



J. M. Mansilla Domínguez

## Estancias temporales. Un alivio para el cuidador

D.U.E. Residencia de Estancias Temporales de la Comunidad  
Autónoma de Madrid

Correspondencia:  
J. M. Mansilla Domínguez  
Aragón, 13 - 1º C  
28320 Pinto (Madrid)

### RESUMEN

Nuestra sociedad está observando un envejecimiento progresivo de la población, debido en gran medida al descenso de la natalidad y al progreso de la medicina. Este aumento en la proporción de personas mayores, unido a los avances científicos y médicos, que los hacen supervivientes a enfermedades impensables en otra época, están contribuyendo indirectamente a que nos encontremos con un gran número de personas con deterioros físicos y/o mentales propios del envejecimiento y dependientes de los demás para realizar sus actividades de la vida diaria. Los principales suministradores de cuidados a nuestros ancianos dependientes son los familiares, y con un reparto no homogéneo de los cuidados dentro de la familia, recayendo normalmente en un solo miembro, el *cuidador principal*.

El cuidado de un anciano dependiente produce impactos físicos y/o psicológicos variables, unido a trastornos psiquiátricos (ansiedad, estrés, depresión,...), colocando al cuidador en una situación de alto riesgo para su salud

### SUMMARY

*Our society is experiencing progressive aging of the population, due in great measure to the decline in birthrate and medical progress. The growth in the proportion of elderly persons and scientific and medical advances, which help people to survive diseases that at one time were mortal, are contributing indirectly to the increase in the number of persons with physical and/or mental deterioration characteristic of age, who are dependent on others for daily living activities. The main caregivers for dependent elderly are family members and, given the non-homogeneous distribution of tasks in the family, this responsibility usually falls on a single member, the principal caregiver.*

*The case of a dependent elderly person produces physical and psychological impact as well as psychiatric disorders (anxiety, stress, depression), placing the caregiver in a high risk situation for his or her mental and physical health. Projects such as the one described here could contribute to improving this social problem.*

162 mental y física. Por ende, proyectos como el que aquí se menciona podrían contribuir de alguna manera a mejorar esta problemática social.

### PALABRAS CLAVE

Cuidador principal; Sobrecarga; Estancias temporales; Anciano dependiente.

### KEY WORDS

*Principal caregiver; Overload; Temporary stays; Dependent elderly.*

### INTRODUCCIÓN

El ser humano tiende a eludir la vejez aunque, si nos detenemos por un momento a pensar, el camino hacia el envejecimiento empieza en el mismo momento de la concepción. Teniendo esto en cuenta y con suma objetividad y realismo un filósofo afirmó: «*Envejecer no es tan malo, si uno tiene en cuenta cual es la alternativa*».

En un principio, envejecer sería un anhelo al que todos desearían llegar, aunque tal deseo encubre una tremenda contradicción, ya que la vejez, lo mismo que la muerte, constituyen un tabú de primera magnitud para el ser humano. La mayoría de los humanos basan sus sentimientos en temores primitivos, prejuicios y tópicos más que en un auténtico conocimiento sobre la propia vejez.

No es de extrañar, por ello, que muchos niños y jóvenes teman envejecer, que muchos adultos declaren frecuentemente que una vez acabada su edad madura preferirían morir y que muchos ancianos no hagan nada por seguir viviendo.

Los avances científico-tecnológicos y los cambios sociales acontecidos durante las últimas décadas están provocando importantes y vertiginosos cambios en nuestra sociedad. La estructura tradicional de la familia está cambiando junto al apoyo mutuo entre sus miembros, pasando de una familia de tres generaciones (abuelos, padres e hijos) a una familia nuclear (padres e hijos). Debido, sobre todo, a que este tipo de estructura es la que mejor se adapta a las necesidades económicas y sociales que impone la sociedad de consumo.

Por otro lado, la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida no sólo

están produciendo un aumento en la proporción de personas mayores en la población, sino que además los avances científicos y médicos hacen que muchos de ellos sobrevivan a enfermedades y a problemas impensables en otra época. Aunque, en muchos casos, esta supervivencia conlleva diferentes grados de incapacidad, que hacen muy difícil que puedan volver a desenvolverse por sí mismos de forma independiente. Aparece entonces la dependencia en sus diferentes formas, siendo los miembros más cercanos de la familia los encargados de prestar apoyo y proveer cuidados a largo plazo, convirtiéndose en cuidadores principales. Porque, pese a todo, hoy por hoy, la familia continúa siendo el mayor proveedor de servicios de atención a la salud y de apoyo a nuestra sociedad.

