

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

NIVEL DE PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES DE LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE GERIATRÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA.

Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Dra. Ana Mary Lara Figuereo

Asesores

Claridania Rodríguez Berroa

Dra. Bienvenida Piñeyro

Dra. Evelyn Ulloa Olivares

Los conceptos expuestos en la presente tesis de pos-grado son de la exclusiva responsabilidad del sustentante

Distrito Nacional: 2017

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| I. Introducción | 1 |
| I.1. Antecedentes | 2 |
| I.2. Justificación | 4 |
| I.2. Planteamiento del problema | 5 |
| I.3. Objetivos | 6 |
| I.3.1. General | 6 |
| I.3.2. Específicos | 6 |
| II. Marco teórico | 8 |
| II.1. Cuidador | 8 |
| II.1.1. Tipos de cuidador | 8 |
| II.1.2. Factores nosógenos en la función del cuidado | 11 |
| II.1.3. Factores individuales y sociales que se ven alterados en el ciclo de vida cuidador primario | 21 |
| II.1.4. Sentimientos de carga en el cuidador primario | 22 |
| II.2. El estrés | 22 |
| II.2.1. Concepto de estrés | 23 |
| II.2.2. Causas del estrés | 24 |
| II.2.3. El estrés como estímulo | 27 |
| II.2.4. El estrés como respuesta | 35 |
| II.2.5. Clasificación del estrés | 41 |
| II.2.6. Respuestas no específicas del estrés | 42 |
| II.2.7. Diagnóstico | 43 |
| II.2.8. Reacciones clínicas ante el estrés | 44 |
| II.2.9. Manejo del estrés | 45 |
| III.1 Hipótesis | 49 |
| III.2. Operacionalización de las variables | 50 |
| III.3. Material y métodos | 51 |
| III.3.1. Tipo de estudio | 51 |
| III.3.2. Demarcación geográfica | 51 |
| III.3.3. Universo | 51 |
| III.3.4. Muestra | 51 |

| | |
|--|----|
| III.3.5. Criterios de inclusión | 51 |
| III.3.6. Criterios de exclusión | 52 |
| III.3.7. Fuente de datos | 52 |
| III.3.8. Procedimiento | 52 |
| III.3.9. Tabulación de la información | 52 |
| III.3.10. Análisis | 52 |
| III.3.10. Principios éticos | 53 |
| IV.1. Resultados | 54 |
| IV.2. Discusión | 62 |
| V.1. Conclusiones | 65 |
| V.2. Recomendaciones | 66 |
| V.3. Referencias | 67 |
| V.4. Anexos | |
| V.4.1. Cronograma | |
| V.4.2. Instrumento de recolección de los datos | |
| V.4.3. Costos y recursos | |
| V.4.4. Consentimiento informado | |
| V.4.5. Evaluación | |

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016. El universo estuvo constituido por 240 cuidadores y la muestra fue de 53 que presentaron estrés. Se reporta que el 69.8% de los cuidadores presentaron estrés severo y un 18.9% estrés leve, un 30.2% estaba comprendido entre 30-39 años, un 73.6% correspondió al sexo femenino, el 41.56% correspondió a cuidadores casados, el 45.3% tenía un nivel básico de escolaridad, un 64.1% el cuidador era un hijo, en el 52.8% el cuidador tenía entre 1-5 años cuidando y en un 73.6% el cuidador permanecía más de 8 horas cuidando, mientras que un 26.4% permanecía menos de 8 horas.

Palabras clave: Cuidadores, Geriatría, estrés.

ABSTRACT

It was a descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out to determine the level of stress presented by caregivers of geriatric patients who attended the geriatrics consultation at the Juan Pablo Pina Regional Hospital between May-July 2016. The universe was constituted By 240 caregivers and the sample was 53 that presented stress. It was reported that 69.8% of the caregivers presented severe stress and 18.9% had mild stress, 30.2% were between 30-39 years, 73.6% were female, 41.56% were married caregivers, 45.3% had A basic level of schooling, 64.1% caregiver was a child, 52.8% caregiver was between 1-5 years caring and in 73.6% caregiver remained more than 8 hours caring, while 26.4% remained less than 8 hours.

Key words: Caregivers, Geriatrics, Stress.

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región. Como las estructuras demográficas se han modificado, las personas de edad adquieren una mayor representación numérica. El mantenimiento y/o mejora de la salud del adulto mayor (AM) dependiente es un problema multidimensional, más aún en una sociedad como la nuestra donde los servicios estatales o comunales de apoyo al adulto mayor y su familia tienen mucho que mejorar. Un adulto mayor dependiente conviviendo en el seno de la familia puede condicionar una serie de fenómenos en el funcionamiento de esta.¹

El estado de dependencia implica que necesita de otra persona para satisfacer sus necesidades básicas de autocuidado, sin la cual no podría seguir viviendo, se ha observado que un 20 por ciento de los adultos mayores que viven en la comunidad tenían limitación al menos en una actividad de la vida diaria. Ser cuidador de un adulto mayor dependiente constituye un factor de riesgo de morbilidad física y psicológica para el propio cuidador. Algunos cuidadores pueden sobrecargarse del trabajo realizado, lo que conduce a consecuencias negativas tanto en su salud como en la del adulto mayor dependiente a su cargo.²

El síndrome del cuidador se caracteriza por ser una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico, mientras que se puede manifestar, de manera psicopatológica, como depresión y ansiedad. No aparece en todas las personas que están cuidando adulto mayor con enfermedades crónicas, aunque en los casos dados, se ha demostrado una relación con la evolución de la enfermedad y la calidad de cuidados proporcionados por el cuidador.³

Un cuidador estresado es factor de riesgo de abuso e inclusive de muerte del adulto mayor a su cargo. El objetivo de este trabajo es estudiar el grado de estrés en cuidadores geriátricos que acuden a la consulta de geriatría en un hospital del interior del país.

I.1. Antecedentes

Romero llevó a cabo un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de de terminar la relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos del área urbano-marginal Payet, entre febrero-mayo del 2008. Resultados: El 77,4% tenía entre 25 a 59 años. El 61,3 por ciento de los cuidadores tenía un tiempo entre 1 a 8 años cuidando pacientes geriátricos y el 67,7 por ciento empleaba menos de 8 horas diarias en el cuidado. El 90,3 por ciento de los cuidadores no había recibido capacitación para el cuidado. El 75,3 por ciento de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa y el 40,7 por ciento presentó alta severidad de los síntomas somáticos, encontrándose asociación estadística entre estas dos variables. Conclusiones: Se encontró relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en los cuidadores de pacientes geriátricos del área urbano-marginal de Payet.⁴

Flores, *et al*, realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa adscritos al Programa de Postrados del Consultorio Externo y al CESFAM Dr. Jorge Sabat de Valdivia, Chile entre enero-mayo, 2012. Se observó que el 67.8 por ciento presentaban presentó alta severidad de los síntomas somáticos, el predominio del sexo femenino (91%), mayoritariamente correspondía a hijas/os (49,3%), con media de edad de 58,6 años, 85,2 por ciento eran mayores de 45 años, que no realizaban trabajo remunerado fuera del hogar. La mayoría son casados (50,7%), el 64,2 por ciento profesaban religión católica, 22 por ciento refirieron no contar con personas que le ayuden en el rol de cuidar, el 29 por ciento sólo cuenta con 1 ó 2 personas que les colaboran, además el 46,3 por ciento de los cuidadores refirió dedicar 21 a 24 horas del día al cuidado. Cabe destacar que el 43,3 por ciento manifiesta llevar de 1 a 5 años desempeñando el rol de cuidador, el 92,5 por ciento refiere recibir apoyo de las instituciones de salud.⁵

Alvarado, llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, que acude al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor "Tayta Wasi", Lima., Perú, junio-diciembre, 2012. La muestra estuvo conformada por 48 cuidadores familiares que acuden al programa del adulto mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor "Tayta Wasi" en el distrito de Villa María del Triunfo. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de Zarit ya validado (22 ítems). La confiabilidad fue determinada con el Alpha de Crombach ($\alpha = 0.857$). Los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable central y sus dimensiones expresadas en niveles (No sobrecarga, Sobre carga leve, sobrecarga Intensa). Resultados: El 54,2 por ciento de cuidadores familiares presentan sobrecarga leve, seguido por el por el 31,3 por ciento de cuidadores familiares con sobrecarga intensa y el 14,5 por ciento de los cuidadores familiares evidencian una no sobrecarga.⁶

No se ha podido encontrar antecedentes en República Dominicana ni de las bibliotecas a la cual accedimos, por lo cual no se podrá realizar las comparaciones pertinentes.

