



Boletín U.I.S.E.S.S.

Año 19

Enero - Abril 2018

Número 1

Editorial

El cuidado, parte del apoyo social en la atención de la enfermedad crónica.

Contenido

- La gestión de la solicitud por los cuidadores de pacientes con enfermedades en fase terminal de consulta médica para la "Obitiatría".
- El cuidador y la problemática investigativa involucrada.
- ¿Procrastinar o colaborar?
- Cuidadores de pacientes crónicos.
- Guía de apoyo a cuidadores.
- ¿Cómo sobrellevar con una buena alimentación la depresión en cuidadores de pacientes crónicos?
- Los cuidadores, la mano derecha de un paciente crónico.
- Síndrome del cuidador: "Cuidando a mi paciente con enfermedad crónica".
- Cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.
- Intervenciones de enfermería en los cuidadores crónicos.
- Cuidadores de pacientes crónicos.
- Algunas reflexiones en torno al tema de: Globalización y salud.
- Triple tangente de globalización y salud.
- Noticias.
- Notas.
- Información para autores.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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

Palabras clave: Salud, enfermedad, cuidado, cuidadores.

El objetivo de esta publicación es proponer un diálogo, a manera de puentes de comunicación entre diversas disciplinas de profesionales sanitarios sobre el cuidado en el contexto la atención de la salud-enfermedad-crónica. Desde este puente se trata de reflexionar en cómo se articulan lo social, lo antropológico y lo psicológico del cuidado en la cotidianidad de cada día, del mundo asistencial o de la atención institucional y la doméstica-familiar. Así este boletín se convierte en una reflexión sobre nuestro quehacer donde se entrecruzan diferentes escenarios y tiempos de atención de prácticas más visibles del proceso de profesionalización o medicalización de la enfermedad crónica.

Cada uno de los ensayos que contiene este boletín representa un punto de encuentro y divergencias, por lo tanto de participación y negociación entre el derechohabiente como usuario del servicio de cuidado. Por tanto del sentido común y de los profesionales o expertos que conforma un equipo multidisciplinario de cuidado a enfermos crónicos. La finalidad es conocer qué piensa y hace el otro para integrar una reflexión que sustenta las prácticas de enfermería, nutrición, medicina, psicología y del autocuidado, cuidadores personales y familiares o los otros significativos. En un equipo de investigación individual y colectivo de cuidado para comprender el diagnóstico y la atención del desequilibrio (tratamiento) para la normalización de la vida diaria.

Para Vila Carme, la mayoría de los cuidadores tienen claro que las actividades realizadas en su trabajo tienen una relación directa con el cuidado, en forma concreta incluye actividades que implican acompañar, ayudar, escuchar, enseñar, explicar, tocar, dar la mano, acariciar, acompañar. De convertirse en defensor de los derechos del paciente cuando nadie puede hacerlo por ellos, dar soporte a la familia, mantener e impartir una relación de ayuda para poder asimilar y aceptar la enfermedad. Todo ello con el consentimiento del otro, siendo éste necesario para personalizar e individualizar el cuidado.

El mundo asistencial no solo de refiere a las rutinas de cuidado del ámbito hospitalario, es el trabajo de atención primaria en el domicilio del paciente, en la vía pública, en la escuela, en el barrio, en el mundo rural, en una ONG, etc. Las variaciones están en el tipo de cuidados que se deben impartir y que siempre están relacionados con necesidades que se encuentren alteradas por parte del paciente, de su familia o de su entorno.

En los ámbitos de cuidado está la preparación para afrontar el diagnóstico y la adherencia a indicaciones que se puede conseguir en forma total o parcial, como una forma de tener presente lo vivido y adaptarse. El significado de la palabra cuidar, se encuentra definido en el diccionario como "ocuparse, preocuparse de alguien (el otro)". La definición por parte del área de enfermería, se define como "el hecho de ayudar a las personas en su globalidad (manteniendo o mejorando la calidad durante su vida). Es decir, adaptarse a las diversas situaciones que vayan presentándose. Por tanto, tienen en cuenta el impacto de la enfermedad, sus consecuencias, su participación en la vida.

Al realizar un repaso histórico, puede observarse que el cuidado entendido como tal, curar, proteger, ayudar, compartir, sobrevivir y desarrollarse. En un primer momento fue la mujer la principal cuidadora de sus

descendientes. Igualmente fueron las mujeres que cuidaban a los enfermos, los indefensos y los ancianos, extendiéndose hasta la comunidad.

La expresión de cuidar, según Anna Bonafont, "engloba actividades cotidianas como lavarse, alimentarse, vestirse o caminar, es decir, indispensables para la vida. También aquellas actividades que permiten vincularse para mantener relaciones significativas y gratificantes, comunicarse con los otros, alegrarse de las propias, realizar o adecuar la realidad, los deseos y expectativas.

Si se mantiene un buen nivel de autocuidado, se podrán desarrollar todas las actividades diarias que correspondan al rol que se tenga dentro de la sociedad. Hoy se considera el estado de salud ideal, definido como la capacidad para desarrollar actividades cotidianas. Cuando este equilibrio se rompe, empiezan aparecer signos, síntomas, alteraciones que supone una interrupción de actividades, en ese momento se habla de enfermedad y es cuando se deben ofrecer cuidados más específicos, dirigidos básicamente a restablecer este equilibrio.

Con el paso del tiempo, el modelo biomédico occidental ha evolucionado y con ello se ha reproducido la floración de las distintas disciplinas relacionadas directamente con el cuidar, como la enfermería, la nutrición, la fisioterapia, la psicología, la educación o terapias alternativas, para afrontar y crear un conocimiento científico propio de su disciplina, nutriéndose de la tecnología y de las creencias humanas, sociales y biológicas.

El cuidado entra en la atención del enfermo, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta a la persona como sujeto rico en emociones, relaciones sociales, manteniendo un buen equilibrio personal y una buena estabilidad, añadiendo grandes dosis de humanidad y ofreciendo unos cuidados de calidad.

Sofúl^{LT}

Yakult

Alimento lácteo fermentado para beber, es reducido en calorías que, además de proporcionar calcio, proteínas, vitamina E y D, y la protección de los *Lactobacillus casei* Shirota vivos, es práctico e ideal para disfrutar en cualquier actividad en sus tres deliciosos sabores.



Investigación. La gestión de la solicitud por los cuidadores de pacientes con enfermedades en fase terminal de consulta médica para la “Obitriatría”

Recibido: 25/Abr/2018

Aprobado: 08/May/2018

3

Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa.

Médico. Psicólogo. Filósofo.

Mtro. en Terapia Familiar Sistémica y Psicología Analítica.

Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano.

Doctor en Metodología de la Enseñanza.

Palabras clave: Medicina, cuidadores, enfermo, práctica médica.

En los antecedentes de la práctica de la medicina occidental y precristiana es ya una tradición para la praxis de esta ciencia, el legado del sabio médico griego Hipócrates de Cos (460 a.C - 370 a.C.). De sus escritos, su Juramento Médico, se sigue considerando como un referente ético por la mayoría de las facultades médicas del mundo y como un documento de valor en la observancia tanto del ejercicio de la práctica médica, como de las decisiones cruciales en casos particulares de acción profesional. Su primera introducción de estudio obligatorio fue en el año de 1508, a instancias de la Iglesia Católica en la Universidad Alemana de Wittenberg. Este texto, si bien era procedente del paganismo, se inspiró en la observancia de los clérigos alemanes locales de constatar el estado de abandono de ancianos y personas que requerían no solo de cuidadores, sino además de atenciones por los médicos gratuitas y especiales que no podían costearse. La cita de las palabras de Cristo a S. Pedro, redactadas en el evangelio de S. Juan con cita en el capítulo 21:18 “Te aseguro que cuando eras más joven, te vestías para ir adonde querías; pero cuando ya seas viejo, extenderás los brazos y otro te vestirá, y te llevará a donde no quieras ir”.

Entre ésta y otras citas, se adjuntaron al legado del sabio griego, cuyas obras eran en esa época de estudio atento y como parte de los sermones parroquiales de advertencia divina en contra el descuido y maltrato al anciano y al enfermo en estado precario y señalamiento de su guarda y protección por sus familiares. En ausencia o abandono, quedaban a cargo de las órdenes mendicantes y de religiosas. Antaño y como hoy, en la práctica médica tanto por el enfermo como por los cuidadores, se continúan observando las situaciones que Hipócrates como médico enfrentó, de las que él conoció en la práctica de otros médicos o derivado del estudio de sus escritos. En las obras que él escribió, deja en claro su propia postura para la enseñanza a los alumnos de su insigne escuela. A través de los siglos, por su alto valor a la preservación y cuidado de la vida humana, ha sido considerado el trabajo de Hipócrates magistral y canónico. En su opúsculo más recordado, el Juramento Médico. Esta obra contiene una sentencia que ha sido desde su incorporación en 1508 especialmente polémica, en especial desde el siglo XX. Escribió Hipócrates: “A nadie daré una droga mortal, aunque me fuera solicitada, ni daré consejo a tal fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer sustancias abortivas; mantendré mi vida y mi arte alejado de culpa”. Este apartado ha sido muy impugnado conforme a las diferentes épocas y el devenir de la práctica médica y por los cambios en los regímenes y las políticas de salud, en especial en occidente y la vieja Europa. Esta directriz de Hipócrates ha tenido manifestaciones en contra de este postulado por diferentes eruditos. El apartado en comento, es especialmente objetado como anacrónico desde las perspectivas filosóficas de la anarquía, el comunismo, el fascismo, la bioética libertaria, el ecofeminismo y los defensores de las filosofías pragmáticas de los Derechos Humanos. Finalmente por algunos médicos que se adoctrinan en estas filosofías e ideologías de las que asumen posiciones agnósticas e individuales de libre albedrío. En síntesis, al Juramento entero por unos se le ha ignorado o derogado. Por otra parte, si no se le ha repudiado, al menos éste y otros de sus apartados, se les ha retirado o modificado. Como se comentará más adelante, cuando las cosas socialmente han tocado a fondo y llegado a extremos increíbles de maleficencia, se le ha reinstalado. Los ajustes en sí al Juramento, han tenido un alcance muy profundo y contradictorio especialmente en las Repúblicas Americanas. Dado que la observancia del

Juramento fue promovida por la Iglesia Católica y a la que políticamente se han opuesto los ideales independistas americanos, con la excepción de los Estados Unidos, el resto han sido basados en las ideas de la Ilustración, de la Revolución Francesa y del orden político del Bonapartismo con que se han inspirado sus constituciones. Habrá que recordar que en las Américas bajo el dominio militar y político de Europa, el origen de todas sus universidades y facultades médicas fueron coloniales y por ende, implícitamente promotoras de las ideas del Juramento Médico de Hipócrates, en sus inicios. Hoy aún en estas universidades de entre sus reconocidos premios nobeles, eruditos, estudiosos y profesores, estos extraen, actualizan y comparten al exterior y al interior de ellas y sus instituciones, sus experiencias médicas y directrices de ética que, tanto en cátedras, como en congresos, foros, programas radio-televisivos y hasta charlas de café, serán siempre controversiales, si sus ideas no encuadran al empalmarlas con los dictados de este Juramento. (1)(2)(3)

La biografía del Dr. Sigmund Freud y la inspiración al paradigma de la consulta especializada en “Obitriatría” del Dr. Jacob Kevorkian

En la historia de la psicología y psiquiatría es célebre la biografía de este médico insigne. El Dr. Sigmund Freud (1856-1939) cuya vida y su obra es estudiada por ser él creador de la teoría del psicoanálisis, un método psicoterapéutico ideado para tratar a los enfermos neuróticos, antes de Freud considerados incurables y un lastre para sus cuidadores. Con la teoría del psicoanálisis, el Dr. Freud pronto alcanzó gran fama en el ámbito cultural del siglo XX debido a la gran divulgación de su obra. En especial al ser aplicados sus conceptos en los dramas de guiones de teatro, de cine, de las novelas y muy especialmente en las Ciencias Sociales y la Filosofía. Por otra parte, en su vida personal que siempre estuvo marcada por el conflicto del origen racial judío en Europa del Dr. Freud, que pese a su fama al final de su vida se encontraba por causa de la invasión nazi a su país perseguido y odiado. Tras el pago millonario de su rescate para evitar su fin y el de su familia en un campo de concentración, el Dr. Freud y su familia lograron pasar al exilio en Inglaterra. Ahí su salud rápidamente menguó. El Dr. Freud desde hacía años atrás, se atendía de un cáncer palatino y maxilar, muy doloroso, muy avanzado, multitratado e incurable. Su cuidadora era su hija Anna Freud (1895 - 1982). Su hija Anna se tituló en medicina, era psicoanalista infantil y Doctora en Derecho. La consulta médica que por indicación del Dr. Freud, le fue solicitada a su hija Anna, quien ya era afamada como su padre, le fue petitionada a un discípulo y médico de cabecera de su padre. Era el médico austriaco de origen judío y también en el exilio en Inglaterra, el Dr. Max Schur (1897-1969). En esta petición en compañía de su hija y cuidadora Anna quien guardó esta cita para la posteridad, escribe que el Dr. Freud le pide sin rodeos al Dr. Schur: “prométame algo más: que cuando llegue el momento no me hará sufrir innecesariamente”. La consulta fue para un servicio médico expreso a previsión y en un momento preestablecido de eutanasia. Posteriormente, al ser divulgada esta consulta, pasó de ser el epílogo inolvidable al final de la biografía de Freud. Así, el caso del Dr. Freud pasó a convertirse en un hito en apoyo a la eutanasia dentro de la historia de las ideas en las ciencias médicas y en especial en la psicología y la psiquiatría. La posición del Dr. Freud respecto a sí mismo, años después al ser leída por muchos estudiantes en formación médica o de especialización, serviría como parte del ideario y del andamiaje de la muy discutible actividad profesional del futuro médico patólogo norteamericano del Estado de Michigan, el Dr. Jacob Kevorkian. (4) (5)

