eduardo Guzmán Pantoja. Atención Primaria. 2013; 45(5):231-232. www.elvisevier.es/ap
3. Sobrecarga emocional en cuidadores de mujeres que requieren cuidados paliativos Emotional overload in caretakers of women requiring palliative care. Gerardo García-Maldonado, 1,2 Atenógenes Humberto Saldivar-González, 2 Gerardo Manuel Martínez-Perales, 2. Rafael Sánchez-Nuncio, 2 Dolores Lin-Ochoa. 2 Rev Med Hosp Gen Méx. 2012; 75(3):140-147
4. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Viviana Carolina Bohórquez Bueno; Bibiana Andrea Castañeda Pérez; Leidy Johanna. Trigos Serrano; Luis Carlos Orozco Vargas; Fabio Alberto Camargo Figueroa Revista Cubana de Enfermería 2011;27(3) 210-219
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermos: definiciones y clasificación 2012 – 2014.
6. Carpenito L.J. Handbook of nursing diagnosis, 11 Ed. New Jersey (EU): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
7. Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M Bulechek Clasificación intervención de enfermería (NIC) Elsevier España 2005.

Actualmente, la mayoría de las personas conocemos alguna persona que vive con diabetes, ya sea un familiar o un amigo, al que generalmente le decimos, “NO comas dulces”, “ésta es tu agua SIN azúcar”, “tú come PURAS verduras hervidas”, “tú NO puedes tomar refresco”, es decir, en algún momento jugamos el rol de cuidador actuando de la manera que creemos que es la mejor o correcta, muchas veces sin tomar en cuenta los sentimientos de las personas que viven con esta condición, lo que puede complicar su adherencia al tratamiento.

Importancia de la adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento, entendida como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, que además requiere conformidad del paciente, es un problema de tal magnitud, que la OMS lo considera un tema prioritario de salud pública y que por lo tanto deben emprenderse acciones para su prevención y control. En los últimos años, se ha prestado atención especial a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes, especialmente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las habilidades de auto cuidado y afrontamiento, la autoeficacia, la percepción de síntomas, el estrés y el apoyo social. Con respecto a este último se sabe que involucrar a la familia en el cuidado del paciente mejora su control glucémico del mismo.¹

¿Qué es un cuidador?

Generalmente, el rol de cuidador es el familiar más cercano a la persona que vive con diabetes. Un cuidador es aquella persona que asume la responsabilidad de cuidar a la persona con su nueva condición de vida, tratando de controlar su alimentación, actividades y medicación, con el fin de que ésta mantenga su salud y sin remuneración alguna.

Pero, ¿es responsabilidad de una sola persona?, ¿por qué?, ¿qué pasaría si esta condición la viven en familia? y ¿qué es lo que tiene que saber la familia de la persona con diabetes?

La diabetes es para toda la vida y la educación tanto de la persona como al resto de la familia es esencial para el tratamiento de la diabetes (sobre todo en el caso de diabetes en niños)². La educación es el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de hábitos y actitudes tendientes a mejorar el estado de salud (OMS). Educar no es sólo transmitir conocimientos, sino intentar modificar actitudes y estilos de vida³. Todos sabemos que tomar refresco hace daño a la salud, sin embargo sólo se le dice al “diabético” que él es el que no puede tomar y se excluye. Porque mejor no dejar el consumo de refresco todo a la familia.

La Carta Internacional de Derechos y Responsabilidades de las Personas con Diabetes indica que la persona con diabetes y los padres y cuidadores de personas con diabetes tienen derecho a la información y educación sobre diabetes, incluido cómo se puede prevenir, cómo la detección temprana en personas de alto riesgo es una ventaja, cómo la



enfermedad se puede controlar efectivamente y cómo acceder a recursos clínicos y de educación.6

La mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona. Por ello, es necesario que las personas con diabetes tengan el nivel de conocimiento adecuado y las habilidades pertinentes para tomar decisiones informadas, a fin de realizar un cambio de la conducta y ajustes del tratamiento por sí mismos, lo que permitirá integrar el autocuidado en sus vidas diarias. Sin embargo, todos y cada uno de los integrantes de la familia deben estar preparados para atender a la persona en caso de hipoglucemia o hiperglucemia ósea, así como conocer los signos. Debe saber los niveles saludables de glucosa preprandial y postprandial, cuándo debe realizar una colación, cuando realizar ejercicio o evitarlo, si es correcta la aplicación y conservación de la insulina, etc., con el fin de que la persona no se sienta excluida de la familia, sino parte de ésta.