I.1.1. Justificación

En República Dominicana los datos estadísticos demuestran que la población adulta mayor está pasando por una transición demográfica, es por ello que el profesional médico como parte del equipo multidisciplinario tiene que velar para que el adulto mayor reciba una atención de acuerdo a sus características, tal como lo establece la Organización mundial de la Salud (OMS),

Ante la necesidad se debe preparar planes estratégicos, centrando en la prevención y promoción de la salud. Los trabajos de investigación se centran en lo curativo, es decir, para las personas adultas mayores hospitalizadas o ambulatorios que padecen de alguna dolencia; en cambio, este trabajo está orientado desde el punto de vista promocional-preventivo, específicamente desde el agotamiento del cuidador, ya que es quien vela por el cuidado del adulto mayor frágil en su hogar y como consecuencia de la rutina, indiferencia y agotamiento, podría ocasionar tensión muscular, insomnio, descuido personal, preocupación, mal humor, aislamiento familiar, renuencia a salir de casa, renuencia a conocer nuevas amistades y/o renuencia a asistir a diversiones diversas (cine, teatro, discoteca).

Así el médico que labora en el primer nivel, segundo o tercer nivel de atención debe realizar programas educativos beneficiando tanto al adulto mayor y al cuidador, integrándolos en un mismo ámbito, previamente identificando el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores.

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI es el envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo. Esta situación denota preocupación debido a que el crecimiento poblacional de los adultos mayores, está ocurriendo de forma muy rápida a nivel mundial. En países latinoamericanos.⁷

El Plan Nacional de Atención Gerontológica “se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Establece de acuerdo a nuestras leyes y desde nuestro punto de vista cronológico de la vejez, se entiende como adulto mayor aquella persona que tenga la edad de 60 años a más”, ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: Hacia los derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como del enfoque intergeneracional.

Estos cambios relacionados con el incremento de la población y expectativas de vida traen consigo problemas derivados en incapacidades de tipo crónico y con dependencia funcional que involucran el cuidado de otras personas, cuidado que en gran medida se provee en el hogar por algún familiar, lo que se reconoce en la literatura científica como cuidador familiar; forma de cuidado poco reconocida económicamente por el sector oficial de la salud.⁸

Esta forma de cuidar a los adultos mayores adquiere vigencia en el país pero poco se ha escrito sobre ella y su reconocimiento permitirá a los profesionales de enfermería afianzar el cuidado y las relaciones de este con las otras formas de cuidado del sector salud, para bien y seguridad de este sector de la población.

Es de esperar que este fenómeno sugiera un aumento de las enfermedades asociadas con la edad. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continua de discapacidad, tiendo alto riesgo de generar síndromes geriátricos; por ello la fragilidad, se asocia además con una disminución de la calidad de vida y aumento de los costos ligados a su atención.

Por ello el cuidado de las personas adultas mayores requiere que sea transdisciplinario, donde exista una coordinación estrecha y efectiva en las diferentes disciplinas, que incluya no solo la recuperación sino fundamentalmente la prevención de su salud; es en este contexto donde el profesional interviene con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor frágil en el hogar a través del rol que asume en la educación y apoyo a los cuidadores, debido a que las personas encargadas del cuidado del adulto mayor frágil no cuentan con conocimientos sobre los principales cambios físicos y fisiológicos que experimenta el adulto mayor, así como los cuidados necesarios en el hogar para brindar una adecuada calidad de vida al adulto mayor frágil, quien tiene alguna limitación en realizar todas las actividades.⁹

Lo anteriormente mencionado plantea una problemática que motiva a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016?

I.3. OBJETIVOS

I.3.1. General

Determinar el nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina, San Cristóbal, entre mayo-julio 2016

I.3.2. Específicos

1. Determinar los grupos de edad de la población de estudio.
2. Identificar el sexo de la población de estudio.
3. Verificar el estado civil.
4. Describir el grado de escolaridad.
5. Identificar el tipo de cuidador.
6. Establecer el tiempo al cuidado del paciente geriátrico.
7. Verificar las horas diarias al cuidado del paciente geriátrico.
8. Establecer el grado de sobrecarga del cuidador mediante la escala de Zarit.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Cuidador

Para poder caracterizar el Síndrome del Cuidador debemos primero dejar clara la definición sobre cuidador y su caracterización según nuestro contexto cultural y social. Es probable que los lectores consideren irrelevante la definición del concepto literal ya que podríamos decir que es una persona que cuida, sin embargo no está de más dejar claro el concepto que se maneja en nuestro medio.¹⁰

Es así que de la Real Academia de la Lengua lo define simplemente como el “que cuida”. Pero para hacer un poco más específico el termino nos podemos referir al concepto que nos da la Web de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología sobre cuidadores familiares de personas mayores dependientes que nos dice: un cuidador o cuidadores son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone.

Es así que podemos definir de manera muy general que cuidador es la persona que no es miembro de ninguna institución sanitaria o social y que se encarga de los cuidados totales o parciales de personas no autónomas que viven en su domicilio o muy cerca de este.

II.1.1. Tipos de cuidador

Dentro de toda la bibliografía citada resulta difícil encontrar una clasificación general de los tipos de cuidadores que existen, pero partiendo de nuestro interés en el estudio del cuidador primario o principal lo clasificaremos básicamente en tres tipos para tener una mayor comprensión y diferenciación de la función que cumple cada uno de ellos:¹¹

Cuidador primario.

Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general este vive en el mismo domicilio o muy cerca.

Es mayormente familiar en primer grado del paciente. Gran parte de la información que se encuentra en las diferentes bibliografías acerca del cuidador primario, maneja más o menos la misma terminología, por lo que podemos decir que un cuidador primario es aquella persona que se encarga de proveer múltiples cuidados a un individuo que por alguna situación determinada no los puede realizar por sí mismo.

Sin embargo, el concepto que mencionan *Jamieson y R. Illsley*, nos da una perspectiva más amplia de los roles que cumple un cuidador en la vida de una persona dependiente; manifiesta que “El término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de «tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco.

La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales”. Para mayor comprensión otro concepto propuesto; “Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia”.¹²

Cuidador secundario

Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al paciente y que reciben una remuneración por los cuidados prestados. Además de que deben tener vocación para esta profesión.

Cuidador terciario

Son aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados que forman parte de su sistema o entorno y colaboran en mayor o menor medida en la atención y cuidados al paciente.

Cabe destacar la importancia que conlleva la elección de un cuidador para nuestro familiar, ya que esta persona estará a cargo de todos los cuidados del paciente, es decir, suplirá todas las necesidades básicas y complejas del individuo, por lo tanto influirá de manera directa en la problemática del paciente.