La especialidad médica de la "Obitiatría"

A los años después de los pormenores de la muerte del Dr. Freud y del enconado debate de sus circunstancias, se hace notorio el trabajo del Dr. Jacob Kevorkian (1928-2011). Éste luego de su jubilación al pasar a la práctica médica privada, se ofrecía como un "médico asesor de enfermos desahuciados que deseen morir con dignidad", según se leía en la oferta de su consulta en los avisos de los periódicos, que dio inicio a sus polémicas actividades en el año de 1987. Aunque su licencia médica le fuese retirada por la corte en 1991, el Dr. Kevorkian siguió con su actividad hasta su encarcelamiento en 1998. Durante esos años afirmó que fue requerido por enfermos terminales a petición directa de ellos o por encargo de estos, hecha a sus cuidadores para una cita y tratamiento. El Dr. Kevorkian para su tarea, ideó y empleó dos tipos de equipos manufacturados por él. El primero, que uso mientras poseía su licencia médica le llamó Thanatron (Máquina de la muerte), era un equipamiento con el que una vez armado, el enfermo por sí mismo se autoadministraba vía endovenosa sustancias alternadas letales. Acto seguido de su muerte se extendía su certificado de defunción. La siguiente manufactura que ideó una vez que se le retiró su licencia, fue Mercitron "máquina de la misericordia". Un equipamiento que ya instalado, el enfermo se autoadministraba la inhalación pura de gas de monóxido de carbono. De acuerdo a su testimonio, el Dr. Kevorkian al ser llevado a juicio, manifestó que otorgó 130 servicios. Incluso en uno de los libros que durante su actividad escribió y en los que exponía sus ideas en especial al lector médico referente a esta labor, propuso la creación de una nueva especialidad médica, la "Obitiatría". Finalmente y aunque pasó por un período en prisión en sus últimos años, el Dr. Kevorkian logró notoriedad, divulgaciones en los teledios de los que contó con apoyos y detractores. (6)(7)(8)(9)

A manera de epílogo

Al leer las tesis del Dr. Kevorkian, quien en la confección de su máquina "Mercitron" la ideó de las tecnologías nazis de la 2ª Guerra Mundial, haga pasar con él también una breve visita a la experiencia de estudio de las personalidades y actitudes profesionales de científicos médicos nazis, de sus asistentes y de las personas simpatizantes al régimen del Tercer Reich que promovieron las leyes que les permitían el tratamiento obligatorio de extinción, primero hacia los enfermos mentales, que eran calificados como "comedores inútiles" y de los pacientes crónicos, bajo el epígrafe de "Lebens unwerten Leben", "vidas que no son dignas de ser vividas" y después a las personas consideradas enemigas del régimen por raza, pueblo o ideología. El Dr. Leo Alexander un médico psiquiatra militar asignado a los tribunales de guerra en la ciudad alemana de Núremberg, fue uno de los médicos asignados a peritar acerca del estado mental de los acusados. Al estudiar estas perspectivas y lo inconcebible de que fuesen aceptadas y cumplidas sin discusión, hizo impacto en el Dr. Leo Alexander. Eran sin lugar a duda los evaluados personas notables. La mayoría eran bilingües, tenían al menos un doctorado u otros posgrados. Eran personas doctas, de gran talento, moralmente capaces de distinguir sus actos y su alcance. pero se amparaban en que tenían que cumplir con la ley. No había en ellos el menor indicio de objeción de conciencia ante lo que hacían ni de lo que contemplaban que había sucedido. Exteriormente y en el resto de los países y barras profesionales médicas, no se podía dar crédito a los hallazgos descritos en los lagos o campos de exterminio. En especial a los experimentos médicos en seres humanos. De sus experiencias profesionales, el Dr. Leo Alexander publicó en el año de 1949, un artículo en

una revista médica especializada en la que él expone que: "Cualesquiera que sean las proporciones que estos crímenes (de guerra alemanes) asumieron finalmente, se hizo evidente a todos los que los investigaron que habían empezado desde comienzos pequeños. Los comienzos al principio fueron meramente un sutil cambio en el énfasis en la actitud básica de los médicos. Empezó con la aceptación de la actitud, básica en el movimiento en pro de la eutanasia, de que hay una vida que no es digna de ser vivida. Esta actitud en sus primeras etapas se preocupó meramente por los enfermos graves y crónicos. Gradualmente la esfera de los que tenían que ser incluidos en esta categoría fue ampliada para abarcar a los que no producen en la sociedad, los ideológicamente no deseados, los racialmente no deseados y finalmente todos los que no eran alemanes. Pero es importante darse cuenta de que el primer paso hacia adelante infinitamente pequeño del que recibió su impulso toda esta tendencia mental, fue la actitud hacia los enfermos no rehabilitables". Actualmente en el año de 2002, el primer país que legalizó la eutanasia fue Holanda. Se le sumaron con ajustes a su código, los países de Bélgica, Suiza y Luxemburgo. En Estados Unidos en algunos estados y de América Latina, Colombia. De repensarse junto con las tesis del Dr. Kevorkian el valor del Juramento Médico Hipocrático, que por primera vez en Europa se estableció de observancia en Wittenberg, quizá hubiese sido útil para la reflexión de lo que poco a poco se fue ensanchando en pos de convertirse en una actitud de impasibilidad macabra y de perversión incomprensible que, desde una opinión personal, esto solo surge de olvidar aquel aforismo de que la primera y más alta misión en la labor del quehacer del médico, de todos los tiempos y épocas, se resume mejor en la frase del científico médico francés, Claude Bernard (1813-1878), quien la sintetizó en la frase: "Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre". (10)(11)(12)(13)

Referencias

- 1.-Iglesias Benavides, José Luis (2007). El Juramento de Hipócrates ¿Aún vive? *Medicina Universitaria*, Volumen 9, Núm. 37, Octubre-Diciembre, págs.219-230.
- 2.-Hernández Mingorance, Laura. Hipócrates de Cos. Gómeres: Salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. 18/12/2016. Disponible en <http://index-f.com/gómeres/?p=167>
- 3.-Gimenez Mas, J.A. (2002). La profesión médica hoy: Nueva llamada de la tradición Hipocrática. *Medifam*; 12.
- 4.-Figuroa, Gustavo. (2011). Bioética de la muerte de Sigmund Freud: ¿Eutanasia o apropiación? *Revista médica de Chile*, 139(4), 529-534.
- 5.-Craig, Grace J. Baucum, Don (2001). *Desarrollo Psicológico*, 8 edición, Alhambra Mexicana, México, pág.616.
- 6.-Clark, C., Y Kimsma, G. (2004). "Amistades médicas" en muerte asistida. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 13 (1), págs. 61-67.
- 7.-Kevorkian, Jacob (1991). *Prescription: Medicine: The Goodness of Planned Death*, Prometheus Books, UK, pág.214.
- 8.-Kevorkian, Jacob (1997). El arte de la muerte, *The Economist*, Semana, Junio 2. Pág. 80.
- 9.-Ravelo González & Cols. Eutanasia: Algunas reflexiones éticas, científicas y religiosas.
- 9.-Quill, Timothy E.(1994) Muerte asistida por un médico: ¿progreso o peligro? *Wiley Online Library*, Volumen 24, Número 4, Págs. 315-325.
- 10.-Alexander, Leo (1949) Medical science under a dictatorship, *NEJM* 39, N. Engl. J. Med 1949, 241, págs.39-47.
- 11.-Stanton, Joseph R.(s/f) La eutanasia y el falso "derecho a morir" Disponible en: www.muertedigna.org/textos/euta335.htm
- 12.-Disponible en (2015): www.lavoz.com.ar/node/1027033, 8 jul. 2015.
- 13.-Callabed, Joaquín (2013). Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre, editorial PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona.

Palabras clave: Cuidador, paciente, cuidado.

El ser cuidador de un paciente crónico, tiene implicaciones al traslapar su ciclo de vida, con el del paciente y es ahí donde la cultura y las estructuras sociales regulan esta intersección temporo-espacial, que dura hasta que finaliza esta relación social, por razones bio-psico-sociales.

Para este trabajo, nos circunscribiremos al cuidador, quien afecta su historia de vida, como persona inmersa, no tan solo en el cuidado de otra, sino también, en una sociedad y en una cultura definida, donde se pone a prueba él, su experiencia, agencia y sociabilidad.

Al efecto al iniciar su labor como cuidador de un paciente crónico, inicia una trayectoria de codependencia, que cursa entre diversos estadios y/o fases que afectan su biografía y su contexto social, como se presenta en el esquema siguiente:



Esta trayectoria está influenciada obviamente por elementos internos y externos al contexto del binomio cuidador-paciente, donde dentro de un aparente desorden social, existe un elemento común que los une, que es el sufrimiento "de ambos" que afecta biográficamente sus identidades en una compleja e intrincada relación (ver esquema anexo).

La categoría trayectoria, hace posible la reconstrucción y la comprensión del "fenómeno" cuidador, hasta hoy "invisible" por nuestra sociedad, lo que ha provocado su marginación, al considerar el cuidado en casa, como algo "normalmente inexcusable, donde la categoría control juega un papel también crucial, al ejercerse inter, intra y extra familiarmente, por ser, este tipo de cuidado, una secuencia no necesariamente institucionalizada y donde la agencia del cuidador, puede o no, ser parcialmente regulada.

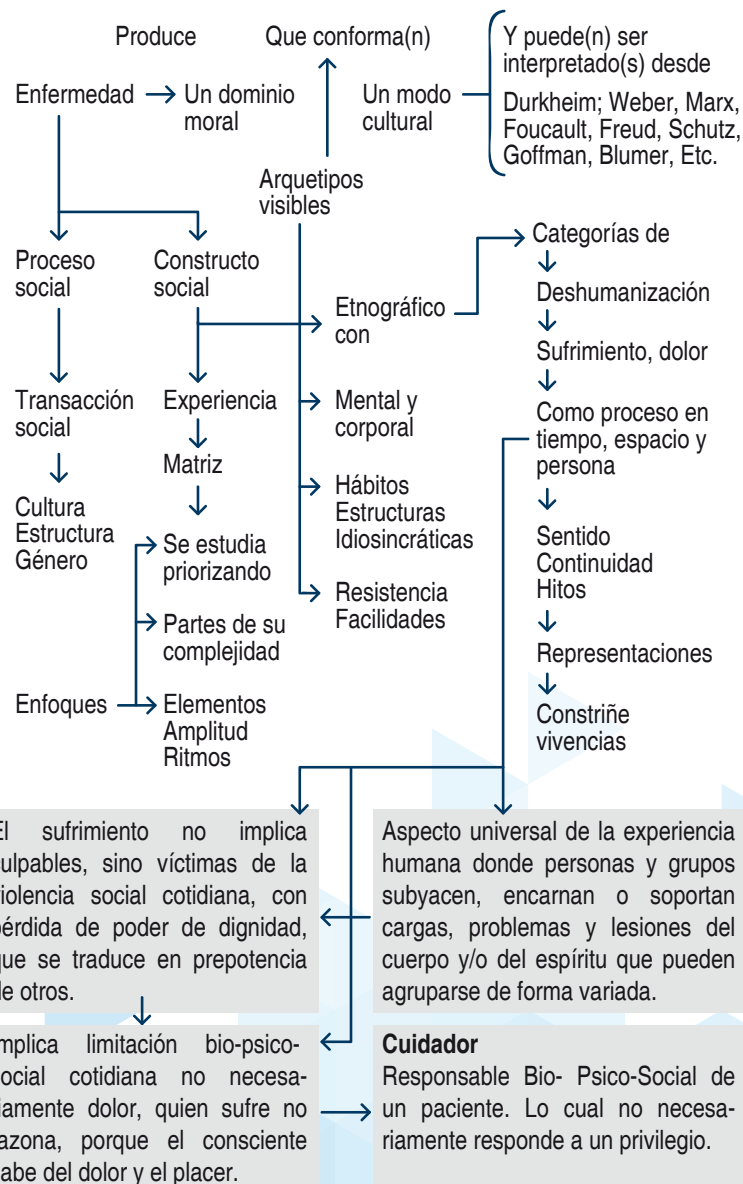
En esta trayectoria los aspectos que más destacan son:

1. El cuidador es una persona afectada por eventos no necesariamente controlados por él.
2. Situación que lo hace percibir frecuentemente, ser manejado por fuerzas no necesariamente entendibles, ni controlables.
3. Las fuentes socio-económicas reales de esas fuerzas solo son conocidas de manera parcial.
4. Enfrenta el cuidado, originalmente con desorientación y discapacidad bio-psico-social.
5. Vive una sensación de separación social.
6. Presenta una debilidad para organizar su vida y sus relaciones sociales.
7. Para él no puede haber picos dramáticos.
8. Evidencia un proceso acumulativo de desorden.

