



M. García Hernández

Profesora Titular de Enfermería Geriátrica.
Universidad de Barcelona.
Vicepresidenta SEEGG.

La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales

Responsibility of informal caregiver training

Conferencia pronunciada durante las Jornadas IMSERSO-SEEGG. Madrid, 22 y 23 Noviembre 2000.

La conferencia que voy a desarrollar versa en torno a una cuestión esencial: ¿de quién debe ser la responsabilidad de la formación de los cuidadores informales? Voy a articular esta presentación a través de los siguientes puntos.

- Responsabilidad de formación de cuidadores informales.
- Tipología de los cuidadores informales.
- Bases de formación de los cuidadores informales.
- Momento actual de la formación de los cuidadores informales.

RESPONSABILIDAD DE FORMACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES

Dicha responsabilidad es de las enfermeras porque somos nosotras las profesionales del cuidado. Aunque les pueda parecer una afirmación rotunda voy a explicar los principios en que me he basado para afirmarlo. Por un lado la propia evolución de la Enfermería como profesión y la definición de lo que hoy es ser enfermera y, por otro, las recomendaciones del Comité Consultivo de enfermeras de la Unión Europea, enero de 1995, en atención de enfermería a las personas mayores.

En cuanto a la evolución de enfermería debo decir que si bien es cierto que la enfermería es una ocupación cuya raíz, CUIDAR, se pierde en la propia memoria de la historia de la humanidad, también lo es, que las personas que han llevado a cabo esta ocupación no han tenido la misma idea acerca de su misma razón de ser. Por otra parte, el propio concepto de salud ha evolucionado a través de los tiempos, influido por valores económicos, sociales, religiosos o técnicos de la sociedad. En cierto modo el camino de la Enfermería hacia la profesionalización ha estado íntimamente ligado a estos cambios y a los motivos que en ellos influían.

Estos cambios fundamentalmente han sido debidos a los esfuerzos realizados para elevar el nivel de vida y de la eficacia de los programas de salud que han permitido a la humanidad superar problemas en los puntos críticos de la primera etapa de la vida del hombre y, también, del paso de esta a la edad adulta, llegando ahora con mayor frecuencia a la vejez.

Prolongar la vida del hombre significa, ni más ni menos, alargar el tiempo de vejez para cada individuo, pero también aumentar el número de seres humanos viejos, que por ser portadores de



particularidades biofisiológicas, sociales y psicológicas, van alejándose del común del adulto, para transformarse en adultos diferentes. Pero no basta con aumentar la esperanza de vida sino que concomitante a este privilegio debe lograrse una vida sana, con posibilidades de realización y de adaptación favorables, así como lo más normal dentro del contexto social y familiar. Es en este punto donde el papel de la enfermera adquiere toda su razón de ser y para ello es necesario recordar la definición que Virginia Herdenson hace de la Enfermería y que la OMS así lo reconoce:

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”.

En cuanto a la Recomendaciones y Directrices de la Unión Europea cabe distinguir las siguientes:

- Las personas mayores son individuos con unas características, cualidades y necesidades personales propias que tienen derecho a vivir su vida del modo más satisfactorio y positivo posible.
- Las personas mayores tienen derecho a ser atendidos por enfermeros cualificados que les suministren los cuidados de enfermería necesarios dondequiera que vivan y que les garanticen un trato respetuoso y digno hasta el final de sus vidas.
- Los servicios de enfermería deberían estar disponibles para todas las personas mayores a fin de conseguir los objetivos de fomento y mantenimiento de la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación, de acuerdo con las necesidades de cada paciente/cliente.
- La atención de enfermería a personas mayores debería partir del principio de que las personas en esta fase de su vida tienen necesidades específicas, siendo conscientes ellos mismos de algunas aunque no de otras, caso en el que requerirán ayuda para identificarlas. Los servicios de enfermería deben ser capaces de dar una respuesta a ambas situaciones.
- Las personas mayores tienen numerosas preocupaciones: físicamente, sienten que su poder y

fuerzas disminuyen; psicológicamente, son conscientes de que se les asigna un estatus social inferior; emocionalmente, a menudo se sienten aislados e inseguros. Hay que reducir al mínimo estas preocupaciones en caso de que no se puedan suprimir totalmente. Los enfermeros pueden eliminar muchas de ellas gracias a sus cualidades, habilidades y características personales, produciendo, a la vez un efecto saludable y terapéutico.