Hablemos de nutrición en diabetes entonces

¿Qué debe enseñarle el profesional de salud a la familia con diabetes acerca de alimentación?

Todos los miembros de la familia deben entender que la alimentación es la base del tratamiento de la diabetes, ya que con ella, el ejercicio físico y la ayuda de medicamentos, se logrará regular la glucosa y prevenir condiciones futuras relacionadas a diabetes.

La alimentación debe ser equilibrada, adecuada, suficiente, variada e inocua como la recomendada para el resto de la población.

Debe contener los tres macronutrientes que son proteínas, lípidos e hidratos de carbono. Es importante señalar que los hidratos de carbono simples deben limitarse su consumo, pero también es rescatable señalar que estos tipos de azúcar ayudan a salir de una hipoglucemia leve e incluso moderada y esto debe de ser del conocimiento de toda la familia.

Es importante que la familia con diabetes identifique en qué alimentos se encuentran los macronutrientes, cómo les conviene prepararlos (técnica de cocción), que sepa identificar las medidas (tazas y cucharadas), que conozcan qué alimentos se pesan en crudo y cuáles se miden ya cocinados y no olvidarnos de la lectura de etiquetas nutricionales, todo esto con el fin de la regulación adecuada de la glucosa.

Conclusión

Como se puede observar, la alimentación recomendada para la persona con diabetes es muy similar a la de la persona que no vive con esta condición, según la NOM 015 debe contener, menos del 30% de las grasas, de lo cual no más del 7% corresponderá a las grasas saturadas, con predominio de las monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de

azúcares simples), 14 g de fibra por cada 1,000 kcal, preferentemente soluble. En promedio 15% de las kcal. totales corresponderá a proteínas y la ingestión de colesterol no será mayor de 200 mg/día. Entonces en cuestión de alimentación, no debería de variar la de la persona con diabetes a la del resto de la familia.

Como profesional de la salud, debemos de invitar al padre, madre, hermano, abuelitos y resto de la familia a llevar un estilo de vida saludable y acompañar a la persona con esta condición de diabetes y así no convertirse en "guardián de la diabetes" y llegar al hostigamiento y complicar la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

- 1.- Hoyos Duque, Arteaga Henao, Muñoz Cardona., Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar Investigación y Educación en Enfermería, Vol 29, No 2 (2011) [citado 31 julio 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400005>
- 2.- Arenas Bermúdez, Muela Martínez, García León, Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. Index Enferm [revista en la Internet]. 2007 Nov [citado 2013 Jul 31]; 16(58): 16-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300003&lng=es.
- 3.- Protocolo Unificado De Atención De Enfermería Al Paciente Crónico Con Diabetes Mellitus Del Departamento De Salud Alicante – Hospital General [citado 31 julio 2013]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18134/Guia+de+Atención+al+paciente+crónico+con+DM.pdf#page=138>
- 4.- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.2010.
- 5.- Federación Internacional de Diabetes. Autocontrol de la glucemia en la diabetes de tipo 2 sin tratamiento con insulina, 2009 Pág. 14-15.
- 6.- Federación Internacional de Diabetes Carta Internacional de Derechos y Responsabilidades de las Personas con Diabetes, Pág. 5



La importancia del cuidador en el proceso de la nutrición en impacto las enfermedades crónico degenerativas

P.L.N. Ana Tonantzin Tapia Chacón.
Universidad de Guadalajara.
Centro Universitario del Sur.

En la actualidad las enfermedades crónico degenerativas en México son consideradas un grave problema de salud; la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico, en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico. Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus. (1)

La diabetes mellitus tipo 2 se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios y es la tercera o cuarta causa de consulta externa. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) diariamente mueren un promedio de 40 personas por esta patología. (2)

Durante la evolución de la DM2 pueden aparecer complicaciones crónicas que afectan a la esperanza de vida y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. (3)

La asociación Americana de Diabetes resalta que la diabetes mellitus requiere cuidado clínico y educación continua para prevenir sus complicaciones agudas y crónicas. (4)

Cuidado integral

La agencia de autocuidado ha sido definida como la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre salud y la responsabilidad de su propio cuidado. (5)

El cuidado integral al paciente con enfermedades crónico degenerativas debe comprender aspectos psicosociales, de autocuidado y las relacionadas con el conocimiento y las habilidades, siendo que la educación terapéutica es fundamental para informar, motivar, y fortalecer a la persona y familia. (6)

Esto implica para los profesionales de salud, enfermero, nutriólogo y médico, un reto en conjunto que se debe abordar desde el punto de vista multidisciplinario, ya que son los informadores clave, responsables de la educación, cuidado y atención primaria del paciente.