9. El proceso del cuidado, solo le ofrece la oportunidad de hacer reflexiones.
10. Las acciones desarrolladas, casi siempre por ensayo y error, se dan en base a enfrentar una trayectoria potencial.

Los aspectos que se destacan nos llevan a preguntarnos: Cómo se estructura, desarrolla y significa la trayectoria de un cuidador de pacientes con una enfermedad crónica en su contexto familiar y social, donde el cuidador pone en juego su capital bio-socio-cultural, ante un evento que irrumpe su vida, alterando sus esquemas orientativos y sus proyectos, obligándolo a manejar la contingencia, reconstruyendo su biografía y plantear expectativas que están matizadas por su propio sufrimiento, como persona, abrumada, victimizada, paralizada, incierta, aislada y señalada, además de tener miedo ante lo incierto como es la realidad de la enfermedad y la posibilidad de complicación (incluye la muerte) del ser cuidado, pero no de él mismo.

Esquema para el estudio del cuidador del paciente crónico



Dr. Daniel Mendoza Briseño.
Médico Familiar.

Unidad de Medicina Familiar 177.
Lagos de Moreno, Jalisco.

Referencias

Alfaro Ramirez OI y cols. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del IMSS*. 2008 46(5):485-494.

Muñoz Cobos F. y cols. La familia en la enfermedad terminal. *Medicina Familiar*. 2002. 3(3):190-199.

Vázquez Garnica EK y Enríquez Rosas MR. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de enfermos crónicos en Guadalajara. *Desacatos*. 20'12. Núm. 39: 57-72.

Riemann G and Schutz F. Trajectory bas basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social process. *Essays in Honor of Anselm Strauss*. 1991. De Gruyter. New York: 333-357.

Sabías que...

Miles de millones de *Lactobacillus casei* Shirota existen en cada uno de los productos **Yakult**, cantidad suficiente de probióticos para proporcionar beneficios a tu salud gastrointestinal, con el respaldo de investigaciones científicas, contribuimos al bienestar de las personas alrededor del mundo.

Los **probióticos** son microorganismos vivos que ingeridos en cantidades adecuadas producen efectos benéficos a la salud humana, como:



Equilibran la microbiota intestinal



Palabras clave: Adultos mayores, patología, paciente, cuidador.

Imaginemos un día cualquiera de egreso hospitalario, después de haber cursado una estancia de 4 días en el piso de medicina interna, como resultado de una elevación de la glucosa a más de 300 mg, María de 68 años, es visitada por su médico en turno, quien le da las recomendaciones y prescripciones para el correcto manejo de la diabetes, dislipidemia e insuficiencia venosa que padece desde hace ya más de 5 años.

Mientras escucha atentamente las indicaciones del médico, solo una misma pregunta sigue rondando su cabeza, ¿cómo voy a realizar todo esto, sola?

Los principales retos de manejar múltiples entidades nacen de la falta de información disponible, más aun en el cuidado de personas mayores. A medida que la edad progresa los cuidados se tornan más complejos, involucran múltiples pasos con diversos intercambios de información entre el paciente, los cuidadores (cuando existen) y el médico.

Si consideramos que una cita de seguimiento como período máximo puede realizarse en 30 minutos, cuando el promedio son 15 minutos, se vuelve tiempo limitado para dirigirse a cada una de las patologías y cuestiones que rodean el bienestar del paciente.

Más de la mitad de los adultos mayores tiene dos o más enfermedades crónicas, cada una con sus respectivas complicaciones, tratamientos o intervenciones, en el peor de los casos una nueva entidad debutante a la que nunca prestó atención por años, el manejo clínico y la decisión a seguir en los adultos mayores aún no está bien definida.

Las guías de práctica clínica existen para cada entidad, sin embargo no conviven en una amalgama o directriz para el manejo conjunto para el adulto con comorbilidades, lo que puede dar resultados poco prácticos, irrelevantes e incluso complicados.

Observación es el mejor método para identificar cuándo un paciente o su cuidador no tiene los elementos suficientes para llevar a cabo las atenciones pertinentes, entre las que podemos enumerar, falta de seguimiento en las citas, no seguir el régimen farmacológico, omisión de pruebas de laboratorio o que el paciente comente que toma su medicamento pero los resultados de los estudios demuestran lo contrario.

El pináculo de la atención médica para el binomio paciente-cuidador es el conocer qué medicamentos toma, para qué son y la periodicidad de los mismos, esto asegura que las revisiones y estudios cuando son realizados, provean el seguimiento adecuado y los cambios esperados que se deben plasmar en la multipatología del paciente.

Procedimientos y directrices simples son la mejor herramienta para asegurar el entendimiento y respectivo seguimiento a todas las indicaciones médicas, en un mundo cambiante, multidisciplinario donde cada día se involucra más el aspecto legal, asegurémonos de dar explicaciones claras y diagnósticos sencillos, ser explícito en el tratamiento y efectos secundarios, tomar en cuenta la opinión del paciente, comprender la expectativa del paciente y su acompañante.

Ensayo

Cuidadores de pacientes crónicos

7

Enrique Gallardo García.
Pasante de la Lic. en Gerontología.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 27/Abr/2018

Aprobado: 11/May/2018

Técnico en Gericultura,
Capacitador Externo de la STPS para Cuidadores y Familiares de Adultos Mayores

Palabras clave: Cuidado, enfermo, cuidador, paciente.

La comunicación no verbal es más fácil de ser percibida, por ello hablar pausado y claro para brindar una atención efectiva en tiempo, utilizar lenguaje sencillo y no terminología, tal como lo haríamos con un sobrino o nuestra propia abuela, utilizar recursos gráficos incluso realizados en el momento de la plática, limitar la cantidad de información brindada y ser repetitivo, recordemos que a veces, menos es más. Siempre en un ambiente libre de pena donde el paciente se sienta cómodo repitiendo la información y con la libertad de preguntar cualquier duda que se le presente.

Apliquemos toda la medicina basada en evidencias y las guías de práctica clínica, en conjunto con un equipo multidisciplinar para garantizar que ese otro significativo del paciente reúna las herramientas que le permitirán empoderar toda la información que es nueva, a fin de lograr el éxito en el cuidado de los enfermos crónicos, lo que facilitará el cumplimiento de tratamiento y la futura toma de decisiones en el momento que inevitablemente las complicaciones aparezcan, a fin de colaborar como equipo de salud con el binomio paciente-cuidador y no esperar hasta mañana que debamos apagar incendios.

Referencias

1. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(10):E1-E25.
2. Weiss BD. Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. Manual for Clinicians. 2nd ed. AMA Foundation; 2007.
3. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, eds.; National Research Council. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
4. Boxer H, Snyder S. Five communication strategies to promote self management of chronic illness. *Fam Pract Manag.* 2009;16(5):12-16.
5. Mayo Clinic. Shared decisions: diabetes medication decision aid. <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aids-for-diabetes/diabetesmedication-management>. Accessed November 14, 2013.
6. University of California at San Francisco. Estimating prognosis for elders. <http://eprognosis.ucsf.edu/calculators>. Accessed Novem-

La transición demográfica que experimenta el mundo en la actualidad ha propiciado un incremento en la población mayor de 60 años. En México, actualmente, poco más de 9% del total de la población tiene sesenta años o más. En 2013, la esperanza de vida al nacer se calculó en 74.5 años: 71.7 para los hombres y 77.4 para las mujeres (INEGI, 2013) y la esperanza de vida a los 60 años se ubicó en 20.9 años para los hombres y 22.9 para las mujeres.

Si bien es cierto que más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva la salud y no tiene discapacidad alguna, nos encontramos ante una transformación demográfica que tendrá profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria, nacional e internacional, con repercusiones que se proyectan, a su vez, a todas las dimensiones de la vida humana: Social, económica, política, cultural, psicológica y espiritual. En este sentido, las instituciones deben desarrollar estrategias para la formación de recursos humanos capaces de responder a los retos que surjan, como es el caso del cuidado.

La atención en el hogar de un enfermo o una persona con dependencia ha ido en crecimiento en las últimas décadas, lo que ha hecho que las instituciones de salud y seguridad social identifiquen al hogar como un escenario en el cual se realice el cuidado de los enfermos y a la familia como el elemento fundamental para llevarlo a cabo, particularmente las mujeres.

En los últimos 20 años el cuidado "informal" de personas mayores, aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, ni es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares, se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto desde un punto de vista social como clínico. Debido a la fragilidad asociada a la condición de ser humano, todos estamos expuestos a necesitar en un momento dado una ayuda para desarrollar actividades tan básicas como vestirse, andar, asearse, comer, etc. Esta necesidad de ayuda se denomina dependencia y a las personas que la demandan dependientes.

La realidad traducida en cifras es contundente, aproximadamente el 85% de la población mayor de 65 años necesita de la ayuda de otra/s persona/s para poder realizar una vida normal. Las causas que conducen a la dependencia pueden ser muchas y variadas. En el caso de las personas mayores el deterioro psíquico, las limitaciones, los problemas sensoriales, así como los problemas de salud, crónicos y temporales, son los causantes más comunes de la dependencia en este colectivo.

Es importante responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil de un cuidador de adultos mayores y cuáles son las funciones que debe realizar?

Para cubrir el perfil de cuidador la persona que realice dicha actividad debe considerar los siguientes puntos:

1. **Tener buena salud:** No podemos realizar ninguna actividad de cuidador si la persona presenta problemas hipertensivos, hipoglucémicos y/o alguna discapacidad (física, visual, cognitiva, etc.).
2. **Manejar emociones:** Si la persona es muy triste y convive con el adulto mayor, al adulto mayor le va transmitir ese sentimiento, al igual que si una persona es de carácter fuerte, solamente se pasará insultando al adulto mayor.

4. **Generar empatía:** Concientizar en qué situación está la persona y nosotros poderla apoyar en todo lo necesario, siempre hay que entender que los adultos mayores lo único que piden es ser escuchados.
5. **Sentir satisfacción:** Evitar caer en una situación de sobrecarga (síndrome de Burnout), sino sentirnos felices, agradecidos por lo que estamos haciendo y que con base a esas acciones en un tiempo futuro esperemos mutuas faenas de algún familiar, conocido y/o profesional de la salud.
6. **Reconocer nuestra labor:** Muchas veces nos preocupamos en que nadie te toma en cuenta o te da las gracias, pero aquí la principal persona que reconocerá tu labor es el adulto mayor y en su defecto la familia, pero siempre hay que tener en cuenta que alguien nos va a agradecer por esa tarea.

Las funciones del cuidador deben ser las siguientes:

1. Identificar sus condiciones de salud.
2. Identificar el espacio donde vive.
3. Identificar el equipo de materiales.
4. Revisar signos vitales.
5. Hacer curaciones.
6. Conocer el suministro de alimentos.
7. Reaccionar ante una fractura.
8. Elaborar un plan de atención.
9. Establecer estrategias ocupacionales.
10. Atender casos especiales.
11. Tener conocimiento sobre rehabilitación.
12. Conocer las bases para orientar a las demás personas.
13. Cómo proponer nuestro trabajo.

Para facilitar el cuidado durante la fase terminal de una enfermedad es muy importante establecer una buena comunicación con el paciente para conocer cómo le ha afectado la enfermedad, sus molestias y preocupaciones, así como brindarle información que le facilite participar activamente, si así lo desea, en su tratamiento.

La comunicación es más fácil cuando el enfermo siente que la persona que lo atiende es sincera y que manifiesta interés en ayudarlo porque comprende la situación en la que se encuentra. Mediante la escucha activa el paciente puede expresarse en confianza, con empatía, esto es, poniéndose en su lugar para tratar de experimentar lo que siente y con la aceptación de lo que dice sin juzgarle. La escucha activa se compone de varios puntos importantes:

- Ofrecer un tiempo para la escucha.
- Evitar interferencias.
- Hacerle preguntas abiertas.
- No levantar la voz.
- Darle tiempo para responder.
- No hacerlo sentir presionado.
- No interrumpirle.