Surge entonces la necesidad de que la sociedad ofrezca fórmulas imaginativas como la que se expondrá posteriormente, tanto para que el anciano no sólo viva más años sino que pueda hacerlo con el mínimo grado de enfermedad y/o incapacidad y con la mejor calidad de vida, como para ofrecer al cuidador principal un lugar de "respiro", gracias al cual pueda descargar el estrés acumulado que conlleva ofrecer continuos y específicos cuidados al anciano dependiente.

### ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL Y POBLACIONAL

Parece evidente que el hombre a lo largo de la historia se ha planteado dos problemas básicos en torno a la vejez; ventajas e inconvenientes



inherentes a la misma y cómo se puede impedir el proceso de envejecimiento.

El anciano ha sido marginado en casi todas las culturas clásicas y por casi todos los pueblos. En la cultura griega donde era escaso el número de personas que alcanzaban la edad de los 75 años y que, según autores, raramente excedía del 3%, la vejez y la muerte estaban entre los KERES, males de la vida, y eran dos de los más implacables e inevitables. Para muchos, la vejez era considerada como un castigo. Sócrates dudaba en prolongar su vida ante el temor de verse obligado a pagar el tributo de la vejez: ser ciego y sordo, torpe de ingenio, con dificultad para aprender y rapidez para olvidar (Sánchez Caro J., 1985).

La sociedad actual no ha cambiado sustancialmente, y el anciano sigue marginado aunque de una forma más sutil: nuestra civilización basa su cultura en el trabajo, el rendimiento, y el consumo, es una sociedad orientada básicamente hacia la juventud y sus valores. El anciano, al ser improductivo y tener, en general, pocas posibilidades para el consumo, vuelve a ser marginado. En este sentido se debe fomentar la superación de las distancias entre los diferentes grupos generacionales y evitar que la vejez siga siendo la edad más expuesta a la marginación.

Se puede decir que la duración máxima de la vida no ha aumentado de forma significativa durante milenios, la mayoría de las personas siguen teniendo los 90 años bíblicos como límite superior. Lo que sí ha aumentado, al menos en los países desarrollados, es la esperanza de vida global. La mejora de la calidad de vida y los progresos de la medicina y, especialmente, el control de las enfermedades infecciosas, han hecho que la gente viva ahora más tiempo que hace algunos años.

A principios de siglo en España, un recién nacido tenía, como máximo, un techo de poco más de 33 años si era hombre y 35 si era mujer. En la actualidad, sin embargo, nuestra esperanza de vida al nacer supera los 75 años.

Se conoce como envejecimiento poblacional el aumento progresivo de la proporción de personas ancianas en relación con la población total, teniendo esto en cuenta se puede concluir que: son países jóvenes aquellos que tienen un índice de envejecimiento inferior al 7%, países en tran-

sición entre un 7% y un 11%, y países envejecidos por encima de un 11%.

En el continente más envejecido, Europa, los países centroeuropeos tienen alrededor del 15%. Casi todos los países han duplicado su población en el último siglo, aumentando su índice de envejecimiento en un 50% (Sánchez Caro J., 1985).

Sin duda, nos encontramos con un grupo de población amplio, y cada día más numeroso, miembros de la comunidad y demandantes de cuidados de salud. La Salud Comunitaria debería esforzarse en responder a esta demanda clínica asistencial, en aras de mejorar la calidad de vida del anciano y su integración social.

#### LA FAMILIA COMO SOPORTE ASISTENCIAL DEL ANCIANO DEPENDIENTE. UNA REALIDAD COMUNITARIA

Nuestra sociedad, como hemos comentado anteriormente, está observando un envejecimiento progresivo de la población, debido en gran medida al progreso de la medicina y al descenso de la natalidad. Estos cambios sociosanitarios, están modificando la pirámide de población (pareciéndose cada vez más a un rectángulo).

Conforme envejece la persona, aún sin tener ninguna enfermedad, va aumentando su deterioro físico y/o mental, haciéndola más dependiente de los demás para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). Cuando además, padece una enfermedad, su menoscabo puede alterar todavía más su capacidad funcional y conducirle a un hándicap social.

La tendencia hospitalaria actual permite que el paciente anciano retorne a su domicilio lo antes posible, incluso en situaciones poco funcionales con gran dependencia de los demás, en la mayoría de los casos, de los miembros más cercanos de la familia. Cuanto mayor es la edad del paciente, su capacidad de recuperación es más lenta e incompleta; por ello es frecuente ver cómo ancianos con importantes discapacidades son cuidados y tratados en el domicilio familiar.