En nuestro medio existen más cuidadores de los que nos imaginamos, pero sin embargo esta labor no es considerada como un trabajo a pesar de que no reciban un salario por su dedicada y desgastante labor sino que simplemente la asumen como una responsabilidad, un deber o su obligación, para algunos cuidadores esta ardua tarea solo se mantendrá por un lapso corto de tiempo ya que la enfermedad o situación que le genera algún tipo de minusvalía es pasajera y con su recuperación tanto el paciente como su dador de cuidados retoman sus actividades cotidianas.¹³

No obstante enfermedades catastróficas tales como El cáncer, el Alzheimer, trastornos mentales graves, insuficiencia renal entre otros representan para los cuidadores familiares un giro inesperado en la mayoría de los casos a todo su proyecto de vida, y el peso más fuerte recae sobre el cuidador primario elegido por los miembros de la familia que hasta ese momento llevaba una vida relativamente estable e independiente.

Debido al vínculo afectivo que existe entre cuidador y paciente lo más probable es que al inicio del tratamiento y cuidados se realice esta actividad con la mayor predisposición y agrado, ya que todos se comprometen a “meter mano” en el proceso, a medida que el tiempo transcurre las redes de apoyo familiar van desvinculándose y todas las responsabilidades terminan recayendo sobre el cuidador primario; de esta manera el enfermo será cada vez más demandante debido a que éste termina convirtiéndose en su única ayuda.

Esta situación desencadena que con el paso del tiempo la persona que asumió todos los cuidados quizás con entusiasmo y dedicación se aleje cada vez más de sus propios proyectos personales, lo que representa una ruptura en el ciclo de vida de esta persona generando en ella factores o síntomas subjetivos como físicos que resultan nocivos y que repercuten no solo en su salud física sino también en su salud psicológica.

II.1.2. Factores nosógenos en la función del cuidado

Desde hace algunos años se viene prestando mayor atención a la sintomatología que presenta una persona con exceso de trabajo, lo que en ambiente laboral se denomina “Burnout” al que Maslach define como un síndrome en el cual “el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores”.¹⁴

El síndrome “Burnout” surge como una respuesta nociva a la sobrecarga de funciones y responsabilidades lo que repercute en su desempeño laboral, es así que de la misma manera el Síndrome del Cuidador se presenta en los sujetos encargados de suplir las necesidades totales o parciales del paciente.

Pues este asumirá los cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año y además esta labor no recibe ninguna remuneración más que la ayuda económica familiar para los gastos médicos del enfermo con la que se cuenta, es por ello que nos atrevemos a afirmar que el desgaste generado en este síndrome es mayor al que se genera en los ambientes laborales por lo que se debería prestar mayor atención por parte de profesionales y familiares.

Las semejanzas y diferencias establecidas anteriormente se hicieron con la finalidad de incrementar nuestro interés y atención a este grupo de personas que se desgastan día a día por el bienestar de su familiar pero que en el mayor de los casos no se le brinda la ayuda y orientación oportuna lo que resulta convirtiendo a nuestro cuidador en otro enfermo, ya que la sobrecarga de cuidados y responsabilidades, además de la demanda desgastante del enfermo son generadores directos de fatiga.

Fatiga

Al referirnos al término fatiga en términos generales es definido por la Real Academia de la Lengua como una agitación duradera, cansancio, trabajo intenso y prolongado. También podemos definirla como una molestia ocasionada por un esfuerzo más o menos prolongado o por otras causas y que se manifiesta en la respiración frecuente o difícil.¹⁵

Es importante hacer una diferenciación con el concepto de “Síndrome de Fatiga Crónica” el cual es definido como “entidad clínica bien establecida que cursa con fatiga de tipo físico y mental persistente e invalidante a pequeños esfuerzos y que resulta insuperable para el paciente”. La fatiga en el cuidador se genera como resultado de las múltiples necesidades, atenciones y cuidados que requiere el paciente con algún tipo de minusvalía, este desgaste se verá incrementada o disminuida según la semiótica y estado de mejoramiento o recaídas que tenga el enfermo.

En la mayoría de los casos de pacientes con enfermedades catastróficas y limitantes solo se darán periodos cortos de estabilidad, pero el mayor tiempo será fuente de agotamiento permanente durante sus periodos agudos de su enfermedad como es el caso de los pacientes con trastornos mentales.

Agotamiento

A menudo escuchamos entre las personas que se encuentran en nuestro medio circundante decir que están cansados o agotados de actividades o situaciones desgastantes o que requieren de un alto nivel de atención, todos en algún momento hemos sentido no poder más frente a una situación, no obstante casi siempre es pasajero y se puede atribuir a causas concretas y muy diversas como insomnio o falta de sueño, un día de trabajo bajo mucha presión y o sometido a eventos estresantes, un viaje largo e incómodo, un problema inesperado o a la realización excesiva de ejercicios físicos o mentales.¹⁶

El agotamiento es una respuesta normal frente a los eventos generadores de desgaste físico y que por lo general se producen por espacios cortos de tiempo. Sin embargo a nuestro sujeto de estudio le pasa todo lo contrario ya que el desgaste que le genera dicho agotamiento es permanente y por largos espacios de tiempo durante el día y noche. Esta exposición directa al desgaste físico es fuente generadora de desmejoramiento en la salud física y emocional del cuidador primario, por esta razón el agotamiento físico y mental conducen a lo que denominamos estrés, conduciendo al individuo dador de cuidados a un estado mucho más desgastante.

Geriatría

Rama de la medicina, es decir una especialidad médica que tiene particularidades que la hacen hoy en día muy necesaria, derivadas de lo que es su razón fundamental: el adulto mayor. La Geriatría debe atender al adulto mayor tanto en situación de salud como de enfermedad. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del adulto mayor como son la soledad, el aislamiento, la dependencia, deben formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra mayores y sus tratamientos. Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad.

Sin embargo la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren. Enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Warren observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, como existían muchos adultos mayores con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró como muchos de estos adultos mayores crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad.

Vejez y proceso de envejecimiento

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características.

El término geriatría se usa por primera vez a comienzos de siglo, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los adultos

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, se puede decir que se presentan las algunas características vitales y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

- Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, entre otros.
- Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, entre otros.
- Substrato: alteraciones moleculares. Ejemplo: glucemia.

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, titulares y celulares afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

Células: Disminución del número de células, atrofia celular, disminución de la capacidad de regeneración celular, sustitución de células (miocitos, nefronas, neuronas) por tejido de sostén (colágeno, fibrina, grasa), disminución del agua intracelular, entre otros. Estos cambios conllevan a una disminución del peso y tamaño de los órganos y a una disminución de su función

Estroma: Aumento de grasa y disminución del agua corporal, disminución del N° de fibroblastos, aumento de cantidad y rigidez del colágeno, calcificación y/o fragmentación de la elastina, depósito de lipofuscina (pigmento de la vejez).

Estos cambios vuelven a los órganos más rígidos, produciéndose una alteración en el aporte de sangre y por ende en la transferencia de oxígeno, nutrientes y sustancias de desecho.

Envejecimiento en la piel y anejos cutáneos

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce:

- Alteración de la permeabilidad cutánea,
- Velocidad de crecimiento disminuida. Desde el punto de vista

estructural:

- Disminución de las reacciones inflamatorias de la piel,
- Disminución de la respuesta inmunológica,
- Trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización,
- Pérdida de elasticidad de los tejidos,
- Percepción sensorial disminuida,

- Disminución de la producción de la vitamina D,
- Palidez,
- En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica.
 - En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina.
 - En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

El cabello

- Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso.
- Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro , hipotiroidismo.
- Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales .

Las uñas

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas, Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

Envejecimiento óseo

- Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25 por ciento y el hombre un 12 por ciento, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el adulto mayor.
 - Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales.
 - Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.
 - En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal

Cuidados de enfermería en el adulto

Desde los orígenes de la enfermería, hasta la presente época se plantean enfoques que coinciden en que el objetivo de la praxis en enfermería es el cuidado en contraste con el objetivo de otras disciplinas de la salud orientadas a curar. Para curar se necesitan amplios conocimientos acerca de la anatomía, fisiología, biología, medicina interna, quirúrgica, farmacología, para cuidar también es necesario ese conocimiento, pero más aun se requiere un profundo conocimiento del ser humano, su cultura, su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. El cuidado constituye la verdadera dimensión social, elemento integrador de la práctica, de las diferentes intervenciones de enfermería. Enfermería es ciencia y arte.

Arte, porque requiere de sensibilidad y creatividad para enfrentar las realidades humanas en la vivencia de sus procesos vitales. El arte se expresa en las acciones individualizadas, en la relación con el usuario y establece que describen la situación real de cada usuario con su circunstancia con un medio ambiente. Esto demanda capacidad sensitiva para clarificar y comprender las representaciones, los sentimientos y las actitudes de los enfermos y sus familias frente a la enfermedad, al dolor, búsqueda de la salud y la muerte.

Leiningeo (1991): "Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones". Desde que la vida surge existen los cuidados, como una necesidad de supervivencia. El hombre y la mujer siempre necesitan de cuidados, porque cuidar es un acto de vida, que previamente y antes que todo, tiene como finalidad permitir que la vida continúe y así luchar contra la muerte, ya sea la muerte del individuo, muerte del grupo o muerte de la especie.

2.17. Evolución de los cuidados

La consideración de la persona, en este caso el adulto mayor, y el cuidado según los diferentes paradigmas enfermeros permite ver la evolución sufrida en su concepción así como la influencia sobre las formas de actuación de la enfermera y la relación enfermera-adulto mayor. El paradigma de la categorización ha inspirado una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Según esta orientación, la persona es considerada un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es

reconocible e independiente. El cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o la incapacidad de la persona según un modelo biomédico, siendo su consecuencia la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas. Una enfermera participa en la higiene del adulto mayor, otra distribuye medicamentos, otra hace curas.²⁸

La enfermera es el experto y sus intervenciones son sinónimo de "hacer para" la persona, a quien la percibe "bajo" sus cuidados y los de otros profesionales. La relación de desigualdad enfermera en adulto mayor es evidente.

Entre los años 1950 y 1975 en América del Norte, el paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. La idea de interrelación entre los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales dan origen a la concepción de persona como un ser bio- psico-socio-cultural-espiritual.

28. Centro de investigaciones sociológicas (C.I.S.). Cuidados en la vejez. el apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid, 2009:131-138.

La enfermera utiliza los principios de relación de ayuda. Intervenir significa "actuar con" la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Se inicia una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica dando lugar al desarrollo de diferentes concepciones de la disciplina enfermera y a la elaboración de modelos conceptuales.

La enfermera modifica su lenguaje y su actitud, el paciente es denominado cliente esperándose de él una colaboración en el tratamiento. El proceso sistemático (recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, planificación, intervención, y evaluación) basado en un modelo conceptual enfermero es incorporado a la actividad de la enfermera a fin de definir la contribución específica desde la disciplina enfermera.

El tercer paradigma denominado de la transformación o de la apertura hacia el mundo puede constituir una orientación futura en la asistencia al adulto mayor dado que supone un cambio de mentalidad tanto en los profesionales como en los adultos mayores e incluso en el resto de miembros de la sociedad.

La persona es considerada como ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad indisociable de su universo. Un principio esencial de este enfoque es la participación de los adultos mayores y el resto de miembros de

la comunidad en las actividades de planificación, realización y evaluación del proyecto sanitario dirigido al adulto mayor. El profesional trabaja desde una relación de igualdad con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a los suyos.

Conocimientos de enfermería en los cuidados

Todas las corrientes filosóficas coinciden en un punto vital, el cuidado de la vida. El desarrollo de la enfermería incorpora postulados sustentados en los aspectos psicosociales del ser humano.²⁹ 29. Quintero. M. La Espiritualidad y el Afecto en el Cuidado de Enfermería. Cuidado y Práctica Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogota. Colombia. 2005:78-84.

Es necesaria la incorporación de conocimientos profundos que permitan cuidar a las personas con metodologías científicas y evidencias. Son igualmente necesarias las aportaciones de distintas disciplinas, con significativa relevancia, entre ellas, la psicología, la sociología y la antropología.

La psicología dota a la enfermería de conocimientos que le permiten conocer al hombre y a la mujer sano o enfermo, situados en su entorno influyente. La sociología permite a la enfermera incorporar conocimientos que ayudan a comprender a los individuos en relación a otros, grupos, familias, cultura y sociedad; y poder intervenir con propiedad.

Además de comprender, se requiere de una conciencia clara acerca del valor de la vida y de la dignidad humana, para saber cuáles son los deberes éticos del ser humano; se necesita comprender y reconocer quien es éste. En él se dan realidades que superan las leyes de la física, la química y la biología, tales como la capacidad de plantearse lo que no es energía, ni materia y poder luchar por un ideal que incluye trascienda un bien biológico. En el ser humano se evidencian las necesidades de determinadas condiciones biológicas para que su cuerpo sirva como medio de expresión de realidades espirituales (libertad, la felicidad, el amor, la tolerancia, búsqueda de lo verdadero y de lo bueno).

Entre las experiencias del quehacer de enfermería se recuerda y suena en los oídos de muchas enfermeras las palabras de pacientes: ¡Enfermera me duele, tengo miedo, estoy asustado. Debe considerarse al ser humano como espíritu y materia, poseedor de individualidad y de identidad exclusiva e

irrepetible; es por eso, que tiene una dignidad y valor intrínseco tan grande, que hace sea un "fiar en si mismo" como dice Kant, y no debe permitirse sea tratado como medio, manipularlo, discriminarlo o atentar contra su integridad, su libertad, y menos aun frente a casos de posibles o reales malformaciones y limitaciones físicas, mentales, económicas o sociopolíticas.

Se reconoce la importancia y necesidad de profesionales de enfermería con alta capacidad de liderazgo, con visión filosófica y una perspectiva de su profesión como disciplina científica, preocupada por el bien de la humanidad y que posea un sistema de creencias que revele su firmeza ética. La enfermera debe realizar la intervención del cuidado con una filosofía personal, con la propia filosofía de la enfermería y del cuidado.

Los elementos filosóficos de la enfermera profesional y del cuidado deben estar influenciados por las tendencias filosóficas del existencialismo, fenomenología y el humanismo; en tal sentido la práctica debe mostrar interés en la naturaleza, en la esencia (ser) de los seres humanos; y en la ciencia del ser, comprende la sociedad y su estructura, sus creencias, la relación entre medio ambiente y salud, las formas de interactuar entre el medio continuo y como fenómeno unidireccional, relación entre enfermedad y salud, la razón de ser de la enfermera y los beneficios de la enfermería. Con relación al conocimiento, reflejar los aspectos esenciales de la disciplina científica, marco conceptual fines y procesos de la investigación en enfermería, las bases cognoscitivas con las que opera la enfermera profesional.

Principios en los que se basa el cuidado

En estos fundamentos filosóficos para las intervenciones del cuidado enfermería debe integrarse, además, un conjunto de principios, como son, la comprensión de lo que es lógico, de lo que es correcto, del respecto a las normas y derechos, especialmente el derecho a la salud.