- Evitar que la plática esté dominada por nuestras preguntas.
- Si no puede expresarse, manifestarle que se comprenden sus dificultades.
- Procurar estar tranquilo.
- Concentrarse en lo que dice y cómo lo dice.

El paciente tiene derecho a preguntar y conocer la verdad. Desea generalmente que se le hable sobre el diagnóstico y pronóstico, especialmente si está mentalmente bien, por lo que hay que buscar el momento y el ambiente más adecuados para hablar y esclarecer las dudas, demostrándole respeto por sus decisiones, resaltar que cuenta con nuestro apoyo y con nuestro deseo de acompañarles.

Se le darán explicaciones que nos solicite; no es necesario forzar la información a quienes no deseen recibirla, a menos que tengan que tomar una decisión importante para su tratamiento.

Referencias

Hernández, Y. (2015). "Guía para Cuidadoras Familiares de Adultos Mayores Dependientes". Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado). (2017). "Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas". 2017, de ISSSTE. <http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/>

ISSSTE (Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales para los Trabajadores Del Estado). (2017). "Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas". 2017, de ISSSTE <http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/2>

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO. 2013, de INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). <http://www.inegi.org.mx/inegi/envejecimientodemografico>

Ensayo

Guía de apoyo a cuidadores

Karla Mariel Gómez Cervantes.
Pasante Lic. en Nutrición.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 26/Abr/2018
Aprobado: 09/May/2018

9

Palabras clave: Cuidador, enfermedad crónica, apoyo, comida.

El cuidador es definido como una persona que asiste en las labores y necesidades físicas y emocionales de un paciente enfermo crónico, con quien comparte vínculos familiares o quien es una persona significativa para el cuidador (BARRERA ORTIZ, 2010) (Astudillo A, 2003).

El cuidado de personas en situación de enfermedad crónica la responsabilidad de que el cuidador maneje eventos vitales para mantener la calidad de vida, sin embargo es debido a esta situación que los cuidadores priorizan gran parte de su tiempo al cuidado del paciente crónico y descuidan sus propias necesidades y requerimientos, lo que afecta la calidad de vida del cuidador.

Se nos refiere que el cuidador puede presentar alteraciones físicas y psicológicas que afectan su calidad de vida como consecuencia por un menor número de horas de descanso, mayor desgaste físico, menor ingesta de alimentos, náuseas, poco apetito, alteraciones del sueño, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, alteraciones gástricas, dolores de cabeza y musculares, etc. Donde esta somatización de la sobrecarga es englobada en el síndrome de agotamiento del cuidador (Achury, 2011).

Varios estudios sugieren que la mayoría de los cuidadores son adultos de sexo femenino, lo cual reafirma el papel socio-histórico del género femenino como cuidadora del grupo familiar. Lo anterior debido al rol social de la mujer dentro de la familia como responsable del mantenimiento de la salud de los integrantes de la familia (Ávila-Montiel, 2013) (Pinzón - Rocha, 2012).

En cuanto a salud Pinzón Rocha y colaboradores en 2012 encontraron que la mayoría de los cuidadores no tienen afiliación a los servicios de salud y que consideran que poseen buena salud debido a que pueden trabajar, no muestran signos o síntomas de enfermedad, realizan sus actividades cotidianas y no se ven en la necesidad de acudir a consulta médica (Pinzón - Rocha, 2012).

Sin embargo Ávila Montiel y colaboradores en 2013 encontraron que con respecto del IMC, el 41% de sus encuestados presentaban sobrepeso y obesidad; durante las situaciones de crisis hospitalarias el 86% desayunaba, no obstante solo el 28% realizaba la comida y el 32% realizaba el tiempo de comida de la cena y de los cuales el 55% compró la comida y el 38% compró la cena, por tanto se infiere que estas compras de alimentos debieron estar sujetas a la disponibilidad en los alrededores de la institución de salud. Sumado a esto el 81% de los cuidadores referían quedarse con hambre y el 71% expresaron comer de la charola de la persona a su cuidado, lo anterior nos habla de una mala calidad de la dieta, pobre seguridad alimentaria y la presencia de un IMC superior al deseado, lo cual es un factor de riesgo predisponente de enfermedades crónicas (Ávila-Montiel, 2013).

Esto es un serio problema, debido a que al comer de la charola del paciente y quedarse con hambre, tenemos a dos sujetos en riesgo alimentario que podría repercutir en su estado de salud y donde los Sistemas de Salud deberían ser responsables de considerar las necesidades de los cuidadores en la atención médica, esto considerando que es el cuidador quien ayuda a los profesionales de la salud a reintegrar al cuidado a su vida diaria a través de la adaptación a sus nuevas limitaciones, mantenimiento de la salud y unión familiar (Ávila-Montiel, 2013) (Ruiz Ríos, 2012) (Astudillo A, 2003).

Si bien el cuidador debe convivir con los efectos del estrés debido a su responsabilidad al realizar las labores del hogar, al desplazamiento del cuidado al interior y exterior, la higiene personal, la administración de bienes económicos, supervisar y administrar la terapia médica, resolver situaciones de conflicto del paciente crónico, etc., no se debe olvidar que entre sus funciones también está conocerse así mismo, cuáles son sus capacidades y cuándo necesita ayuda, no solo conocer al cuidado (BARRERA ORTIZ, 2010).

Es por esto que se sugieren algunas medidas para el apoyo a los cuidadores de estos pacientes:

• A las instituciones:

1. Mejoría de las condiciones del paciente y familiares dentro de las instituciones de salud para el mantenimiento de los pacientes enfermos y familiares (Ávila-Montiel, 2013).

• Al personal de salud y trabajo social:

1. Con base en las necesidades del paciente y su cuidador otorgar la información adecuada sobre el proceso y la historia natural de la enfermedad, así como orientación en caso de crisis o recaídas.
2. Orientar en la búsqueda de ayudas de bienestar social, ingresos, ayudas institucionales, servicios de cuidados por horas, etc.

• Al cuidador:

1. Mantener metas y motivaciones personales.
2. Buscar la organización entre la vida privada y el trabajo (establecer tiempos designados a realizar exclusivamente esas actividades), lo cual nos permite organizar nuestras actividades y tener más tiempo para cuidar de nuestra salud y alimentación.
3. Valorar los recursos disponibles (de otros familiares y amigos con deseos de compartir el cuidado, de tiempo, de recursos monetarios, etc.), con lo que se busca mejorar la seguridad alimentaria del cuidado y del cuidador.
4. Desarrollar la capacidad de escucha efectiva.
5. Aceptación de uno mismo, evitando repartir culpas.
6. Aprender a decir no.
7. Procure el optimismo y buen humor, así como la meditación y relajación para afrontar las exigencias diarias sin que el estrés nos afecte y somaticemos la situación. Sin embargo, no olvidar que se tiene derecho a admitir y expresar nuestros sentimientos, sean buenos y malos.
8. No olvidar que podemos admitir que se hace todo lo humanamente posible y prepararse para la pérdida del ser querido (Astudillo A, 2003).

El cuidador tiene un papel importante dentro de los servicios de salud, pues es el quién se encarga de aspectos de la vida diaria del paciente crónico en

los que los profesionales de la salud no pueden influir directamente, es por esto que se deben buscar mejores condiciones para el cuidador, debido a que la situación de mala alimentación, sobrepeso y obesidad, la sobrecarga física y emocional que conllevan al deterioro de su salud, lo puede llevar a transitar a convertirse en un cuidador-paciente crónico.

Es por esto que las instituciones, el personal de salud y el cuidador deben trabajar en el manejo de esta responsabilidad, para que el cuidado reciba la mejor atención posible y tenga una mejor calidad de vida, sin descuidar la salud y calidad de vida del cuidador mediante orientación y acceso a información clara con respecto a la enfermedad, servicios de ayuda, ayuda económica; fortalecimiento de redes de apoyo a cuidadores y manejo de las emociones y el estrés de los mismos.

Referencias

Ávila-Montiel, D. (2013). Análisis de la alimentación de los cuidadores de pacientes pediátricos con cáncer en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 70 (2), 159-165.

Achury, D. C. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de paciente con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (1), 27-46.

Astudillo A, W. M. (2003). NECESIDADES DE LOS CUIDADORES DEL PACIENTE CRÓNICO. DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y CUIDADORES. En S. V. PAL.), *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. (1a Edición ed.). Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa), España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos - Programa: teléfono paliativo 2003.

BARRERA ORTIZ, L. P. (2010). CUIDANDO A LOS CUIDADORES. Familiares de personas con enfermedad crónica. (U. N. Enfermería, Ed.) Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Pinzón - Rocha, M. A.-G.-L. (2012). Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. *ORINOQUIA*, 16 (2), 107-117.

Ruiz Ríos, A. E. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol*, 11 (3), 163-169.

Palabras clave: Cuidadores de pacientes crónicos, enfermedades crónicas, depresión, dieta mediterránea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las enfermedades crónicas como “aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta”, las cuales generan cierta dependencia total o parcial; la primera se caracteriza porque hay una pérdida total de la autonomía y, en consecuencia, se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas. 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 ⁽¹⁾.

La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia. En nuestro país el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados, la Organización Mundial de la Salud definió como cuidador a “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” ⁽²⁾. Se ha confirmado que ser un cuidador tiene un impacto en la vida y la salud de éste, los cuales se reflejan en depresión, ansiedad e insomnio, por eso es importante que los cuidadores tengan una nutrición adecuada para tratar los padecimientos que son consecuencia de cuidar a un paciente crónico.

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o en la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, en su forma más grave puede conducir al suicidio ⁽³⁾.

El cerebro humano absorbe el 20-27% de la tasa metabólica corporal total; por lo que obviamente el estado nutricional juega un papel importante en la salud mental y una mala nutrición puede contribuir a la patogénesis de la depresión ⁽⁴⁾. A raíz de esto se ha encontrado que las personas con alto consumo de frutas y vegetales presentan menos síntomas depresivos disminuyendo el riesgo de padecerla, así como la ingesta de beta caroteno, vitamina C, fibra y folato, los cuales son nutrientes encontrados en frutas y vegetales, es menor en personas con depresión. La adherencia a una dieta mediterránea alta en vegetales, frutas, leguminosas, granos enteros, pescado, aceite de olivo y productos lácteos bajos en grasa, incluidos antioxidantes de frutos rojos y resveratrol (encontrado en las uvas rojas), estimulan la neurogénesis, proceso por el cual se generan neuronas nuevas, ayudando así los trastornos mentales como la depresión ⁽⁵⁾.

Recomendaciones para una dieta mediterránea:

- 1- Utilizar el aceite de oliva como principal grasa.
- 2- Consumir vegetales en abundancia.
- 3- Agregar a su vida diaria cereales como arroz y productos integrales.
- 4- Preferir los alimentos frescos y de temporada.
- 5- Reducir en cantidad y frecuencia el consumo de carne roja y procesada.
- 6- Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación.
- 7- La hidratación es lo más importante, ingerir agua de 1.5 y 2 litros al día.
- 8- Además de realizar actividad física todos los días al menos 30-45 minutos.

Los cuidadores de los pacientes crónicos son más susceptibles a padecer depresión y distintos trastornos mentales, de ahí la importancia de tener una buena alimentación que aporte los nutrientes esenciales para el tratamiento de la depresión y así tengan una mejor calidad de vida.

Ensayo

Los cuidadores, la mano derecha de un paciente crónico

Recibido: 27/Abr/2018

Aprobado: 11/May/2018

11

Brenda Elizabeth González Ruiz.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).

Elí Benjamín López Arana.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).

Referencias

- 1- Achury DM, Castañ -Riaño HM, Gómez-Rubiano LA, Guevara-Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo – Vol. 13 No.1. Bogotá, Colombia, 13 (1): 27-46, Enero-Junio de 2011.
- 2- Alfaro-Ramírez del Castillo, Olga Isabel; Morales-Vigil, Tania; Vázquez-Pineda, Fernando; Sánchez-Román, Sofía; Ramos-del Río, Bertha; Guevara-López, Uriah. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 46, núm. 5, 2008, pp. 485-494. Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México.
- 3- http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- 4- Rodríguez A, Solano M. Nutrición y Salud Mental: Revisión bibliográfica. Revista del posgrado de psiquiatría UNAH. Vol.1, No.3. Enero-Junio, 2008.
- 5- Márquez MO. Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión bibliográfica. Archivos de Medicina ISSN 1698-9465. Vol. 12. No. 1:6. 2016.

Palabras clave: Cuidadores, enfermedad crónica, secuelas.

Una enfermedad crónica se puede definir como una alteración del funcionamiento normal durante un periodo de tiempo mínimo de seis meses. En el área de la salud a diario se diagnostica al menos a un paciente con una de estas patologías que no tiene cura y progresiva, llegando en muchas ocasiones en ser discapacitante. Cabe resaltar que este tipo de problemas de salud no solo implica un deterioro físico y mental para el paciente, sino un golpe a la economía del propio paciente y quien se hace cargo de él. Cuando hay un reciente diagnóstico de este tipo de patologías, por lo general en primera instancia es un golpe duro tanto para el paciente como para el núcleo familiar en donde se desenvuelve, para después surgir la pregunta más temida: ¿Quién se va a hacer cargo del enfermo? En este momento se asume el papel y tarea del “cuidador”.