El cuidador como un pilar en el soporte nutricional del paciente con enfermedades crónico degenerativas

La atención al paciente requiere del llamado cuidador, que quiere decir la persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica y participación con ellos en la toma de decisiones, su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención integral del paciente. (7)

En la terapia nutricional, el cuidador es el punto fundamental para lograr que el soporte nutricional sea la herramienta en el control de las enfermedades que aquejan al paciente. Para el nutriólogo, el cuidador es el apoyo principal para que se tomen acciones en el tratamiento y seguimiento del plan de alimentación, se involucran la selección a este plan y preparación de alimentos.

Por ello, es imprescindible que el o los cuidadores, comprendan la importancia y el impacto que tiene una alimentación equilibrada en la mejora del paciente y del cambio que éste puede lograr en sus hábitos alimentarios

Influencia del cuidador en el bienestar del paciente con enfermedades crónico degenerativas

Es importante tener presente que los cuidadores constituyen el principal componente de la atención integral del paciente, así como que los profesionales dedicados a las acciones preventivas/informativas tomen en cuenta estrategias educativas que les permita desarrollar programas de atención primaria para el cuidador con enfermedades crónico degenerativas. (8)

Así, brindar herramientas para el cuidador, ya que éste es el pilar más importante en la educación y prevención de enfermedades crónico degenerativo, de esta forma que se le delegan las tareas y tomar acciones en la mejora y bienestar no sólo del paciente, sino también de la familia.

Bibliografía

- 1.- González, P.A. COLS, Asociación entre índice de masa corporal y calidad de vida relacionada con la salud en una Clínica de Medicina Familiar, Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 16, No.4, Octubre-Diciembre 2008.
- 2.- Medellín.V.B., Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007;15pag 91-98 Puebla, México.
- 3.- Mata Cases M; Roset Gamisans M; Badia Llach X; Antofianzas Villar F; Rangel Alcázar. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. Atención primaria, 2003; 31 (8): 493- 9.
- 4.- American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Diabetes care 2004; 27(Suppl 1):28-32.
- 5.- Rivera, Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión hospitalizadas en una clínica de Bogotá Colombia, Revista de salud pública 8 (3) 235-247, 2006.
- 6.- Pace A; Ochoa K; Larcher M; Morais A. El conocimiento sobre Diabetes Mellitus en el proceso de autocuidado. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(5).
- 7.- Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(1):1-9.

El cuidador, elemento determinante para el cambio de hábitos alimentarios en el paciente que padece enfermedad crónica

PL.N. Vasti Leivy Martínez Baltazar.
Universidad de Guadalajara.
Centro Universitario del Sur.

Panorama epidemiológico

Las enfermedades crónicas degenerativas son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico.

Actualmente, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: El gran número de casos afectados, 1 su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.³ Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.¹

Nutrición, la clave de la salud

La nutrición adecuada constituye un beneficio enorme. Las personas bien alimentadas tienden a ser más saludables y productivas y a aprender con más facilidad. La buena nutrición beneficia a las familias y las comunidades y al mundo en general.²

Una adecuada alimentación no sólo constituye uno de los pilares de la prevención sino que es indispensable en el control de las enfermedades.

El seguimiento de una alimentación correcta y un plan de actividad física son los principales factores "protectores" para la prevención de enfermedades de tipo crónico, además de constituir la primera indicación terapéutica de este tipo de enfermedades.

Esta combinación constituye la alternativa terapéutica más económica, libre de efectos colaterales y que debe mantenerse en todo el ciclo vital.³

Una adecuada alimentación hoy en día es la principal estrategia utilizada por los gobiernos ante las grandes problemáticas desencadenadas tras la aparición de las enfermedades crónicas degenerativas, pues además de esto es una medida de prevención del aumento en la prevalencia de dichas enfermedades.