Los fundamentos básicos de la filosofía de enfermería deben estar diseccionados a los derechos y responsabilidades de la profesión, a los derechos y responsabilidades esenciales de los usuarios, a los principios éticos que rigen la atención y el cuidado, a la conducción de la investigación en la disciplina, a los requisitos académicos para el ejercicio, a procesos de enseñanza-aprendizaje actualizados e innovadores, y las funciones esenciales

para poner en práctica el ejercicio de enfermería. Basado en estos fundamentos solo es posible integrar un auto-concepto y una estructura dinámica de la filosofía de la enfermería.

La concepción de la relación enfermería y el usuario debe garantizar el respeto al principio del consentimiento fundado, a la naturaleza de la calidad de vida, a la participación en la toma de decisiones, y a los elementos de moralidad.

Sobre estos elementos generales de la filosofía, en relación al cuidado, la Dra. María Mercedes Durán en su artículo "Aspectos Conceptuales del Cuidado en Enfermería, - Utilidad para la práctica de la investigación" puntualiza: La filosofía del cuidado sustenta los principios de universalidad, individualidad, humanidad, ritmos alternantes, paciencia, compromiso, creatividad y presencia auténtica.

La presencia auténtica es uno de los principios más importantes y cruciales para el logro de la calidad del cuidado y para alcanzar el objetivo buscado.

Otros principios que ameritan rescatarse en la filosofía, como condición sustancial en el cuidado, son el de la inter., multi y transdisciplinaria, equidad, calidad y la pertinencia, no importando las circunstancias, ni las características de las personas para recibir un cuidado de calidad y oportuno)

Estrés

La terminología estrés surgió en los campos de la arquitectura y la física para referirse a la fuerza generada sobre un objeto lo cual lo puede deformar, transformar y romper. Este mismo término fue tomado y redefinido para la psicología a finales de la década de los años 50 por el Filósofo canadiense *Selye* quien lo definió como acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.¹⁷

En el modelo que nos presenta *Selye* sobre las 3 fases por las que pasa un individuo sometido a situaciones de estrés alto podemos resaltar que nuestro sujeto de estudio pasa por cada de una de ellas. En la fase de Alarma cuando en un momento inesperado se presenta la responsabilidad y obligación de los cuidados ocasionando reacciones tanto fisiológicas como psicológicas, convirtiéndose en una sensación de malestar ante dicho evento. En la segunda fase denominada por el mismo autor como fase de Resistencia, en la que se suman todas las reacciones sistemáticas no específicas provocadas por la exposición directa y prolongada al enfermo.

La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en la primera fase se transforman y se adaptan de alguna manera al exceso de carga. Por último en la fase de agotamiento, la adaptación que se produjo en la fase de resistencia desaparece, y a medida que avanza el tiempo se incrementa la sobrecarga y reaparecen los signos y síntomas que se presentaron en la primera fase.

Una de las formas en que tanto las manifestaciones de estrés así como las formas o modos de actuación a lo que se denomina afrontamiento, culminan en condicionar a las personas bajo fuerte tensión, resulta ser la ansiedad. Se debe tener en cuenta que muchas veces la ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, caracterizada por alta activación fisiológica. Sin embargo, existen tradiciones puntos de vista y metodologías diferentes a la hora de estudiar ambos fenómenos.

Sentimiento de pena

Se trata de una respuesta normal y natural para alguien que ha experimentado una pérdida. Por causa de alguna afección a la salud física o mental, puede tener la sensación de pérdida de un compañero, un amigo o a uno de sus padres y lamentar lo que esa persona fue y lo que ahora es. Para el caso de los pacientes con enfermedades como la esquizofrenia, justo cuando se está adaptando a esos cambios, la persona con ese padecimiento vuelve a cambiar de nuevo, evento o recaída cuyo impacto deteriora mucho más al paciente, restándole facultades y teniendo como consecuencia una situación incrementada de desesperanza y carga que desilusiona al cuidador llegando a ser devastador cuando su familiar ya no le reconoce.¹⁸

En esto caso, los grupos de auto-ayuda pueden ser muy útiles para algunos cuidadores ya que además de los sentimientos de pena, también pueden aparecer sentimientos de culpa ante el eminente desmejoramiento de su familiar.

Sentimiento de culpa

Es frecuente sentirse culpable por tener sentimientos de incomodidad por el comportamiento de la persona, por enojarse y desesperarse por su comportamiento irracional o por sentir que ya no puede continuar más y pensar en el internamiento del paciente familiar en una institución. Los sentimientos de culpa son frecuentes en los cuidadores debido a que la propia exposición directa al agotamiento generado por las reacciones agresivas y demandantes del familiar enfermo generan en el cuidador un desgaste tal, que en un momento dado ya no quiere saber más de esa función.

Por lo que descuidan al familiar por un lapso de tiempo corto, pero la misma sensación de culpa les genera mayor ansiedad haciendo que retome los cuidados pero sin prestar mayor atención a la sintomatología que está presentando. Por esta misma causa de aquí en adelante se podrían generar muchos más sentimientos nocivos tanto para el paciente como para el cuidador, entre ellos podemos mencionar el sentimiento de enojo o frustración propio o con su familiar.

Sentimiento de enojo

Se trata de un sentimiento que tiene múltiples direcciones: puede estar dirigido al paciente, a usted, a sus otros familiares por dejarlo solo con la pesada carga, a la vida e incluso si se trata de personas con ideologías y creencias religiosas como se da en la mayoría de los casos en nuestro medio, se preguntarán que pecado cometieron para que Dios los castigue con esta “cruz” tan pesada.¹⁹

El médico o a la situación misma también son culpados y acusados de negligencia o mal desempeño en sus cuidados médicos. Siempre será importante que establezca las diferencias entre su enojo por el comportamiento del paciente-producto de la enfermedad y su enojo con el propio paciente por culparlo de que no colabora con el tratamiento y los cuidados. Otro de los aspectos que generadores de sentimientos nosógenos para la estabilidad subjetiva es el que se presenta ante la eminente situación vergonzosa frente a amigos y familiares cuando el enfermo tiene reacciones inesperadas y desagradables.

Sentimiento de vergüenza

Es aceptable tener sentimientos de vergüenza o sentirse ridiculizados en momentos en que su familiar tiene un comportamiento inapropiado en público. Comportamientos como insultos, agresiones físicas a vecinos y amigos, deambular desnudo en casa o los alrededores, entre otros síntomas propios de la patología que padecen, más sin embargo para el cuidador eso afecta mucho más la sobrecarga ya que siente que su familiar lo hace a para incomodarlo o ridiculizarlo frente a los demás.

Esta incomodidad puede desaparecer si comparte estos sentimientos con otros cuidadores, con amigos, vecinos e incluso con el personal médico de la institución a la que asiste. Todas estas situaciones se presentan en la mayor parte de los casos cuando no se cuenta con una red de apoyo familiar apropiada que disminuya la carga, ya que todos los sentimientos mencionados anteriormente podrían generar ciertas creencias irracionales tales como el sentimiento de que se encuentran totalmente solos ante esta situación.

Sensación de soledad

Es tal la absorción y demanda por parte del familiar enfermo que en ocasiones muchos cuidadores se aíslan y apartan de la sociedad. Disminuyen sus actividades recreativas y ocio, se alejan de las amistades, incluso de las más cercanas a la familia alegando que no cuentan con tiempo suficiente para ellos mismos.²⁰

Esta soledad, por otra parte, dificulta el sobrellevar los problemas ya que la mayor parte del tiempo se callan los malestares, el dolor psicológico e incluso el desmejoramiento de su salud física atribuyendo que ellos no importan es ese momento sino solo el mejoramiento y estabilidad de su familiar.