Según estadísticas epidemiológicas el principal cuidador del enfermo crónico es de sexo femenino, con parentesco familiar y en menor medida dejan a su cuidado a alguien especializado en este tipo de personas como es el área de enfermería, siempre con un lazo afectivo de compromiso. Los cuidadores adquieren una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. Pero la carga que tienen por tiempos prolongados pueden llegar a tener sus consecuencias tanto físicas como mentales, llegando a repercutir en su salud, teniendo en cuenta que no existe tiempo específico para debutar con ellas, sino que dependerá del grado de dependencia que tenga el paciente.

Una de las principales secuelas son los padecimientos psicológicos, entre los que destacan la depresión, la ansiedad, la codependencia y el temible burn out o quemamiento, todos estos presentan signos y síntomas que se tienen que tratar de manera oportuna ya que puede ser perjudicial tanto para quien lo sufre como para el paciente.

En segunda instancia y no por menos importante tenemos las secuelas físicas que sufren y son diversas, que pueden ser desde muy leves hasta graves, entre ellas se encuentran palpitaciones, temblor en las manos, molestias digestivas, problemas para conciliar sueño hasta lesiones radicales, etc.

Tristemente el personal de la salud no toma en cuenta al cuidador, sino que al revés, recibe regaños por parte del equipo multidisciplinario por un mal cuidado que le están dando al propio enfermo. Lo que no nos ponemos a analizar que él se hace cargo de nuestro paciente 24 hrs al día, los 365 días al año sin descanso, ellos también están agotados y cansados de que no valoran su trabajo, además de sus malestares físicos y mentales que les han causado o agudizado por ellos.

Por lo que es importante que nosotros como personal de la salud empaticemos con los cuidadores y que los empoderemos para tomar adecuadas decisiones, siempre y cuando con una educación previa, además de felicitarlos cuando veamos pequeños o grandes logros en el paciente porque hay que recordar que gracias a ellos todavía siguen vivos. Además de realizar un trabajo multidisciplinario para tratar al cuidador, con programas de detección temprana sobre las consecuencias más frecuentes que tiene el cuidador por sobrecarga tanto física como emocional, ya que nunca podemos olvidar que además de ser la mano derecha del paciente también será la nuestra.

Referencias

1. Guía de práctica clínica evidencias y recomendaciones, Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención (2012).
2. Guía de práctica clínica evidencias y recomendaciones, valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio (2012).
3. Modelo de cuidado en el hogar para pacientes que viven enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado. Pinto, Natividad, Colombia. (2010).
4. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores de niños. Barrera, Lucy. Avances en Enfermería. Bogotá (2011).

Palabras clave: Cuidador, envejecimiento, pacientes, enfermos.

El síndrome del cuidador, también llamado síndrome de colapso del cuidador, se define como la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y al estrés percibido como resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica.⁽¹⁾ También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que la atención que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero.⁽²⁾ Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente realizaban, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías preexistentes y fatiga. (Tabla I)

Actualmente, según cifras del INEGI, las defunciones que tienen un mayor peso relativo se agrupan en las enfermedades del sistema cardiovascular (25.5%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (17.5%) y tumores malignos (13%). Cabe señalar que al interior de estas agrupaciones hay una diversidad de enfermedades que de manera desagregada pueden dar un mejor contexto del cuadro epidemiológico por el cual fallece la población. Si se considera este desglose, entonces las primeras siete causas de muerte corresponden a la diabetes mellitus (15%), enfermedades isquémicas del corazón (13.4%), hígado (5.4%), cerebrovasculares (5.2%), crónicas de las vías respiratorias inferiores (4%), hipertensivas (3.5%) y agresiones (3.2%), en conjunto, estas enfermedades representan casi la mitad (49.7%) de los decesos totales⁽³⁾ (Tabla II).

Dentro de los principales retos del envejecimiento se encuentra el incremento de la población que desarrollará discapacidad y dependencia. Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal, provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador. En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso moderado⁽⁴⁾. Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado.

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. El perfil del cuidador es predominantemente femenino (66%) con promedio de edad de 48 años (además de problemas propios de esta edad como climaterio, problemas de pareja, hijos adolescentes, etc.), incluso, la tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta el 30% son cuidadores mayores de 65 años. (Figura 1)

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas (comer, ir al baño, vestirse, aseo y traslados), así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio, además de soporte médico como: Administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que

demandan los pacientes.⁽⁵⁾ Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día,⁽⁶⁾ por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral,⁽⁷⁾ llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo.

Es importante la intervención del equipo de salud en el manejo temprano de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo biopsicosocial (Figura 2). Esta orientación permitirá el manejo integral de los enfermos crónicos y constituiría un enfoque preventivo y de promoción en salud, fundamental para los ancianos.

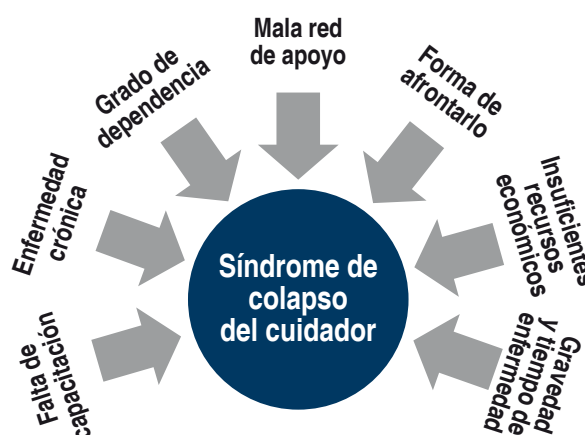
Es importante dar un diagnóstico oportuno del síndrome del cuidador debido a que la mayoría de los síntomas están dados por alteración de la conducta y estado de ánimo. Así mismo, se debe dar abo- r- dar la principal problemática y un abordaje a la funcionalidad de la familia pues esto nos ayuda en ver qué rol juega cada integrante y así poder delegar responsabilidades.

Con el aumento en la sobrevivencia de la población en general han ido aumentando las enfermedades crónicas y esto conlleva a un aumento en el síndrome del cuidador.

El principal manejo está basado en realizar actividades que le gusten al paciente y que lo distraigan de sus ocupaciones como cuidador esto es desde cosas simples como usar un perfume de su agrado hasta salir a ver paisajes y caminar un rato.

Tabla I. Síntomas de colapso del cuidador

Ansiedad, tristeza o depresión	Aislamiento y soledad
Insomnio, miedo o angustia	Cansancio y agotamiento físico
Irritabilidad, ira o enojo	Sentimiento de culpa
Labilidad emocional	Salud física deteriorada

**Figura 1. Factores de Riesgo**

Olfato

- Quemar velas aromáticas o incienso en el hogar
- Usar perfume de su agrado
- Procurar lugares donde el olor sea agradable

Tacto

- Tocar objetos aterciopelados
- Disfrutar:
 - La temperatura del agua del baño diario
 - Masaje corporal y de pies

Audición

- Escuchar sonidos agradables
- Música
- Audiolibros
- Radionovelas
- Documentales televisivos

Visión

- Leer revistas o libros con paisajes
- Visitar lugares con paisajes que resulten agradables
- Visitar museos
- Ojeear libros y revistas
- Dibujar imágenes o pinturas agradables

Gusto

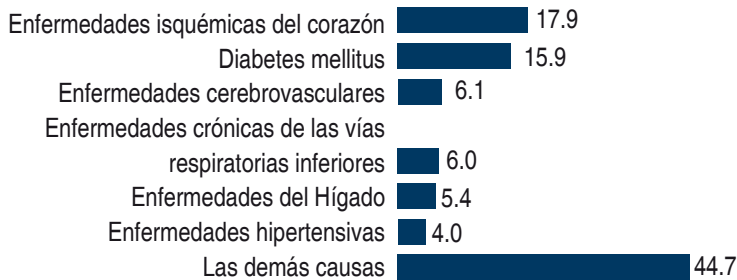
- Disfrutar de comidas favoritas
- Comer o beber:
 - Dulces cuando se perciba que la emoción sobrepasa
 - Nieve, chocolates o algo que haga sentir bien
 - Té, café o chocolate, de manera lenta y pausada

Tabla II. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR CAUSA DE FALLECIMIENTO

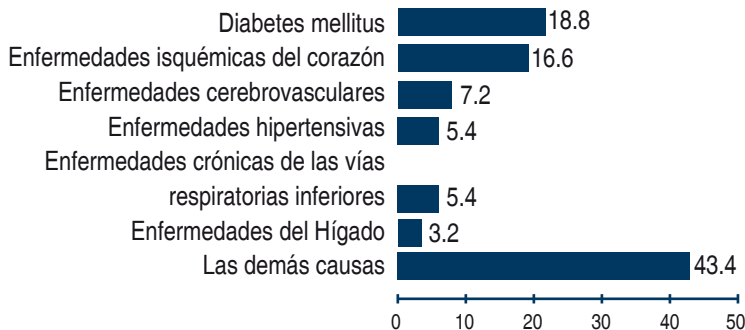
No. Causa	Causa	Absolutos	% al Total
	TOTAL	655 688	100
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	166 934	25.5
2	Isquemia	88 144	13.4
4	Enf. cerebrovascular	34 106	5.2
6	Hipertensión	23 263	3.5
	Otras	21 421	3.4
	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	114 591	17.5
1	Diabetes mellitus	98 521	15
	Desnutrición	7 037	1.1
	Otras	9.033	1.4
	TUMORES (NEOPLASIAS)	85 201	13
	Tráquea, bronquios y pulmón	6 903	1
	Próstata	6 447	1
	Hígado y vías biliares intrahepáticas	6 333	1
	Mama	6 304	1
	Estómago	6 065	1
	Otras	53 149	8.1
	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	68 577	10.4
7	Agresiones	20 762	3.2
	Accidentes de transporte	16 645	2.5
	Lesiones intencionales autoinflingidas	6 425	1
	Otras	24 745	3.7
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	62 968	9.6
3	Hepatopatías	35 718	5.4
	Otras	27 250	4.2
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	55 485	8.5
5	Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	26 069	4
	Neumonía	18 813	2.9
	Otras	10 603	1.6
	OTRAS CAUSAS	101 932	15.5

Distribución porcentual de las defunciones de la población de 60 y más años por sexo según causas de fallecimiento¹ 2015

Hombres



Mujeres



Referencias

- 1) Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. J Adv Nurs. 2012 Apr;68(4):846-55.
- 2) Zarit SH, Reever Ke, Bach J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.
- 3) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). "Estadísticas a propósito del día de muertos" (2 de Noviembre) 30 de octubre 2017. Recuperado el 25 de abril de 2018, de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf
- 4) NAC. National Alliance for Caregiving in collaboration with AARP. Caregiving in the United States 2009. Disponible en: <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>
- 5) Adelman R, Tmanura C, Degado D, Dion S, Lachs M. Caregiver Burden: A Clinical Review. JAMA 2014;311(10):1052-59.
- 6) Zambrano-Domínguez EM, Guerra-Martin MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichán 2012;12 (3):241-251.
- 7) Bevans M, Sternberg E. Caregiver burden, stress and health effects among family caregivers of adult cancer patients. JAMA, 2012;307(4) 398-403.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, cuidadores, pacientes, enfermos.

Según la OMS las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta. Partiendo de esta definición entendemos que los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas son personas que exigen cuidados especializados y exigen bastante responsabilidad y energía para cubrir sus necesidades.

El trabajo de un cuidador es muy variable dependiendo de las necesidades del paciente, pero existe congruencia entre las afectaciones que los cuidadores padecen ya que estos trabajos comúnmente son de tiempo completo y muy desgastante.

Actualmente la Cruz Roja estima que en México se tiene un promedio de más de un millón y medio de personas en situación de dependencia y necesitan la ayuda de un cuidador que ayude a cubrir sus necesidades, aunque en este sentido el perfil más común de las y los cuidadores son mujeres de entre 65 y 45 años. Por lo general, los apoyos que prestan se dirigen a la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En la mayoría de las ocasiones no se les tiene mucho reconocimiento por su trabajo ya que normalmente son familiares de los pacientes, aunque existen un conjunto de recomendaciones del cuidador que son las siguientes:

- A dedicar tiempo a ellos mismos sin tener sentimientos de culpa.
- A experimentar sentimientos negativos por ver a su familiar enfermo.
- A solicitar información sobre todo aquello que no comprendan.
- A buscar soluciones para problemas que se ajustan a sus necesidades y a las de sus familiares.
- A ser tratados con respeto por aquellos a quienes se les solicita ayuda.
- A equivocarse.
- A ser reconocidos como miembros valiosos de la familia.
- A ser reconocidos como miembros valiosos de la sociedad.
- A aprender y a disfrutar del tiempo para aprender.
- A expresar sus sentimientos.
- A poner límites a las demandas excesivas.
- A cuidar de su futuro.