- La sociedad influye en el proceso de envejecimiento de los individuos, por lo que los enfermeros deben tener en cuenta los siguientes factores al prestar atención de enfermería o interactuar con otras personas:

- El entorno social, cultural y psicológico que rodea a las personas de la tercera edad.
- Los cambios que afectan al comportamiento y la percepción de sí mismos.
- La familia y el contexto social que facilita apoyo y cuidados.
- La identidad de los grupos de la comunidad que suministran apoyo social.
- Las consecuencias del incremento de la población de edad avanzada en la sociedad, y su definición de la salud como un factor determinante del bienestar.
- El apoyo a las personas mayores deben ser dispensados por enfermeros que conozcan a fondo la problemática del envejecimiento, que se interesen realmente por las personas mayores y sus familiares, que estén cualificados para trabajar con ellos y que se preocupen por la calidad de la atención prestada.

Como ven estos objetivos en las Recomendaciones y Directrices de la Unión Europea son las bases que nos explican que las enfermeras como fuerza social, tienen la responsabilidad de suministrar y fomentar la mejor atención a los ancianos, incluyendo intervenciones destinadas al individuo la familia o la comunidad y por tanto el liderazgo en los cuidados en el anciano.

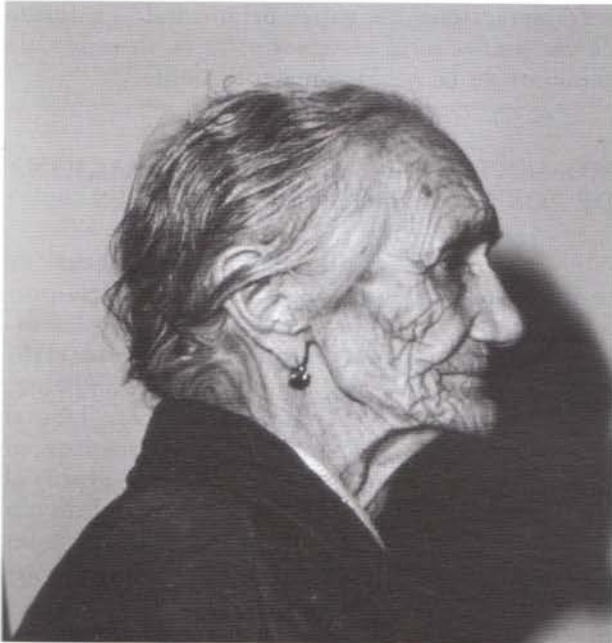
TIPOLOGÍA DE LOS CUIDADORES INFORMALES

Cuando hablamos de cuidadores informales debemos de distinguir estos de los cuidadores cuasi-formales o cuasi-profesionales. Los prime-



Revista científica

ECOS



69

– Solo el 8,5% desarrolla un trabajo remunerado que compatibiliza con los cuidados; de estas personas, trabajan a jornada completa el 63,5%, a media jornada el 20% y durante horas sueltas el 14,3%.

Es importante conocer estas tipologías porque en el punto que voy a tratar a continuación, “*bases de formación de los cuidadores informales*”, esta formación deberá ser en función de las capacidades y habilidades de los cuidadores no debiéndoseles exigir más de lo que ellos puedan asumir.

BASES DE FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES

El tipo de formación que deben recibir los cuidadores informales, deberá tener en cuenta, ante todo, a que tipo de paciente deben cuidar, cuales son los problemas reales y potenciales y por tanto presentes y futuros que deberá hacer frente, así como las capacidades y habilidades del cuidador para hacer frente a las múltiples demandas de cuidados que estos problemas presentaran.

Por ello la formación debería de ser lo más personalizada posible, esto no excluye evidentemente que esta formación pueda realizarse en grupo cuando va destinada a personas que tienen problemas comunes, como sería la formación que se realiza desde asociaciones de familiares, como el caso de familiares de pacientes con Alzheimer o Parkinson, y que esta formación sirva también para relacionarse con otras personas que están en igual o parecida situación que ellos y puedan establecerse relaciones de autoayuda, objetivo prioritario de estas asociaciones.