Modificación de hábitos alimentarios: Un verdadero reto

Los hábitos alimenticios se definen como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas, culturales y económicas, incluyen el tipo de alimentos que se comen, cómo los combinan, preparan, adquieren, a qué hora y en dónde comen.⁴

La modificación de los hábitos alimentarios adquiridos en la etapa infantil es un reto para cualquier adulto. Sin embargo, la dificultad en el seguimiento de tratamientos a largo plazo es evidente y esta dificultad se incrementa cuando se consumen los alimentos fuera de casa, con horarios irregulares y se vive solo o acompañado de otras personas que consumen alimentos ricos en azúcares y/o grasas. En tanto, individuos que se encuentran en constante estrés emocional o en situaciones de crisis pocas veces pueden seguir las recomendaciones dietéticas.

Pese a lo anterior, el tratamiento derivado de esta combinación puede resultar exitoso si al paciente se le proporciona información acerca de su condición crónica, se le motiva para cambiar y mantener el comportamiento diario de salud y se le fomentan aptitudes conductuales para controlar sus condiciones en casa.³

El cuidador como determinante de la modificación de hábitos

Comúnmente, el individuo trabaja mejor y se complementa mejor cuando tiene a alguien a su lado, esto no es la excepción en cuestión de nutrición, muchas veces los pacientes necesitan de alguien que sea su apoyo en el proceso de su enfermedad, este papel lo cumplen los cuidadores. Al hablar de cuidadores nos referimos a:

La persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. La labor del cuidador de cualquier paciente con enfermedad crónica genera un gran impacto en las diferentes dimensiones de la calidad de vida.⁶

En la mayoría de las ocasiones, quienes cumplen el papel de cuidador son los familiares, pero contrario a lo que imaginamos que son un apoyo para poner en práctica el régimen alimentario, son estos los que distintas situaciones se convierten en un obstáculo más para que el paciente pueda seguir las indicaciones.

El paciente con enfermedades crónicas degenerativas requiere de llevar cabo un régimen alimentario distinto al que acostumbraba llevar y esto modifica su vida en general, desde la compra de alimentos, la selección,

El cuidador en la trama de apoyo social

M.C.P. Roberto Franco Iníquez.
Investigador Becario U.I.S.E.S.S.

las preparaciones y sus tiempos de comida, todos estos cambios muchas veces la familia no está dispuesta a acatarlos junto con él, de manera que aparte de la dificultad que conlleva tan sólo el cambio, se aúna la indiferencia de la familia haciendo aún más difícil este proceso.

De forma que el cuidador puede convertirse en apoyo u obstáculo en el seguimiento del cuidado nutricional. Por ello, un cuidador puede ser un profesional de la salud (enfermero, médico nutriólogo, etc.) o un familiar.

¿Qué tipo de cuidador serás tú?

Es fundamental que formemos parte y nos involucremos con los pacientes, que nos convirtamos en ese apoyo que ellos requieren al ponernos en su situación y no sólo mirarlos, sino caminar junto con ellos. México en la actualidad se enfrenta a una gran problemática de salud y una de las claves de la solución es la alimentación, sin embargo un cambio de hábitos no es del todo sencillo, se requiere de apoyo, seamos ese cuidador que los pacientes requieren y no hablo sólo de los familiares, sino de un trabajo en conjunto en el que tanto los profesionales de salud como familiares nos convirtamos en un verdadero apoyo para el paciente.

Los resultados positivos se logran sólo cuando los pacientes y sus familias, la comunidad y los equipos de atención a la salud están informados, preparados, motivados y trabajan conjuntamente.³

Bibliografía

1. José Ángel Córdova Villalobos et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública de México / vol. 50, no. 5, septiembre-octubre de 2008. PP. 420.
2. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/> consultado 02/08/2013
3. Secretaría de Salud. Protocolo para orientación nutricional en la prevención de enfermedades crónicas. Disponible en: new.paho.org/pr/rep/capacitacion/.../Manua%20Informacion.pdf consultado 02/08/2013.
4. Mónica Campo Briz. Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España. 2011.
5. Exposito C Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev. haban cienc méd v.7 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008.
6. Diana Marcela Achury et al. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 Nº 1. 27-46, enero-junio de 2011.