Cabe resaltar que en muchas ocasiones el cuidador puede llegar a presentar depresión y ansiedad así como problemas laborales los cuales pueden llevar a abandonar su empleo para dedicarse íntegramente a su paciente sin saber que esto puede agravar de forma considerable su afección y llegar a presentar un cuadro depresivo. Conocer sus propios límites y tener conciencia en no sobrepasarlos es también de vital importancia. Ante todas estas situaciones es factible considerar ayuda en caso de llegar a presentar síntomas de esta índole. Por otra parte la labor del sector salud cobra vital importancia en estos rubros de calidad de cuidadores partiendo desde la información y educación hacia el cuidador, enseñándole y recordándole formas de mejorar el autocuidado para que estas prácticas puedan ayudar a evitar algún otro padecimiento.

Tener en cuenta que teniendo la enfermedad "vivir más" no se asociará en muchos sentidos con una "mejor calidad de vida" ya que muchas de las ocasiones no se tiene un buen autocuidado y un buen mantenimiento de la salud, así como de cuidar posibles complicaciones que estas enfermedades de les contraiga.

Sin embargo muchas de las personas que se convirtieron en cuidadores debido a las afecciones de familiares expresan que esta labor que deja una experiencia bastante gratificante, satisfactoria y conmovedora. También es bueno informarse sobre los signos y síntomas que puede presentar el paciente e informarse sobre las atenciones que se pueden tener para contrarrestar las complicaciones que se le puedan contraer. Al igual que informarse sobre bien sobre la enfermedad para tener mejor control sobre esta misma.

La ayuda que proporcionan estas personas es muy importante ya que gracias a ellas se puede tener un mejor manejo de las enfermedades crónicas, así como un pronto bienestar físico y mental, pero sin dejar de lado las necesidades básicas que tienen todos y cada uno de los individuos.

Existen muchas formas, métodos y recomendaciones que se pueden seguir para poder sobrellevar más fácilmente el proceso de adaptación a la enfermedad, así como poder sobrellevarla en la vida diaria. El autocuidado es importante ya que mientras en mejor salud física y mental tenga será más eficiente en los cuidados hacia su paciente.

Referencias

- <https://www.ucb-iberia.com/Magazine/art%C3%ADculo/La-importancia-de-los-cuidadores-de-pacientes-cr%C3%B3nicos>
- <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2016/11/30/cuidadores-de-pacientes-cronicos-tienden-padecer-depresion>
- Guía de cuidados que significar ser cuidador.pdf.
- Guía cuidados impactos.pdf.
- Guía cuidados del autocuidado.pdf.
- Guía cuidados plan de cuidados.pdf.

Palabras clave: Enfermero, cuidador, enfermedades crónicas, intervención.

Para la atención de las enfermedades crónicas es necesario un cuidador pero antes se conocerá un poco de historia de cómo se llegó a necesitar de un cuidador en épocas más recientes.

La evolución del cuidado enfermero desde su historia y según el autor COLLIÈRE consta de cuatro etapas. Él las menciona como doméstica, vocacional, técnica y profesional, no tiene límites temporales definidos, pero sí corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.

La primera la etapa es la etapa doméstica del cuidado, comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano y la protagonista de esta etapa es la mujer encargada del hogar. La etapa vocacional del cuidado parte desde el origen del pensamiento cristiano hasta final de la edad moderna. La tercera etapa, etapa técnica del cuidador, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, en la que el saber médico se enfoca a la persona enferma y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

Finalmente, la etapa profesional del cuidado, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y comprende la última década del siglo XX hasta nuestros días³.

La OMS dice que las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.²

Según la OMS de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación.

Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2015, y esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo en 2015.¹

Las enfermedades crónicas generan algún tipo de dependencia ya sea total o parcial. La total se caracteriza por que hay una pérdida total de la autonomía en consecuencia la persona que era independiente lo deja de ser y necesitará un cuidador para que lo ayude con sus actividades diarias. La dependencia parcial el individuo puede realizar actividades, su autocuidado, pero necesita un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad.

Con esto se puede deducir que estas personas con total o parcial dependencia necesitan de un cuidador pero en la práctica diaria se considera que aquellas personas con total dependencia son las únicas que necesitan de un cuidador por lo complicado y deteriorado que tengan su salud, en consecuencia no podrá favorecer a su propio autocuidado⁴.

La labor de un cuidador puede convertirse en una práctica frecuente de cualquier paciente con enfermedad crónica, genera modificaciones en los estilos de vida que tiene como alimentación, momentos de diversión. También se genera cambio de tipo emocional como estrés, fatiga, otros como alteraciones del sueño, dolor de cabeza o estreñimiento relacionado por la colitis.

Enfermería propone algunas intervenciones

Trastorno del patrón del sueño

Relacionado con imposibilidad de dormir horas seguidas, manifestado por quejas de no sentirse bien descansado, disminución de la capacidad de rendimiento.

Intervenciones

- Recordar la importancia del sueño.
- Animar a establecer alguna rutina para dormir.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar más cansancio.

Protección ineficaz

Relacionado con incapacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, manifestado por consecuencias relacionadas con el estrés.

Intervenciones

- Reconocer puntos débiles y fuertes.
- Técnicas de relajación o hacer yoga.
- Reconocer sus emociones y control de emociones.

Disposición para mejorar los procesos familiares

Relacionado con mala relación con los familiares, manifestado por conflicto y falta de solución de problemas.

Intervenciones

- Comunicación entre la familia.
- Aportar ideas entre cuidador y familia.
- Expresarse de manera respetuosa y en confianza.

La exigencia en el cuidador es grande porque debe de ver por su familia y cumplir con sus deberes que esto conlleva, además darse tiempo para sí misma para cuidar de su alimentación y de sus responsabilidades de la vida cotidiana.

Ejercen un trabajo de importancia es por ello que el cuidador debe cuidarse y en la medida de lo posible fomentar el autocuidado y el cumplimiento de sus necesidades básicas que lo propone Henderson. Ya que además de cuidarse cuida alguien más que esta bajo su responsabilidad, por lo que el mejoramiento de su paciente dependerá tanto del cuidado de su persona como el de aplicarlo. El cuidador siempre debe tener en cuenta estrategias para realizar sus acciones correspondientes en consecuencia brindar un acompañamiento de calidad.

Referencias

- 1 OMS, Las 10 principales causas de defunción, [internet] publicado 12 enero 2017, consultado 25 abril 2018, en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 2 OMS, Enfermedades crónicas, [internet] consultado 25 abril 2018 en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- 3 Martínez M, Chamorro E, Historia de la enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero, 2° edición Barcelona, España, Elsevier. Págs. 14; 13. Consultado en internet 24 abril 2018: <http://media.axon.es/pdf/82953.pdf>
- 4 Achury D, Castaño H, Gómez L, Guevara N, Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia, Redalyc.org, consultado en internet 23 abril 2018: <http://www.redalyc.org/html/1452/145221282007/>
- 5 Johnson M, Bulechek G, McCloskey LC, Maas M, Moorhead S, Editors. Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages. St. Louis: Mosby. 2001.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.



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



Palabras Clave: Diabetes, globalización, actividad física, tratamiento

La sociedad actual de todo el mundo día a día vive un sinfín de situaciones que tienen afectaciones directas en los sistemas económicos, sociales, de salud, etc. Muchos de ellos a raíz de una cultura de corrección, no de prevención. Estas complicaciones no dejan fuera a ningún sector de la población, mucho menos a los estratos sociales con un bajo ingreso económico, a consecuencia de esto y otros factores que se integran en la ecuación son los más vulnerables en las enfermedades crónicas, como por ejemplo el cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, la diabetes (ENT).

Entre ellas tomaremos a la diabetes como objeto de estudio. “La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre, o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce). La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario.” Declaró World Health Organization en su informe mundial sobre diabetes en el 2016.

En este mismo informe la WHO por sus siglas en inglés estimó que la población mundial que padecía el mismo tipo de patología no superaba los 108 millones en 1980, para esa época ya era considerado un reto en la atención hospitalaria, pero en estadísticas del año 2014 la población calculada que presentaba las mismas condiciones de la enfermedad alcanzaban 422 millones de personas.

En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. “En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años.” Fue lo establecido detrás del estudio ya mencionado.

Siempre en los primeros lugares

En México los casos de diabetes mellitus han arrasado las estadísticas, multiplicándose los casos de una manera epidemiológica. “En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo 2.” Declaró la revista Diabetes en México. En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución de seguridad social en el país y que

protege casi a la mitad de la población mexicana, la diabetes es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos. En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año y el comportamiento muestra un patrón ascendente en los próximos años. La diabetes mellitus en México se ha asociado fuertemente con la carga genética, así como con la hipertensión arterial, la obesidad, la dieta rica en azúcares simples y la falta de ejercicio.

México jugando a las escondidas con el ejercicio

Estudios realizados en la población mexicana arrojan que las personas con ingresos bajos al igual que menor escolaridad realizan actividad física moderada con regularidad en menor porcentaje que el sustrato de la población más solvente económicamente como al igual que con un grado mayor de escolaridad, pero estos no están exentos de sufrir la enfermedad ya que participan rasgos genéticos como el factor dieta dentro de la aparición de la enfermedad.

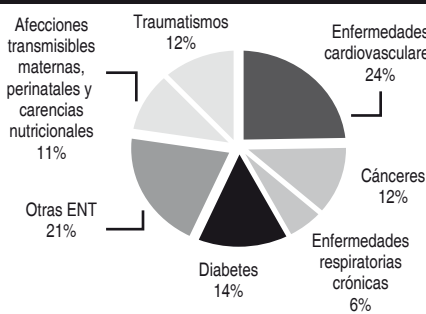
México

Población total: 127 000 000
Grupo de ingresos: Medianos altos

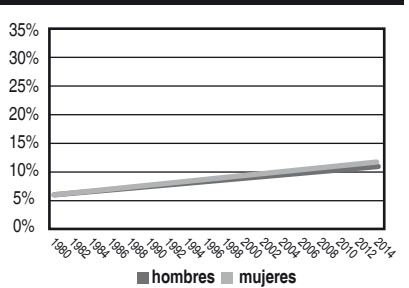
Mortalidad			
Número de muertes por diabetes			
30-69 años	hombres	mujeres	
70 años o más	23 100	22 000	
	17 600	24 300	

Número de muertes atribuibles a la hiperglucemia			
30-69 años	hombres	mujeres	
70 años o más	28 100	25 400	
	24 400	32 800	

Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades)



Tendencias en la diabetes estandarizadas por edades



Los resultados fueron lanzados por la WHO al finalizar los “Perfiles de los países para la diabetes, 2016” reforzando lo establecido pero suponiendo que las personas involucradas dentro del estudio en México podrían pagar un tratamiento efectivo para el control de la diabetes aunque en muchos de los casos los individuos fallecieron a raíz de padecer la enfermedad.

Prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos			
	hombres	mujeres	total
Diabetes	9.7%	11.0%	10.4%
Sobrepeso	61.6%	65.0%	63.4%
Obesidad	22.1%	32.7%	27.6%
Inactividad física	18.9%	31.2%	25.4%

Dentro de los factores de riesgo que la WHO expone en la prevalencia de diabetes podemos apreciar “inactividad física” con un gran número, en su mayoría mujeres. Esto atribuye a un 25.4 por ciento de la población total que padece de la enfermedad, esto trasladado a cifras se leería en “50,000 personas aproximadamente” que pudieron haber alargado sus vidas si durante los cuidados incluyeran actividad física periódicamente y orientada en el tratamiento de la enfermedad.

Javier E García de Alba García.
Director de la UISESS.

Disponibilidad de medicamentos, técnicas básicas y procedimientos en el sector de salud pública

Medicamentos disponibles en los establecimientos de atención primaria		Técnicas básicas disponibles en los establecimientos de atención primaria	
Insulina	●	Medición de la glucemia	●
Metformina	●	Prueba oral de tolerancia a la glucosa	○
Sulfonilurea	●	Prueba de la HbA1c	●
Procedimientos		Oftalmoscopia con dilatación	○
Fotocoagulación retiniana	○	Percepción de la vibración del pie con diapasón	●
Dialisis	○	Prueba Doppler para determinar el estado vascular del pie	○
Trasplante renal	○	Tiras para medir la glucosa y las cetonas en la orina	●

Aún dentro del diagnóstico y tratamiento brinda en el sector salud en atención primaria no existe ninguna prueba que determine la cantidad y calidad de actividad física que realizan los nuevos pacientes o los ya cautivos, como medida de evaluación inicial para derivar a todos aquellos que necesiten actividad física dentro de su tratamiento. La creación de nuevas políticas públicas que fomenten la participación de diabéticos en actividades masivas de recreación /activación física donde mantengan un control de sus niveles de glucosa. Existen casos de deportistas que realizan todas sus actividades sin limitaciones excesivas destacando dentro del medio, triatletas, maratonistas, futbolistas, etc. Para la práctica de la actividad física en la actualidad existen un sinnúmero de técnicas, orientaciones, plataformas, aplicaciones, sistemas, clubes, unidades, centros especializados. La actividad orientada a las personas con este padecimiento es un medio de control bastante efectivo que no limita la libertad de las personas que gustan de la actividad física vigorosa.