Siempre debemos partir de la idea que cada cuidador tiene su propia personalidad, su fortaleza y sus debilidades, pero también el enfermo. El conocimiento de lo que está pasando, como afrontarlo y que habilidades se necesitan para llevar a cabo todas las actividades de cuidado, será beneficioso tanto para el cuidador como para el paciente. Asimismo, es importante conocer si el cuidador va a ser el único encargado del cuidado o lo va a compartir con otros. El lugar donde viven, la forma como viven, el dinero del que se dispone son otros tantos factores que deter-

ros son generalmente la familia en el sentido más amplio y que no perciben ningún tipo de remuneración y los quasi-formales que si reciben remuneración y que pueden depender de una ONG, de empresas de servicios o de los servicios de ayuda a domicilio.

El perfil de las personas cuidadoras según informe del IMSERSO de 1996 son:

- La familia cercana (cónyuge e hijos/as) realiza el 63,8% de los cuidados.
- Otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecindad...) el 8% de la carga de atención.
- A cargo de empleadas/os del hogar está el 5,4% del total de los cuidados.
- Los servicios sociales asumen el 3,8% de los cuidados.

Por otra parte este mismo informe analiza el nivel de estudios y la situación laboral de los cuidadores.

- El 65,6% tiene un nivel de enseñanza muy bajo (sin estudios o con estudios primarios) mientras que, en el otro extremo, solo cuentan con estudios universitarios, medios o superiores, el 6,1%.
- El 75% de personas cuidadoras no tienen actividad laboral alguna (son amas de casa el 50%, jubilados el 15% y parados el 9,7%).



70 minarán el contexto general en el que se van a plantear los problemas.

En muchas ocasiones la formación que reciben los cuidadores es desde el Hospital o los centros Socio-sanitarios al ser dado de alta el paciente, esta suele ser precipitada y con poco tiempo para que pueda asimilar toda la información que se le está dando, es por ello que sería necesario hacerlo a lo largo del ingreso y no en el momento del alta y seguirlo a través de las enfermeras de Atención Primaria, esto requiere evidentemente una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención.

Los puntos que en general se desarrollan en esta formación, teniendo en cuenta las situaciones de cada caso son:

– Todo lo relacionado con las actividades de la vida diaria, es decir, alimentación, eliminación tanto urinaria como fecal, higiene/aseo, vestirse y desvestirse, reposo y sueño y movilidad.

– Todo lo relacionado con procedimientos, tales como, manejo en la administración de medicamentos tanto oral, rectal como por inhalación, y si es el caso, administración de insulina; el manejo de las úlceras por presión, de las ostomías, del sondaje gástrico o del vesical; y el manejo de la alimentación por sonda y alimentación enteral.

– Actuación en situaciones de urgencias y medios para poder afrontarlas en el propio domicilio o bien para poder trasladarlos.

– Prevención de riesgos tanto de la persona cuidada como del cuidador, con la adaptación del entorno y el manejo de las situaciones de estrés.

– Fomento del autocuidado mediante la potenciación de la autonomía, estimulando las capacidades residuales.

El seguimiento de todo ello así como las modificaciones que hubiera al plan trazado, al surgir nuevos problemas, deberían estar coordinadas por el equipo de atención primaria en el que la

enfermera tiene un papel primordial. La forma de facilitarlos sería el registro de la situación de atención de la población dependiente.

MOMENTO ACTUAL DE LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES

Es muy difícil analizar la situación actual de la formación de los cuidadores informales, porque esta es variopinta y muy desigual en las diferentes comunidades autónomas. Esta se realiza desde entidades cuyo objetivo es compensar fracasos escolares o incorporar al mundo laboral grupos excluidos o marginales, que se proveen con fondos europeos, cuya titulación la expide el Ministerio de Trabajo, sin ningún control de objetivos, solo el control de requisitos para conseguir los fondos europeos, hasta ONG. Sí se puede constatar que en la mayoría de los casos los profesionales que imparten esta formación no son profesionales del cuidado con el sesgo que esto comporta.

Sí de verdad queremos que nuestros ancianos tengan buena atención y calidad de vida, objetivo prioritario de todos los planes gerontológicos, es necesario que algunas cosas cambien y que se dimensionen correctamente otras.

Las enfermeras, a lo largo de nuestra historia como profesión, hemos demostrado que somos capaces de acoplar nuestra práctica profesional a las nuevas demandas que la sociedad nos plantea, ahora ante el gran envejecimiento de la población y los problemas que ello plantea, también asumimos el reto de afrontar las demandas que de ello se deriva para conseguir como decía Langarica Salazar: *"El más noble de los destinos del género humano es envejecer gozando la mejor salud posible."*