Los estudios sobre personas dependientes muestran que son los miembros más cercanos de la

164 familia los que con mayor frecuencia prestan su apoyo y proveen cuidados a largo plazo. Desde 1980, numerosos investigadores se vienen interesando por analizar el cuidado que los familiares y amigos ofrecen a personas discapacitadas, entre ellos los ancianos. No sólo han estudiado la contribución de los familiares, en términos de las atenciones que estos prestan, sino también la forma en que asumir el rol de cuidador puede afectar a distintas áreas de su vida (Mateo Rodríguez I. y cols., 1996).

Al hablar de cuidado de la Salud y de Sistemas de Salud, por lo general, se habla del papel de los Servicios Sanitarios y cada vez se da más valor a la labor de otros sistemas (sociales, grupos de voluntariado,...), pero con frecuencia se olvida el papel que juegan las redes de apoyo social; familiares, amigos y vecinos prestan su ayuda en momentos de enfermedad.

La atención a la salud prestada por los servicios sanitarios, no es más que la punta del iceberg del sistema global de cuidados. En general, se admite que, teniendo en cuenta toda la gama de enfermedades existentes, el sistema sanitario formal sólo dispensa un 12% del cuidado que consume un enfermo. El 88% del tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico (Durán M. A., 1988).

El *cuidado informal*, que se enmarca dentro de la acción social en salud denominado "Sistema Informal de Atención a la Salud", se define como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

Los ancianos constituyen los principales beneficiarios de los cuidados de salud prestados en el ámbito del sistema informal. Los datos de la Encuesta sobre Desigualdad Social y Doméstica, realizada por el CIS en España, muestran que un 22% de los hogares españoles acogen a una persona de edad avanzada. El 20% de los ancianos necesitan atención permanente aunque conservan su autonomía.

Hoy por hoy, la familia continúa siendo el mayor proveedor de servicios de atención a la salud y de apoyo a nuestra sociedad. La mayoría de los ancianos dependientes viven en la comunidad y son mantenidos ahí por cuidadores informales (Mateo Rodríguez I. y cols., 1996).

Los principales cuidadores informales son los familiares, aunque el reparto de cuidados dentro del núcleo familiar no es homogéneo. Con frecuencia, una persona asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, y se define como *CUIDADOR PRINCIPAL*.

Los factores claves que interactúan para producir una jerarquía de obligaciones acerca de quién debe asumir el rol de cuidador principal, son las relaciones familiares y el sexo. Así, los cuidados son prestados, por lo general, por mujeres miembros de la misma familia y que, con frecuencia, conviven en el mismo domicilio.

Por otra parte, una vez que una persona se convierte en cuidador/a principal, los otros familiares dejan de sentirse responsables de los cuidados y su participación en los mismos es escasa, presentándose solamente a demanda del cuidador/a principal cuando lo considera imprescindible para cubrir las necesidades del cuidado (Mateo Rodríguez I. y cols., 1996).

Aunque, desgraciadamente, con frecuencia el cuidador principal también es anciano, la mayoría de las veces es el ama de casa, y como consecuencia de los cambios socioculturales a los que estamos asistiendo; cambios en la estructura familiar, incremento en la participación laboral de la mujer, esto puede implicar un descenso en la disponibilidad futura de los cuidadores del sistema informal.

La permanencia de un anciano dependiente en el domicilio conlleva, aparte de la prestación directa de cuidados, la movilización de otros recursos disponibles; cuidados médicos generales, coordinación del cuidado global de enfermería, y el correcto adiestramiento en el manejo de los sistemas de alarma. El cuidador/a principal es quien toma las decisiones sobre el uso de los servicios sanitarios, sobre cuales son sus necesidades y tipo de apoyo que necesita. Este cúmulo de responsabilidades puede llevarles a abandonar actividades personales, reduciendo el número de horas de trabajo e incluso, en algunos casos, llegar a dejarlo, porque la prestación de cuidados informales se caracteriza, en general, por su continuidad temporal (Caballero García J.C. y cols., 1984).

En ocasiones, existen circunstancias familiares que dificultan el buen trato al anciano; el escaso número de hijos/as, la falta de adaptación del



domicilio, el trabajo fuera del hogar de sus miembros, la falta de recursos económicos, la falta de tiempo disponible en general, el deficiente contacto con los profesionales sanitarios, el escaso conocimiento de los recursos sociales existentes, así como la presencia de barreras arquitectónicas, pueden dificultar el cuidado físico del anciano y su integración social al medio que le rodea (Caballero García J. C. y cols., 1984).