Con el incremento de la esperanza de vida y el aumento de las enfermedades crónico degenerativas, aparece la figura del cuidador, la cual podemos definir como: La persona que se encarga de proporcionar atención y apoyo al enfermo disminuido de sus capacidades funcionales. Éste puede ser un profesional del equipo profesional de atención o un familiar, siendo el último lo más frecuente. Esta persona puede destinar alrededor de 40 horas por semana a la atención. Lo que provoca el despliegue de una serie de mecanismos de protección emocional por parte del cuidador ante el desgaste de ver cómo su familiar se deteriora con el paso del tiempo (Vázquez Garnica, Enríquez Rosas 2012). En este panorama, aumenta el tiempo dedicado a la persona enferma, esto como lo demuestra el estudio de Martínez y Torres (2007) donde la mitad de los padres de adolescentes con diabetes insulín dependiente refirió sentir la necesidad de prestarle más atención al paciente que al resto de la familia.

La figura del cuidador cobra importancia para el paciente, ya que se vuelve su apoyo más importante para enfrentar la enfermedad y en las enfermedades crónico-degenerativas; ayuda a un mejor control de la enfermedad, ya que tiene influencia en la adherencia al tratamiento médico. Villa y Vinaccia, refieren que en los pacientes con VIH (2006) "la percepción subjetiva de apoyo, confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales, son un cofactor importante en la progresión de la infección". Así, el cuidado y el apoyo personificados en el cuidador se logran mejores resultados en el tratamiento que se verá reflejado como una mejor calidad de vida para el paciente.

Gerhardt (1989) en su análisis del estructural funcionalismo de Parsons, señala que el cuidador tiene la función o ayuda a que el paciente asuma su rol como persona que no tiene todas sus capacidades funcionales, pero a la vez proporciona los cuidados necesarios para que éste recupere su funcionalidad reasuma su rol de persona sana. También Canhuilgeim (1974) considera que la persona oscila entre un estado normal y patológico, ya que existen enfermedades en donde el no se recupera por completo y es aparentemente sana, ya que adopta "rutinas" en las cuales los pacientes mantienen el control de su entorno y aparentan esta funcionalidad, en este escenario el cuidador tendría una intervención mínima y sería más bien un apoyo para los momentos de crisis en donde su paciente pierde el control de su entorno.

Todo esto pone al cuidador en una situación especial donde por una parte ayuda a cubrir los huecos que hay en el sistema y lo vuelve un aliado importantísimo para el equipo de profesionales en salud para el cuidado y logro de objetivos de cada paciente, pero por otro lado lo vuelve un paciente oculto por el deterioro de diversos ámbitos de su vida, al presentar problemas psicopatológicos, de salud física, aislamiento social y deterioro de su situación económica (Molina-Linde, Ibáñez-Velasco, Ibáñez-Velazco 2005).

Siguiendo la dramaturgia de Goffman, vemos los diferentes "escenarios" donde actúa el cuidador, frente al paciente, donde algunas veces consuela, otras veces lo orienta o motiva. De esta forma los diferentes profesionales son mediadores y receptores de informaciones científicas o populares del informante y de familiares. De esta manera, el cuidador desempeña la función de enlace entre el paciente y el equipo profesional (Ritzer 1993).

En este sentido el cuidador es un miembro de la red de apoyo social. Éste se define como "el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas, de pertenencia a un grupo con el que se identifica". Este apoyo social ha demostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y la experiencia de la enfermedad. Por lo que un "apoyo insuficiente podría considerarse un factor de riesgo social que determina el no impacto en el cambio del estilo de vida en la hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y sedentarismo" (Barra Almagia 2004).

El rol del cuidador en el entorno de apoyo social se observa en la generación y extensión de la red, apoyo percibido la valoración que hace la persona receptora del apoyo recibido en momentos de necesidad y como la ayuda esperada y efectiva (Vega-Angarita, González-Escobar 2009).

El apoyo social abarca diferentes planos el emocional relacionado con el bienestar, abarca los consejos y la orientación. Instrumentalmente se refiere a la ayuda en forma de recursos y servicios. El apoyo social promueve las conductas adaptativas al rol de las personas enfermas, es decir, se observa en un ajuste social la salud, la enfermedad y sus consecuencias (Barra Almagia, 2004). También, se reporta que las redes de apoyo juegan un papel determinante en la protección del cuidador ante el estrés generado por la enfermedad de su familiar y al paciente le capacita para reevaluar la situación y adaptarse a la misma (Vega-Angarita, González-Escobar 2009).