Este sentimiento resulta ser altamente nocivo no solo para el tratamiento del paciente bajo sus cuidados sino que también afecta al cuidador familiar y al resto de la red de apoyo familiar, ya que el no comunicar la sobrecarga y guardarse todo para sí incrementa la sensación de soledad y desamparo sumergiendo mucho más al individuo en estos sentimientos incrementan el deterioro de su calidad de vida.

Sensación de sobrecarga

A pesar de que el concepto de sobrecarga dado por *Zarit* hace más de 27 años, actualmente este concepto ha ganado vigencia y ha sido retomado en la reciente publicación realizada por un prestigioso grupo de investigadores, que provee a los profesionales los estándares surgidos de la medicina basada en la evidencia, para una adecuada implementación de conductas diagnósticas y terapéuticas.

El término sobrecarga hace referencia a las consecuencias psicológicas, físicas y a cambios derivados de la atención a causa de la demencia. Mediante múltiples estudios alrededor del mundo se ha demostrado que son numerosas las variables que inciden en el aumento de la carga del cuidador, por una parte están las vinculadas directamente con el individuo enfermo, tales como el grado de deterioro y/o pérdida de autonomía y la presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos de difícil manejo, entre las fundamentales.

De otro lado, las relacionadas con el propio cuidador entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado y otros; y por último las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo tanto previas como actuales.

II.1.4. Síndrome del cuidador

Es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar “ *Maslach y Jackson*, definen *Burnout* como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas que tienen problemas.²¹

Por lo que se da una pérdida de recursos emocionales y se desarrollan actitudes negativas e insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Se desarrolla, por parte de los afectados, un sentimiento de insuficiencia personal y baja autoestima al reprocharse no alcanzar sus objetivos propuestos. *Maslach* delimita el síndrome en tres dimensiones:

Cansancio emocional: de pérdida progresiva de energía, fatiga. Despersonalización: irritabilidad, actitudes y respuestas frías e impersonales ante las personas. Falta de realización personal: respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

II.1.5. Características del síndrome del cuidador.

Según la Sociedad de Alzheimer de Canadá, existen 10 signos que son indicadores del estrés de los cuidadores:²²

1. Negación de la enfermedad y sus efectos en la persona que ha sido diagnosticada.
2. Enojo hacia la persona enferma u otros.
3. Aislamiento social de los amigos y de las actividades que solían darle placer.

4. Ansiedad o miedo de enfrentar otro día más y de lo que el futuro le depara.

5. Depresión que comienza a quebrar su espíritu y disminuye su capacidad para enfrentar los problemas.

6. Agotamiento que le dificulta completar las tareas diarias.

7. Insomnio causado por una lista de preocupaciones.

8. Irritabilidad que lo lleva a cambios de humor y que desencadena respuestas negativas.

9. Falta de concentración.

Problemas de salud que empiezan a evidenciarse, tanto mentales como físicos.

II.1.6. Exposición al síndrome del cuidador.

El síndrome del cuidador afecta directamente al cuidador primario del paciente que presenta cualquier tipo de enfermedad que le imposibilita realizar las diferentes actividades cotidianas de su vida y en la mayoría de los casos de las personas que necesitan de un cuidador estas no están en disposición ni de realizar sus necesidades básicas como las de alimentación y cuidados personales.²²

Este síndrome puede afectar al cuidador cuando este no recibe de alguna ayuda oportuna y cierto tipo de orientación ante la eminente responsabilidad de asumir los cuidados del paciente dejando de lado las diferentes actividades que acostumbraba realizar antes de asumir la tarea. Como hemos caracterizado en párrafos anteriores este Síndrome afecta la salud psicológica de la persona encargada de los cuidados generando en ella síntomas como; depresión, ansiedad, Agotamiento, irritabilidad entre otros. El desgaste que con el paso de los días, meses e incluso años repercute en la salud Física.

Desgaste físico y emocional

Cuando asumimos los cuidados diarios y a largo plazo de un familiar con cualquier tipo de enfermedad degenerativa o catastrófica ya sea de manera voluntaria y cariñosa o por designación de los miembros de la familia.

Por lo general es la persona más cercana al enfermo, para quien este rol representará algún tipo de desgaste que conlleva a la larga a un riesgo a la salud tanto física como psíquica y más aún si toda la responsabilidad y cuidados recae sobre la misma persona.

La mayor parte de la literatura referente a este tema manifiesta que el asumir la responsabilidad de una persona dependiente durante un largo periodo de tiempo puede desatar problemas de salud en el cuidador debido a que, cuando está sobrecargado, comienza a evidenciarse alteraciones y cambios bruscos en los diferentes aspectos de su vida, entre ellos podemos mencionar cansancio físico, dolor de cefalea, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. De los síntomas físicos mencionados anteriormente tiene una particular relevancia la falta total o parcial del sueño teniendo en pocos días afectos nocivos sobre la salud.

Por otro lado las repercusiones psíquicas también salen a relucir en el cuidador primario ya que está sometido bajo situación de estrés la mayor parte del tiempo en su labor mostrando sintomatología característica de ansiedad y depresión. Se debe tener presente que el término “carga” es percibido como un sinónimo de “obligación” o “deber” que es mayormente utilizado en el área que compete a los cuidados a adultos mayores.

El sentimiento de carga presente en el cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud, en el proceso de acompañamiento por parte de profesionales médicos y en la calidad de vida de quienes desempeñan la responsabilidad de ser dadores de cuidados a familiares.

Calidad de vida del cuidador. Se puede decir que el concepto “calidad de vida” es mucho más amplio que el de salud, y aunque es difícil llegar a un consenso sobre su conceptualización, la Organización Mundial de la Salud la define como “La percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.²³

Como pueden notar, la calidad de vida conlleva aspectos subjetivos y objetivos sobre la manera de vivir el momento que transcurre.

Sin embargo, el concepto de calidad de vida ha variado a lo largo de la historia de la humanidad; no obstante, la mayor parte de las veces ha sido entendida como el cuidado de la salud personal, la preocupación por la salud e higiene pública, los derechos humanos laborales y ciudadanos, la capacidad de acceso a los bienes económicos y la preocupación de acceso a dichos bienes.

Se han incorporado a este término algunos elementos subjetivos o psicológicos de la persona, por lo que se le concibe como el interés o experiencia del individuo sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud. Es por esta última parte que consideramos que es necesario mencionar el término calidad de vida del el cuidador primario, ya que por los cuidados prolongados que le brinda puede verse afectada la plenitud en su desarrollo en diferentes áreas, Lo que imposibilita la realización de planes o metas personales.

Según Miguel A. Verdugo y Mónica Martín, la Autodeterminación y calidad de vida son dos conceptos que en los últimos años han sido objeto de numerosos estudios que han tratado de encontrar la relación existente entre ambos, a fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares. A partir de la reforma psiquiátrica se comenzó a ver, desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida mediante una mayor participación suya en los servicios de salud mental, así como en las decisiones y la planificación del tratamiento.

Evaluar la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socio-asistenciales permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía. Para conseguir este objetivo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades, y se promovió además su integración a la comunidad. La percepción del paciente acerca de su calidad de vida y de su propia realidad es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años. Los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación han sido los comunitarios, así como el modelo propuesto por *Schalock*, validado por la revisión de la investigación publicada en el periodo 1985- 1999.

Estos modelos multidimensionales consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación.

II.1.3. Factores individuales y sociales que se ven alterados en el ciclo de vida cuidador primario.

Los cuidadores se afectan en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una "carga" que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador. La familia realiza el 80% del trabajo que requiere el cuidado del paciente con demencia y supone un importante "colchón" en la demanda de cuidados y servicios sanitarios pero en contrapartida sufre la importante carga emocional y de trabajo que supone este cuidado.²⁴

Se ha definido la "carga" como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad.