Actividad física como parte del tratamiento

Dentro de la atención primaria en los centros hospitalarios debe tomarse en cuenta una posible política de prevención encaminada al cuidado de la enfermedad apoyada de técnicas novedosas y tecnología para su manejo más funcional con todas aquellas personas que no tienen diagnosticada la enfermedad pero tienen más de uno de los factores de riesgo para padecerla. Se propone actividad física funcional en grupo, ligando a la persona con más compañeros, esto favorecerá al apego y gusto por su nuevo estilo de vida más activo. Con esto bajarían los altos costos de atención que ascienden a los casi 300 millones de dólares al año sumado a los efectos adversos que los medicamentos pudieren generar a los pacientes en el control de su tratamiento mediante estos. La diabetes es una enfermedad que está presente en nuestro país casi por herencia cultural de dietas y estilos de vida poco saludables, una promoción del tratamiento de la mano de actividad física poco penetrante en los sistemas de salud, creación y modificación de políticas y protocolos que se encargan de orientar la enfermedad hacia una atención multidisciplinaria no solo vista desde el ángulo médico.

Referencias

Diabetes en México. Estudio CARMELA Jorge Escobedo-de la Peña,* Luisa Virginia Buitrón-Granados,* Jesús Cenobio Ramírez-Martínez,* Raymundo Chavira-Mejía,* Herman Scharagrodsky,** Beatriz Marcet Champagne*** Volumen 79, No. 5, Septiembre-Octubre 2011

Informe Mundial sobre la Diabetes, 2016, Resumen de Orientación, Número de páginas 4.

Standards of Medical Care in Diabetes – 2016, American Diabetes Association, Diabetes Care.

Organización Mundial de la Salud – Perfiles de los países para la diabetes.

Palabras clave: Necesidades, enfermedad, salud, globalización.

Necesidades y satisfactores

Las necesidades humanas son finitas y calificables y en esencia son las mismas para todas las sociedades, aunque la forma de satisfacerlas se diere de acuerdo a las diferentes culturas. Por ejemplo, la necesidad de saciar el hambre se puede hacer tomando el alimento con la mano o con cubiertos de plata. De aquí que un satisfactor sea un medio material o no material que puede compensar una o varias necesidades y varía de acuerdo al tiempo y espacios sociales.

El caso de la enfermedad y la salud, como necesidades humanas, debido su carácter estructural, los saberes y las prácticas que las pretenden afrontar y por lo tanto resolver, responden a las modalidades de la producción y consumo que satisfacen las necesidades humanas bajo un sistema de distribución específico: Sobre todo si definimos a la salud de una forma congruente a lo antes señalado, es decir: Como un proceso vital, de carácter histórico, social y cultural concretado como la oportunidad irrestricta de acceso a los bienes materiales y no materiales que promueven, mantienen y desarrollan el bienestar y las aptitudes de crecimiento y desarrollo bio psico social de grupos e individuos con sustentabilidad generacional, sentido democrático y calidad humana. ⁽¹⁾

Contexto de la globalización

Durante y posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, muchos países periféricos, incluyendo México, desarrollaron una política de sustitución de importaciones: Sin embargo, los países centrales, al consolidar su economía interna y expandirla, a través de su diplomacia económica y sus organismos de control económico, definieron al Estado de Bienestar, como una entidad proteccionista y subsidiaria de empresas no competitivas, situación que pasó a privilegiar la inversión transnacional y la transferencia de patentes y tecnología, para lo cual habla que capacitar a la población nativa y modernizar la planta productiva y ser competitivos, o sea globalizar la economía.

Para asegurar esa globalización, paralelamente se desarrollaron por los organismos internacionales, políticas de préstamos a los países periféricos que los obligaron a: Realizar cortes al gasto público, privatizar empresas públicas, incrementar la inversión externa, reducir los subsidios a la educación y salud y fomentar el prepago por servicios educativos y de salud.

La situación anterior planteó una serie de contradicciones de las instituciones públicas, sobre todo las que forman parte del sector social del Estado mismo, poniendo en la práctica,

para el sector salud, varias modalidades como el régimen asistencialista, el previsionista y el universalista (sin lograr desmercantilizar el bienestar social, porque la salud siguió considerándose “un derecho” y no una necesidad). A pesar de la descentralización del sector, no se logró mejorar las desigualdades regionales, pero sí redujo la participación estatal en la salud, racionalizándola mediante “acciones técnicas específicas”.

Globalización

Entendida como proceso de integración y creciente interdependencia de los países del mundo promovida por el desarrollo de las comunicaciones y cuyos efectos son mayor división y especialización internacional del trabajo, bajo el supuesto de un mayor beneficio nacional, vista así, la globalización no puede resultar perversa, “per se”, ya que implica un ideal planetario. El problema es el no respeto a las diferencias y el querer imponer un modelo hegemónico, donde la riqueza pertenece no al país, sino a los dueños del capital, lo que impide el desarrollo de una sociedad más justa a escala humana ⁽²⁾, que se refiera a las personas y no a las cosas, escala que tiene cinco componentes relacionados: Salud, educación, crecimiento económico, ambiente saludable y toda una gama de libertades, donde se puedan ejercer “capacidades” como estar libre del hambre, estar libre de la enfermedad; en otras palabras, de la libertad de llevar diferentes tipos de vida humanamente plena y no tener que enfrentar una sola posibilidad. ⁽³⁾

Situación actual

La globalización monopolista, ha mostrado la poca equitativa distribución del ingreso, el creciente recorte del poder adquisitivo de las mayorías, la diversificación del consumo importado de las minorías y la consecuente constricción del mercado interno; lo que en el sector salud se refleja como una crisis creciente, reflejada en los costos por estar unívocamente ligados a la atención con un enfoque de costo financiero y no de inversión social, crisis que seguirá aumentando en la medida que persista:

- La práctica médica cada vez más tecno-fetichista.
- La administración en salud más supeditada a un enfoque privado de administración.
- La política extensionista de servicios, que incluye para excluir.
- La manutención de un modelo de atención hegemónicamente biomédico, que ignora o minimiza (en la docencia, servicio e investigación) un enfoque plural, de carácter preventivo y socio-cultural.

Las consecuencias de esta situación, se traducen en una incapacidad de solucionar los problemas de fondo, dejando descontextualizado e indefinidos los propósitos de la Salud Pública Mexicana, pues se confunden los medios con los fines, al buscar la eficiencia curativa individual, más que la eficacia en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad a nivel poblacional. ⁽⁴⁾

Algunos resultados de la globalización en México

En lo económico, se evidencia una desaceleración del PBI (3,364 dólares para México vs 22,331 de USA). En la salud un estancamiento de los indicadores de salud como la esperanza de vida y un incremento en la morbilidad de padecimientos crónicos-degenerativos, accidentes y

violencias, así como condiciones de riesgo crecientes, como la obesidad, el sedentarismo y la fragilidad.

Por otra parte se menciona a la salud como un “derecho público gratuito”, pero el bienestar social se liga cada vez más al sector privado, vgr: seguros, educación, de los alimentos, industria farmacéutica, etc.

Un ejemplo de ello es el paradójico y grave fenómeno de desnutrición-obesidad que está ocurriendo en las localidades (urbanas y rurales) vulnerables, que no se libran de ser aquejadas por la globalización económica (Coca-colonización) ⁽⁵⁾, como ocurre en la población de Yalcoba, Yucatán, afectada por la satisfacción de mano de obra barata, para los servicios turísticos en la cercana y floreciente ciudad de Cancún.

Situación de salud, en la población de Yalcoba, Yucatán				
NIÑOS		ADULTOS		
Talla para la edad	%	IMC	% en hombres	% en mujeres
Normal	34	<20	8	3
Baja	46	20-25	52	33
Muy Baja	20	26-29	40	64
Total	100	>30	10	20
		Total	100	100

Perspectivas

De acuerdo a Del Bosque y cols., para América Latina estos podrían ser los escenarios futuros para nuestra región

Concepto Escenarios	Gobernabilidad Nacional	Ambiente internacional	Condiciones económicas del país	Logros
Favorable	Adecuada	Favorable	Difíciles	Para Colectividad
Regular	Deficiente	Favorable	Difíciles	Para unos pocos
Desfavorable	Deficiente	Desfavorable	Catastróficas	Pobreza y violencia
Reemergente	Innovadora	Desfavorable	Nuevas en lo interno	Participativos

Fuente: (6).

Condiciones para el cambio

La atención a la salud, requiere de entrada un gran esfuerzo político-económico y cultural, para superar y coordinar los desequilibrios, municipales, estatales y federales en el país, donde la prioridad sea la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, con visión de inversión social y no rentabilidad administrativa, es decir, para favorecer el florecimiento humano mediante la horizontalización de acciones sociales para el consumo interno y salutogéno, de orden económico, cultural y político a nivel de grupos, barrios, etc.

Lo anterior para Thomas y cols ⁽⁷⁾, plantea un esfuerzo importante donde se aborden las deficiencias del binomio gobernabilidad-corrupción, se reduzcan las distorsiones que favorecen al capital, se corrijan las fallas del mercado que perjudican al capital humano y natural del país, así como se favorezcan reglamentaciones sobre políticas saludables y sustentables.

Así todo esfuerzo de promoción a realizar, en el sector salud, a decir del ex director de la OMS, Mahler ⁽⁸⁾, es reconocer que la salud de la gente es el recurso más positivo y productivo que se puede tener, queja que se reiteró en Ottawa como una reacción ante el fracaso de “Salud para todos en el año 2000”.

Esta reacción lamentablemente se ha orientado con un enfoque funcional, limitado y parcial, en las políticas públicas para la creación de entornos saludables en: Ciudad, escuela, hospital, edificios, etc. (autolimitados y desvinculados); favorecer la acción comunitaria (sin empoderamiento político); el desarrollo de estilos de vida saludables (en contextos patogénicos) y en la reorientar los Servicios de Salud (como amortiguadores sociales). ⁽⁹⁾

Paralelamente se aluden en el discurso:

1. Principios éticos en torno a la salud (entendida como un derecho y no como una necesidad vital) como: La igualdad al acceso de oportunidades, en un clima de libre elección y de beneficencia no maleficencia; olvidando el principio de justicia social.
2. Principios jurídicos del “derecho a la salud”, en términos de: Universalidad, equidad, exigibilidad, más se soslaya el principio de obligatoriedad.

Situación que nos obliga a considerar realizar una praxis ética integral y heterodoxa.

En suma

En suma el Estado ante la globalización consumista, debe enfrentar la problemática de salud-enfermedad y atención tomando en cuenta:

1. El carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad-atención.
2. La necesidad de reformular el poder político en salud.
3. El análisis costo beneficio con bases de desarrollo humano sustentable.
4. La distribución de recursos adecuada con sentido de justicia social.
5. Una atención a la salud con carácter socialmente comprensivo y diacronicidad transgeneracional.
6. Una investigación bio-psico-social en salud de problemas de aquí y ahora.
7. Estrategias y tácticas de organización y gestión coparticipativa.
8. La participación comunitaria activa en la evaluación de la salud poblacional.
9. La Inclusión de la salud como tema de las organizaciones políticas.
10. Una docencia en salud, reflexiva, participativa y crítica.

Para de esta manera llegar a integrar, no un sistema de salud, sino un verdadero SERVICIO DE SALUD en los niveles municipal, estatal y nacional, que integre lo global sin descuidar lo local.

Consideraciones finales

Sir William Beveridge ⁽¹⁰⁾, diputado laborista, convenció a la oposición conservadora de implantar en 1942 la seguridad social, bajo las siguientes bases:

1. Subsidios a los hijos pagados tanto cuando el padre o la madre responsable trabaja, como cuando está desocupado.
2. Amplios servicios sanitarios y de rehabilitación para prevenir y curar enfermedades y restaurar la capacidad de trabajo, a disposición de todos los miembros de la comunidad.
3. Mantenimiento de la ocupación, esto es supresión del desempleo.

Requiriéndose tres condiciones esenciales para que exista una verdadera seguridad social:

1. Implantación de la justicia, en lugar de la fuerza, como árbitro entre los individuos y las naciones.
2. Oportunidades para realizarse como ser humano y realizar trabajo productivo, para todo individuo.
3. Ingresos suficientes para estar al cubierto de la indigencia, aun cuando no se pueda trabajar.