En ocasiones, el cuidado de un anciano dependiente produce un impacto físico (contracturas, lesiones de espalda, esguinces, etc) y/o psicológico variable, originando reacciones emocionales variadas; cambios en la función conyugal, en la función padres-hijos y trastornos psiquiátricos (ansiedad, estrés, depresión), colocando al cuidador en una situación de alto riesgo para su salud mental y física (Pearlin L. I., 1992).

#### AYUDAS AL CUIDADOR INFORMAL Y HABITUAL. PROBLEMA Y RESPONSABILIDAD COMUNITARIA

Una cuestión principal del debate acerca del sistema informal de cuidados, se refiere a la forma en que el sistema formal puede apoyarle en sus funciones. El objetivo de las intervenciones del sistema formal debería ser el mantenimiento, tanto como sea posible, del apoyo informal.

El sistema informal se puede concebir como un "recurso" para cuidar a personas dependientes. La red informal constituye una parte importante del equipo de atención global a la salud de un anciano dependiente, considerando a los agentes de cuidados informales como "Clientes Secundarios" de los servicios formales.

Por lo general, cuando se utiliza una estrategia dirigida a apoyar al cuidador, también estamos interviniendo en la mejora de su calidad de vida, ya que se le está ayudando a manejar situaciones problemáticas a las que se enfrenta de forma cotidiana. Por otra parte, sin duda, cualquier intervención que mejore la calidad de vida y el bienestar del cuidador redundará en un mejor ejercicio de su función como cuidador y aumentará la probabilidad de que continúe cuidando.

Una forma de ayudar al cuidador consiste en "ayudarlo a cuidar", incrementando su capacidad

para ofrecer cuidados. Ofrecerle información sobre el problema del anciano al que cuida y su evolución, sobre cómo manejar síntomas y cómo afrontar problemas psicológicos, o reacciones emocionales que pueden aparecer, tanto personales como de la persona a la que cuida.

También es importante que las familias conozcan y puedan beneficiarse de los recursos prácticos y económicos disponibles (ayuda a domicilio, Hospital de día, recursos de Servicios Sociales, educativos, y grupos de voluntarios).

Diferentes autores han analizado el concepto de *sobrecarga* y han dirigido las propuestas de intervención con cuidadores hacia la disminución de los niveles de la misma. Este concepto ha centrado la mayoría de los estudios sobre cuidados informales. Debido a que los cuidadores/as con mayor sobrecarga emocional tienen más probabilidad de tener mermada su capacidad para continuar cuidando, aumentando con ello el riesgo de abandono de los cuidados del beneficiario, en este caso el anciano (Pearlin L. I., 1992).

Algunas actuaciones sanitarias, psicológicas y sociales que se están ensayando y que están demostrando cierto grado de eficacia son:

- Servicio de educación psicológica y grupos de soporte para esposos.
- Programas globales de consejos a los cónyuges del paciente con enfermedad de Alzheimer.
- Creación de programas de ayuda que permitan informar de la enfermedad y evolución, facilitar apoyo psicológico, económico y clínico-asistencial.
- Dentro de la asistencia Geriátrica social y Comunitaria nos encontramos, los centros de día y los servicios a domicilio.

Sin embargo, las intervenciones deben dirigirse también a formular programas que puedan mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales, minimizando los sacrificios que el hecho de cuidar les exige, ofreciendo servicios comunitarios que permitan al cuidador tener tiempo libre, vida social, y mantener su empleo.

Puede tener sentido enseñar estrategias de gestión del tiempo, planificando, organizando, delegando, estableciendo prioridades.

De ahí la importancia de planificar y crear servicios de "respiro" para los cuidadores, como

166 la *residencia de estancias temporales* que a continuación se presenta, en la que el anciano es acogido durante un periodo de tiempo, eliminando del cuidador la sobrecarga objetiva (eventos objetivos) y subjetiva (estrés).

Aunque la cuestión fundamental no es sólo cómo aliviar el estrés, sino cómo organizar la sociedad de manera que cuidar a las personas dependientes en la comunidad sea más justo y humano.