Se ha demostrado que son numerosas las variables que inciden en el aumento de la carga del cuidador, de un lado están las relacionadas con el enfermo, como son el grado de deterioro y/o pérdida de autonomía y la presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos de difícil manejo, entre las fundamentales; de otro lado, las relacionadas con el propio cuidador entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado y otros; y por último las derivadas de la relación afectiva cuidador enfermo tanto previas como actuales.

Existen múltiples estudios que han arrojado un perfil del "cuidador principal" del paciente con demencia, también se han realizado mediciones de la carga y de otras alteraciones que con frecuencia sufren estos cuidadores. Los resultados de la mayoría de ellos coinciden en los diferentes países y regiones.

Los cuidadores informales de ancianos con demencia presentan altos niveles de depresión y ansiedad y en un elevado porcentaje de casos morbilidad psiquiátrica apreciable, aunque a niveles subclínicos.

II.1.4. Sentimientos de carga en el cuidador primario.

Por “sentimientos de carga” pueden entenderse las reacciones o respuestas del cuidador ante la tarea o responsabilidad que asume al atender a un paciente. La carga es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece la persona del cuidador cuando realiza la tarea de atender a enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos. Desde su aparición, el término “carga”, sinónimo de “obligación” o “deber”, ha sido profusamente empleado en la investigación gerontológica o en la investigación sobre el proceso de cuidar y sus efectos sobre la persona del cuidador.²⁵

Así, el sentimiento de carga del cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores. Por un lado, estarían los elementos subjetivos que comprenden las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, esto es, la percepción que tiene el cuidador de la tarea que desempeña, y por otro lado están las circunstancias objetivas que vive, las que pueden ser definidas como el grado de perturbación o de cambio en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida.

II.2. El estrés

Antecedentes Históricos

Dos de los primeros pioneros en el tema del estrés fueron *Walter Cannon* y *Hans Selye*. *Cannon* fue un filósofo que estudió las reacciones. Notó que los humanos y animales tenían una respuesta adaptiva a las situaciones estresantes en la que escogían entre luchar o intentar escapar. *Cannon* le llamó a esta respuesta reacción de luchar y se le acredita como el primero en utilizar el término estrés. *Hans Selye*, médico y endocrinólogo de la Universidad de Montreal, definió el estrés como la respuesta no específica del cuerpo humano a cualquier demanda que se le haga.²⁶

Fue el primero en distinguir entre el estrés positivo (eustress) y negativo (distress). Selye notó que el estrés positivo proporciona retos que motivan a los individuos a trabajar duro y a alcanzar sus metas. De manera alternativa, el estrés negativo es el producto de situaciones estresantes que persisten en el tiempo y que producen consecuencias negativas para la salud.

Es importante notar que la reacción luchar de *Cannon* surge en respuesta al tipo de estrés que ocurre repentinamente y que tiende a durar solo un lapso de tiempo, mientras que el estudio del estrés de *Selye* se refiere a un periodo más largo.

En 1989, y tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores *Patterson y Neufeld* comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.

Estudios recientes sobre el estrés muestran que involucra, además de una respuesta fisiológica consistente con los hallazgos de *Selye*, una valoración cognoscitiva de la situación y de los recursos disponibles para manejar los estresores. *Lazaurs* observó el estrés como un proceso continuo en la que los individuos hacen una valoración del ambiente e intentan hacerles frente a los estresores que surgen.

Esta evaluación comúnmente desencadena una serie de afrontamiento por parte del cuerpo. En algunas circunstancias, como durante el ejercicio, el proceso puede ser saludable. Sin embargo cuando la exposición al estrés es crónica o persistente, el cuerpo responde de manera negativa..

II.2.1. Concepto de estrés

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadores, desafiantes, nocivos o desagradables y consiste, básicamente, en una movilización de recursos: fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria.²⁷

En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas.

Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. El estrés no siempre es malo. De hecho, un poco de estrés es bueno. La mayoría de nosotros no puede hacer bien las cosas: deporte, música, baile, trabajo, escuela, sin sentir la presión de la competición.

II.2.2. Causas del estrés

Se puede comprobar que existen innumerables agentes externos e internos capaces de producir un impacto en nuestro sistema nervioso y hormonal, de tal intensidad que son experimentados como distres, no es necesario que el agente desencadenante sea muy poderoso, basta que la respuesta al mismo lo sea. Precisamente esto es lo que nos proporciona una oportunidad, no podemos apenas influir sobre el agente pero siempre podremos hacerlo con la respuesta, podemos intentarlo al menos.²⁸

Podemos dividir en clases las causas del estrés aunque esto solo nos proporcionará una idea aproximada, ya que es la combinación de agentes de diversa procedencia lo que acaba provocando respuestas excesivas.

Causas

- 1.- Sociales: trabajo, familia, otras relaciones.
- 2.- Biológicas: enfermedades, acontecimientos ligados a procesos degenerativos.
- 3.- Químicas: alcohol, tabaco, drogas.
- 4.- Climáticas: Frío, calor, entre otros.

Cualquier clasificación es incompleta ya que todas las posibles causas interactúan entre sí produciendo otra combinación causal que también deberíamos incluir y así hasta el infinito.

Sociales

Todos desarrollamos una personalidad que nos libera y esclaviza a la vez, nos es muy útil porque automáticamente reacciona frente a las situaciones cotidianas adaptándose a ellas sin apenas esfuerzo, y nos esclaviza porque una vez que el instinto se encarga de las respuestas las aplica con gran velocidad, aunque no sean adecuadas, y cuesta mucho esfuerzo recuperar el desatino. No hemos tenido un entrenamiento para desarrollar nuestra personalidad como un mecanismo capaz de resolver problemas con eficacia, y de adoptar la solución más adecuada ante la perspectiva que se nos presenta.

La personalidad ha sido educada por el palo y la zanahoria, no para elegir entre el palo y la zanahoria, ni para vislumbrar otro horizonte que la rueda de la noria, que gira y no lleva a ninguna parte. Todos tenemos una personalidad pero no es nuestra, nos la han puesto, nos han dicho qué pensar, qué es lo verdadero, qué sistema político es el mejor, qué país es el mejor, qué idioma es el más completo y preciso para expresarse y cuál es la mejor literatura, y cuál el mejor clima, casualidad el nuestro es el mejor siempre.

Todas las personalidades no son exactamente iguales, como no lo son todos los naranjos, existen diferencias debidas a los genes, a variaciones educativas y a rasgos locales propios de cada población, este conjunto de variables facilita el que haya diversos modos de reaccionar frente al estrés.²⁹

Nos encontramos con que a nivel social el estrés dependerá del entorno local en que me encuentre y de mi propia personalidad, quedará determinado por lo que sucede y como lo interpreto, cada cultura tiene un patrón de respuestas en relación a la muerte, la enfermedad, el dinero o la familia, ello determinará las respuestas y el nivel de adaptación posible.

Cuantas menos opciones tenga: más estrés, un idioma me esclaviza completamente, ya que solo puedo expresarme o entenderme con el, las sociedades bilingües tienen más opciones, el que añade un tercer idioma a su acervo cultural adquiere más que palabras, se proporciona una visión distinta de los vocablos, la realidad y su significado.

Biológicas

La enseñanza de técnicas de relajación por medio de los servicios de prevención favorece unos niveles de descanso más profundos y un control de la tensión muscular lo que redundará siempre en un aumento de la salud percibida. Con el paso del tiempo a todos los seres humanos nos afectan los procesos relacionados con el desgaste por el uso o sobre uso, la artrosis y otras patologías de carácter reumático tienden a afectarnos cuando la edad se eleva.