Referencias

- 1.- García de Alba García JE y Salcedo Rocha AL. Historia natural y social de la enfermedad. En: Martínez y Martínez. Salud del niño y el adolescente. 8ava Ed. El Manual Moderno. México. 2017.
- 2.- Max-Neef M. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile. 1986.
- 3.- Sen A. Bienestar, justicia y mercado. Ediciones Paidós Ibérica. 1997.
- 4.- García de Alba JE. El Estado y la Salud. En: Alonso J. Aziz A y Tamayo J. El Nuevo Estado. Mexicano. Tomo IV. Editorial Nueva Imagen. México. 1992: 207-229.
- 5.- Thomas L. Leatherman T L, Goodman A. Coca-colonization of diets in the Yucatan. Social Science & Medicine 61 (2005) 833-846.
- 6.- Del Bosque S, Gonzalez JE, Del Bosque MT. Manos a la Salud. CIESS/OPS. Mexico. 1998. 15-16.
- 7.- Thomas V y cols. La Calidad del Crecimiento. BM y OPS. Washington 2002.
- 8.- Mahler H. 1986. “Salud para todos en el año 2000”. Discurso ante la asamblea general de la OMS. Ginebra. Suiza. 1986.
- 9.- Restrepo H.E, Conceptos y Definiciones. En: Restrepo H.E y Málaga H. Promoción de la Salud. Como construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001, pp:24-33.
- 10.- Sir William Beveridge. Social Insurance and Allied Services (‘Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan’), 1942. (Informe Beveridge).

Celia Andrea Ramírez Aréchiga.
Maestría en Ciencias Sociomédicas.
Universidad de Guadalajara.
ailecmed@gmail.com

Palabras Clave: Globalización, población, enfermedad.

Para iniciar el desarrollo de este interesante y polémico tema, se parte de la reflexión de Woodawrd et al. quienes plantean cómo estudiar la relación existente entre globalización y salud es un asunto complejo, particularmente en el campo académico, pues aun cuando “la literatura sobre la importancia de la globalización para la salud es cada vez más abundante, no se ha alcanzado un consenso ni sobre las vías y los mecanismos por los que la globalización afecta a la salud de las poblaciones ni sobre las respuestas de política apropiadas” (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 38).

Esta ausencia de consenso tiene que ver con la falta de homogeneidad y gran desigualdad en la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas del mundo e irónicamente esta desigualdad fue precisamente la motivación para la creación de un sistema. El envejecimiento poblacional mundial es un proceso intrínseco a la transición demográfica, actualmente el porcentaje de adultos mayores de 65 años es del 10.2%. Se estima que para el año 2050, el porcentaje alcanzará el 21% de la población total (U.N., 2011). Esta transformación por ende reduce el grupo de personas más jóvenes. ⁽¹⁾

En forma paralela el aumento de la población de adultos mayores se asocia con el crecimiento de índices de prevalencia de enfermedades no infecciosas, causadas fundamentalmente por el comportamiento humano y por procesos neurodegenerativos.

El incremento de pacientes que presentan estas patologías crónicas modifica el nivel y el tipo de demanda de cuidadores que los asistan (BLOCH1993LEVAV, LIMA ISOMOSA LENNON 1989). Esta situación, conlleva a que una gran cantidad de adultos mayores represente altas probabilidades de padecer enfermedades discapacitantes y cuente con pocos miembros jóvenes, de su red social que los asista (C.E.L.A.D.E 2005). Por consiguiente se estima un aumento de adultos mayores quienes además de afrontar su propio envejecimiento se transformarán, probablemente, en cuidadores de pacientes crónicos (Baster Moro 2011). ⁽¹⁾

Cuando un adulto mayor inicia el proceso de una patología crónica o demencial, el deterioro funcional es progresivo, requiere cuidados para preservar las condiciones mínimas de calidad de vida, que en la mayoría de los casos son proporcionados por un familiar. Al desarrollar esta labor, se produce, con el pasar del tiempo, una carga para el cuidador que afecta su a cotidianidad y va en detrimento de su calidad de vida. Experimentan cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias que, si no son favorables, llevarán a enfermar a los demás (estrés, depresión, hipertensión, gastritis, colitis, anemia, afecciones pulmonares, etc.). ⁽²⁾

Las necesidades de personas con patologías crónicas degenerativas y demenciales, sobrecargan las funciones propias de sus roles familiares y sociales, repercutiendo en aspectos físicos, mentales, económicos, laborales, familiares, relaciones sociales y tiempo libre, influyendo negativamente en su salud y en la pérdida de calidad de vida, debiéndose adaptar a nuevas condiciones para el mejoramiento de la salud y el bienestar de quien cuida. ⁽²⁾

La familia generalmente suministra el principal apoyo, pero suele ser uno el que asume la máxima responsabilidad, por lo tanto, el que soporta la sobre carga física y emocional del cuidado del paciente. ⁽²⁾

La definición de cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o relaciones sociales. ⁽³⁾

El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir en ello se deposita o descansa el comportamiento de preservar la vida de otro. ⁽³⁾

Las tareas de cuidador son cada vez más complejas, se asumen paulatinamente sin programación y en muchas ocasiones con ausencia de formación, lo que dificulta la sensación de control sobre la situación. En nuestro país, el perfil clásico del cuidador es una mujer entre 50 y 60 años, dedicada a labores del hogar y familiar de primer grado de la persona a la que cuida; tiene estudios primarios, convive con el paciente más de seis meses al año y dedica al cuidado más de 3 horas al día, con una duración media de los cuidados de 5 años. Además, compaginan las labores de cuidado con otras tareas (en el hogar o trabajo fuera del domicilio). Solo una minoría recibe ayuda de tipo institucional. El apoyo más frecuente que recibe proviene de otros familiares generalmente también mujeres (hermanas). Numerosos trabajos muestran el impacto negativo que la prestación de cuidados puede tener en la salud. ⁽⁴⁾

Los cuidadores son un colectivo creciente, vulnerable y además oculto, con una atención sanitaria centrada en el paciente y en un entorno de cambios en la estructura del núcleo familiar, diferente al modelo tradicional. ⁽⁴⁾

Se ha descrito sobre algunas ayudas proporcionadas para el cuidador fuera del entorno familiar como lo son: los servicios sanitarios (visita domiciliaria de atención primaria, programas de atención al cuidador), servicios sociosanitarios (trabajadores familiares, unidades de respiro, centros de día, asociaciones y residencias) y el voluntariado. No existe el consenso de efectividad de dichas intervenciones, sin embargo el artículo menciona haber presentado una reducción en la sobrecarga, la ansiedad y la depresión en el cuidador. ⁽⁴⁾

Existen distintos instrumentos para evaluar la percepción de sobrecarga del cuidador, pero el más utilizado es la entrevista de carga del cuidador Zarit (Zarit, Orr y Zarit, 1985) en su versión original surgió como entrevista, se componía de 29 ítems, posteriormente se redujo a 22, introduciéndose una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. ⁽⁵⁾

La entrevista de carga del cuidador de Zarit evalúa los siguientes aspectos: Salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado, a través de una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), el entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones. Sumando los 22 reactivos, se obtiene un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88. Los 22 reactivos demostraron una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92 (cfr. Montorio y cols., 1998). ⁽⁶⁾

Ha demostrado su utilidad en diversos estudios con cuidadores de personas que padecen distintos tipos de enfermedad como Alzheimer (Gort et al., 2007; Regueiro-Martínez et al., 2017), esquizofrenia (Gutiérrez- Maldonado,

Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005) o esclerosis múltiple (Rivera- Navarro, Morales-González y Benito-León, 2003). Además, sus múltiples adaptaciones a distintos idiomas y culturas mejoran las propiedades psicométricas y permite comparar puntuaciones entre distintos tipos de población. ⁽⁵⁾

Entre las desventajas de este instrumento se identifica dentro de la puntuación global de la carga no ayuda a identificar en qué áreas concretas necesita ayuda el cuidador, por ello y dado que en la situación del cuidado intervienen diferentes variables cabe preguntarse si es apropiado el uso generalizado de dicho cuestionario. Ya que se conoce la existencia de numerosos instrumentos de evaluación diseñados con fines y contenidos distintos, se plantea la posibilidad de adecuar el instrumento de forma que resulte más pertinente y completa. ⁽⁵⁾

Distintos instrumentos han sido utilizados para evaluar la carga del cuidador analizando las distintas dimensiones para investigar la percepción de esta carga ⁽⁶⁾, encontrando en estudios similares semejanzas entre ellos en los aspectos evaluados como son: que el cuidador es mayormente mujeres de entre 36 a 59 años (A.Y Perdomo-Romero y C.A.Ramirez-Perdomo), otro estudio señala que en el género femenino predominó esta entidad siendo mayoritariamente las hijas y nueras de entre 45 y 65 años de edad (José Fidel Valladares Salazar, Martha Irazema Cárdenas Rojas), otro estudio señala que el cuidador es hija o cónyuge del paciente con una edad media de 55 años y sin hijos menores de edad a su cargo (Eduardo Delgado Parada y cols).

De acuerdo a lo estudiado el impacto de la sobre carga del cuidador es sin duda alguna un elemento de análisis por la afectación a la salud de las personas no solo física sino psicológica y afección en las esferas social, laboral y económica, pero además no está lo suficientemente considerado dentro de los programas de salud como una parte de la atención que sigue siendo solo para el paciente considerado con el enfoque reduccionista de atención y medicación como ente independiente de toda red de apoyo y cuidado del que el paciente está obligado por su condición a involucrar de forma directa, es la familia que a su vez designa a un cuidador principal con repercusiones tanto para el enfermo como para el que cuida, que se vive en silencio con lo ya conocido y destacable de numerosos estudios que evidencian la asignación un familiar de un cuidador que mayormente es por lo general una mujer que por el contexto historio desde la perspectiva género donde se designa a las mujeres los cuidados de los niños y los enfermos, dedicadas al cuidado de los demás y que generalmente son apoyadas por otras mujeres por lo general hermanas o cónyuges que cada vez más son los que se designan a falta de red de apoyo joven los cuales se convierten en cuidadores que se enfrentan a la falta de apoyos institucionales en muchas ocasiones ni orientación sobre los cuidados a ofrecer al enfermo, generando un sentimiento de frustración y depresión en la mayoría de los casos, además una percepción de la sobrecarga y pérdida del espacio para sí mismos, encontrando incluso una exigencia mayor de los cuidados requeridos y reales, que el mismo enfermo demanda e impone, teniendo que aprender por sí mismos a regular por un lado el administrar cuidados de salud y por otro a compaginar su vida, alimentación, recreación relaciones sociales, salud, administración de recursos económicos y ajuste de sus propios padecimientos preexistentes y los que llegan a desarrollar, difícil escenario para los cuidadores que son un pilar fundamental de la atención

en salud, que bien vale la pena seguir estudiando, pero además considerar empoderarlos con beneficios de creación de programas institucionales que generen atención educacional, médica, de nutrición, psicológica y orientacional, a tan importante apoyo para el equipo multidisciplinario de atención en salud de nuestros pacientes que requieren un cuidador.

Referencias

- 1.- M.F Tartaglini, D. Estefani. Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Boletín de Psicología*, N.106, Noviembre 2012, pág. 65- 79. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2011.
- 2.- Alix Yaneth Berdomo-Romero, Claudia Andrea Ramírez-Berdomo. Percepción de calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia. *Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm Neurol*. 2017; 46@:26-31.
- 3.- José Fidel Valladares Salazar, Martha Irazema Cárdenas Rojas. Funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes hospitalizados en el HGZ1 IMSS, Colima. *Rev Mex Med Fam*. 2017; 4:127-31.
- 4.- Eduardo Delgado Parada, Oscar Suarez Álvarez, Ricardo de Dios del Valle, Ineyvis Valdespino Páez, Yolanda Sousa Ávila y Gerardo Braña Fernández. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen*. 2014; 40:57-64.
- 5.- María Crespo, Ma Teresa Rivas. La evaluación de la carga del cuidador: Una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud* 26 (2015) 9-16.
- 6.- Virginia Janeth Alpuche Ramírez, Bertha Ramos del Rio, Mario Enrique Rojas Rusell, Carlos Gonzalo Figueroa López. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, Volumen Num.2:237-345, julio-diciembre 2008.

Notas

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Información para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual "Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication", del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.

Noticias

Arranca Doctorado en Ciencias Socio Médicas con Sede en la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud.

¿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.)

ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

Imbiomed

Dialnet

Latindex

Benson Collection of University of Texas Libraries

www.yakult.mx

Cengage learning

Visita nuestra página web:

www.uisess.org



BOLETIN UISESS, Año 19, Número 1, Enero-abril 2018, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 3668 3000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-083111024900-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Impreso por Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 31345300, este número se terminó de imprimir en Junio de 2018, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.

**Editora del Boletín**

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

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. Ma. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

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

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrieth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. Tuffic Miguel Ortega

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila

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

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio**Delegación Jalisco del I.M.S.S.****Delegado Estatal**

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y 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.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

www.yakult.mx