### RESIDENCIAS DE ESTANCIAS TEMPORALES. UNA NUEVA ALTERNATIVA

En esta línea de acción, la Comunidad de Madrid está desarrollando un proyecto de estas características, que ambiciona satisfacer las necesidades tanto del anciano dependiente como de su cuidador. Para ello, este tipo de centros residenciales se ha marcado una serie de objetivos:

- El motivo principal es descargar a los familiares o cuidadores que atienden habitualmente a personas mayores.
- Otro de los objetivos es atender a personas mayores que, aún viviendo solas, necesiten con carácter temporal atención en un centro residencial como puede ser el caso de postoperatorios quirúrgicos, disminuyendo así el número de días de hospitalización.
- El tercer objetivo es atender a personas mayores cuyos cuidadores, por circunstancias externas, les sea imposible temporalmente su cuidado.

En este tipo de centros residenciales se ofrece permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención integral en un centro residencial, durante un periodo de tiempo predeterminado, con una duración máxima de dos meses, siendo posible prolongar la estancia un mes más previa causa justificada.

Los motivos de ingreso pueden ser de distinta índole:

- Enfermedad o intervención quirúrgica del cuidador.
- Causas laborales, traslado de domicilio del familiar que atiende a la persona mayor.
- Cuidados durante un periodo de convalecencia de aquellas personas mayores que no precisen atención hospitalaria.

- Descanso y apoyo de familiares o cuidadores.
- Otras causas que impidan temporalmente al cuidador seguir atendiendo al anciano, o a permanecer este sólo en su propio domicilio.

La labor realizada por el equipo de enfermería geriátrica juega un papel esencial en este tipo de centros, ya que ofrece tanto al anciano como al cuidador principal información sobre el problema del anciano y su evolución, cambios que cabe esperar y adiestramiento sobre cómo manejar síntomas y detección de signos de alarma. También se les ayuda a identificar situaciones en las que es mejor consultar a un profesional y las que puede atajar por el mismo, enseñándole habilidades y técnicas para ellos.

En concreto, implicaría:

- Ofrecer información sobre el proceso de enfermedad del anciano al que cuida.
- Entrenar en formas alternativas de prestar cuidados, que no afecten a la salud del cuidador.
- Mostrar estrategias sobre planificación y uso del tiempo de forma más organizada y eficiente.

Este nuevo enfoque en la asistencia institucionalizada al anciano en contrapartida a las tradicionales residencias geriátricas proporciona un *alivio* para el cuidador principal, el cual a su vez es adiestrado en los cuidados del anciano dependiente, garantizando una mejor asistencia, mejorando la calidad de vida del cuidador y beneficiando con ello la salud del anciano y su bienestar.

La gran problemática social existente, junto a los motivos mencionados, justifican la futura puesta en marcha de más centros residenciales de estas características.

### CONCLUSIÓN

Sin duda, nos encontramos ante un amplio grupo de población anciana, cada día más numeroso, que aqueja procesos altamente invalidantes y desestructuradores del medio familiar. Es función y responsabilidad de la Salud Pública y Comunitaria y del conjunto de la sociedad mante-



ner a sus ancianos en su entorno familiar, en la medida de lo posible; mantenerlo entre el contacto de sus familiares, amigos, vecinos y rodeados de las cosas domésticas y apoyar al cuidador/a principal del anciano.

En la actualidad, los sistemas de salud de todo el mundo tratan de adaptarse y ofrecer respuestas a las nuevas demandas de los ciudadanos, de las

que las personas mayores son una parte cada vez más importante, no sólo por su peso demográfico, sino porque una sociedad moderna y sensible como la nuestra, no puede obviar la deuda contraída con las generaciones que le precedieron, a las que debemos todo y que son, por tanto, merecedoras del máximo esfuerzo en la satisfacción de sus necesidades.

### BIBLIOGRAFÍA

- CABALLERO GARCÍA, J. C.; ESPINA, F.; IRISAR, J. (1984) "Atención Domiciliaria al anciano con demencia". Rev Geriátrica. Vol. 1: 75-89.
- DURÁN, M.A. (1988) "El cuidado de la salud. De puertas adentro". Madrid. Ed: Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- EVANS, R. L. (1992) "The Family's Role in stroke rehabilitation". Rev Geriátrika. Vol: 71. 135-139.
- MATEO RODRÍGUEZ, I.; GARCÍA CALIENTE, M. M. (1996). "Salud Pública y educación para la salud". Las Palmas. Ed: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.
- PEARLIN, L. I. (1992) "The Careers of caregivers". Gerontologist. Vol. 32: 647-648.
- SANCHEZ CARO, J. ; RAMOS, F. (1985) "La vejez y sus mitos". Barcelona: Ed: Salvat.