En resumen, ser cuidador es una situación compleja, cambiante y desgastante, que lo expone a un alto grado de vulnerabilidad en su calidad de vida. Es necesario ofrecer al personaje del cuidador una red de apoyo que incluya a profesionales de la salud y otras personas con las que exista un vínculo y acciones de su vida cotidiana (familiares, parientes, amigos, vecinos, etc.). Aún cuando autores como Vega Angarita y González Escobar marcan que las personas latinoamericanas tienen una serie de deficiencias para ejercer el papel de cuidador, también señalan que cuentan con otras cualidades para poder otorgar el soporte requerido, por lo que es importante considerar esa situación por parte de los profesionales de salud y brindarles el apoyo suficiente para cubrir las deficiencias que tienen y ofrecerles la posibilidad de dar mejores cuidados y protección.

Bibliografía

1. Vázquez Garnica E. K., Enriquez Rosas M. R., Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, Desacatos, 2012, 39: 57-72.
2. Martínez Martínez B., Torres Velázquez L. E., Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente, Psicología y salud, 2007, 2:229-240.
3. Villa I. G., Vinaccia S., Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA, Psicología y salud, 2006, 1: 51-62
4. Gerthardt U., Parson's notion of illness, in Ideas about illness, New York University press, 1989, 5-15.
5. Molina Linde J. M., Iáñez Velasco M. A., Iáñez Velasco B., El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos con Alzheimer, Psicología y salud, 2005, 1: 33-43.
6. Ritzer G. La obra de Erving Goffman, en Teoría sociológica contemporáneo, McGraw-Hill, 1993, 245-253.
7. Barra Almagia E., Apoyo social, estrés y salud, Psicología y salud, 2004, 2: 237-243.
8. Vega Angarita O. M., González Escobar D. S., Apoyo social elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica, Enfermería Global, 2009, 16:1-11.



Noticias U.I.S.E.S.S.

Reconocimiento al Dr. Javier E. García de Alba García, Titular de la U.I.S.E.S.S. por la Academia de Ciencias de la Salud del Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara.

JALISCO

Informativo

BOLETIMSS • 25 JULIO 2013 • NO. 288

Otorgan reconocimiento a titular de la UISESS del IMSS Jalisco por excelencia en la Academia



El titular de la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y de Servicios de Salud Pública (UISESS), Javier García de Alba García, recibió hoy un reconocimiento por excelencia en la academia en ciencias de la salud, de parte Martha Ruth Del Toro, rectora del Centro Universitario Tonalá de la Universidad de Guadalajara (UdG).

Durante la ceremonia de inducción de los alumnos a la Licenciatura en Salud Pública, García de Alba comentó que los estudiantes de reciente ingreso representan la esperanza para las nuevas generaciones. Además tienen el reto de profundizar en un área ambiciosa y fecunda como la Salud Pública con un enfoque preventivo.

El honoreado, Javier Eduardo García de Alba.

Otro logro de la U.I.S.E.S.S. es la aceptación del proyecto "Síndrome de Fragilidad en pacientes usuarios, con y sin hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, de la U.M.F. 3 del I.M.S.S. en Guadalajara, Jalisco", del programa de apoyo financiero para el desarrollo de protocolos de investigación y desarrollo tecnológico sobre temas específicos de los temas prioritarios de Investigación en Salud en el I.M.S.S., Convocatoria 2013, con el Investigador Responsable, el Dr. Javier E. García de Alba García; la Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Investigadora Asociada y la Lic. en Nutrición Elisa Ramos Pinzón.

Semanalmente, sigue el taller "Aprendiendo a cocinar rico para comer equilibrado" con el grupo de las Dulces Amigas, que cada día se instruyen más a la preparación de sus alimentos nutritivos.

A todo nuestro equipo de la U.I.S.E.S.S., confiamos su entusiasmo y participación para que enriquezca nuestro trabajo multidisciplinario, para el beneficio de nuestros derechohabientes.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del
del Centro Médico Nacional de Occidente.
Colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340
Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



**¿Tienes algún comentario, sugerencia o te
gustaría participar con nosotros?**



Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
analeticia.salcedo@imss.gob.mx

El Boletín U.I.S.E.S.S. está indexado en:

- Índice Mexicano de Revista **IMBIOMED** Biomédicas:
www.imbiomed.com.mx
- DIALNET www.dialnet.unirioja.es
- LATINDEX www.latindex.org
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- YAKULT www.yakult.mx

ISSN y Certificados en trámite

**Boletín U.I.S.E.S.S. es una publicación de la Unidad de
Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.**

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

**El *Lactobacillus casei* Shirota
es reconocido como probiótico**

Por una sociedad más sana

www.yakult.mx