Son causas naturales que aumentarán nuestra predisposición al estrés ya que disminuyen nuestra capacidad de adaptación y exigen mayor esfuerzo al organismo para realizar cualquier tarea. Las enfermedades del tipo que sean también exigen al cuerpo un proceso extra de gasto energético para superarlas o adaptarse a ellas, es por ello que suponen una merma en nuestra capacidad de adaptación a procesos que tienen que ver con el estrés.

El ejercicio físico de alta intensidad como pueda ser el de preparación para una competición, tanto como el comenzar una práctica intensa sin preparación previa, son elementos estresantes que demandarán un esfuerzo de adaptación importante incluso estando muy preparados para ello.

Químicas

Desde la contaminación ambiental, a el polen, pasando por el alcohol, el café, el tabaco y las drogas, podemos observar que hay una gran cantidad de agentes químicos que afectan nuestra capacidad de adaptación al medio favoreciendo la aparición de reacciones desmedidas, que sumadas a otras son capaces de alterar el buen funcionamiento del organismo.³⁰

Climáticas

Los servicios de prevención no pueden influir sobre el clima pero si pueden influir en como reaccionamos ante el frío o el calor. El frío, el calor excesivo, el viento, son estresores capaces de hacer reaccionar a nuestro sistema vegetativo produciendo reacciones de estrés, dependerá de cada persona como reaccione ante los diversos elementos.

II.2.3. El estrés como estímulo

Una manera popular y de sentido común de definir el estrés es como un estímulo. Como estímulo, el estrés se caracteriza como un acontecimiento estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo. Así, como estímulo, el estrés es cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige del individuo un cambio en su modo de vida habitual.³¹

Algunos ejemplos del estrés como estímulo son los exámenes, las catástrofes naturales, los trabajos peligrosos o las separaciones matrimoniales. Todos estos hechos exigen que el individuo realice conductas de ajuste para afrontar la situación porque su bienestar se encuentra amenazado por las contingencias ambientales. Desde esta concepción del estrés se ha puesto énfasis en las características objetivables de la estimulación, asumiendo que las situaciones son objetivamente estresantes, sin tener en cuenta las diferencias individuales.

No obstante, como se verá más adelante, la respuesta de estrés depende en parte de las demandas de la situación y en parte de las características del individuo, de la forma en que interpreta la situación, de la manera en que la afronta, de sus habilidades y recursos, su comportamiento, entre otros.

Por ello, determinar de forma objetiva el valor estresante de una situación es una tarea muy difícil, por no decir imposible, ya que este valor va a depender, en gran parte, de cómo sea percibida cada situación por la persona.

Barrón sistematiza las principales críticas que se han formulado a esta concepción del estrés como estímulo: 1) no explican las diferencias individuales en la reactividad y vulnerabilidad ante una misma situación estresante; 2) apoyan una concepción pasiva de la persona como mero sufridor de las condiciones ambientales; 3) gran cantidad de actividades normales producen alteraciones en los procesos homeostáticos, de modo que incluso cualquier cambio de postura podría ser considerado estrés.³²

El fracaso a la hora de dar cuenta de la variación interindividual en la percepción de los estresores y en la habilidad para manejarlos ha sido, sin dudas, una de las mayores críticas que han recibido las definiciones de estrés centradas en las condiciones desencadenantes o estimulantes.

Como señala Gutiérrez, este problema se intensifica en el caso de los agentes estresantes de naturaleza psicológica, en comparación con los físicos. Así, mientras que en éstos es posible identificar algunas cualidades objetivas relativamente generales (por ejemplo, la intensidad de la estimulación), en los psicológicos esto resulta mucho más difícil.

La solución a este problema requiere de un planteamiento que relacione la estimulación ambiental con características de los individuos, proponiendo un mecanismo por el cual la estimulación se convierta en un agente estresante. Esto resulta especialmente necesario en el caso de los estresores psicológicos.

Pero, a pesar de estas críticas, no deja de resultar útil tratar de establecer cuáles son los elementos y factores del ambiente que tienen habitualmente un carácter estresante para la mayoría de las personas.

Razón por la cual muchos investigadores se han centrado en identificar, caracterizar y clasificar las principales fuentes o desencadenantes del estrés, es decir, los principales estímulos estresores. Incluso desde los planteamientos transaccionales o interaccionales del estrés se acepta esta línea de trabajo, siempre y cuando se tengan en cuenta sus limitaciones.

De ahí que, aceptando sus limitaciones de partida, vamos a hacer referencia en este apartado a las situaciones desencadenantes del estrés, a los estresores, centrándonos para ello en las características que suelen compartir dichas condiciones, en los elementos que convierten a una determinada situación en estresante o en los parámetros que las definen.

Entre las múltiples clasificaciones o taxonomías que la literatura en este campo nos ofrece respecto de las condiciones desencadenantes del estrés, muy probablemente una de las más generales sea la diferenciación planteada por *Everly*, entre estresores psicosociales y biogénicos. Los desencadenantes psicosociales serían aquellos estímulos o situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación o significado que les da el individuo.³³

Por su parte, los estresores biogénicos actuarían directamente sobre el organismo causando o desencadenando la respuesta de estrés.

Fernández-Abascal, señala que este tipo de estresores evitan el mecanismo de valoración cognitiva y trabajan directamente sobre los núcleos elicidores neurológicos y afectivos; debido a sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de estrés sin el habitual requisito del proceso cognitivo-afectivo.

Ejemplos de esta categoría pueden ser los causados por elementos de tipo exógeno, como la ingestión de determinadas sustancias químicas, o ciertos factores físicos, como los estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo. También aquéllos de tipo endógeno, como determinados cambios hormonales acaecidos en el organismo.

Dado que la inmensa mayoría de las situaciones desencadenantes de estrés son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificar a los estresores por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas. En esta línea, diversos autores, refieren tres tipos de acontecimientos típicamente inductores de estrés:³⁴

1) Cambios mayores que afectan a un gran número de personas, considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de nuestro control (desastres naturales, guerras). Son hechos que pueden prolongarse en el tiempo (como en el caso de una guerra), o que ocurriendo de una forma súbita (un terremoto, un atentado, entre otros.) ejercen un efecto físico y psicológico que puede dilatarse en el tiempo. Se conocen también como estresores únicos y son los causantes de los patrones de estrés agudo y post-traumático.

2) Cambios mayores que afectan sólo a una persona o a un grupo no numeroso de personas. Denominados también como estresores múltiples, hacen referencia a ciertos acontecimientos que pueden hallarse fuera del control de la persona, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante.

3) Los estresores diarios o cotidianos son aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado. Se trata de pequeñas alteraciones de las rutinas diarias, como sufrir un atasco de tráfico, perder un documento de trabajo o discutir con un compañero. Aunque estos acontecimientos o estímulos resultan experiencias menos dramáticas en intensidad que los cambios mayores, son por el contrario mucho más frecuentes, y, quizá por ello, más importantes en el proceso de adaptación al medio y de conservación de la propia salud.

Más recientemente, Jones y Bright, clasifican las condiciones estresantes, en función de la significación psicológica o relevancia motivacional de la situación, en:

1. Estresores proximales. Hacen referencia a los cambios o acontecimientos que tienen una cercanía psicológica o relevancia personal y que, por tanto, hacen que diferentes personas, ante una misma situación, aunque no tenga para todos los mismos efectos, respondan mayoritariamente ante ellos.

2. Estresores distales. Aluden a cambios alejados de la persona, es decir, a acontecimientos que no forman parte significativa de sus preocupaciones y, en consecuencia, la probabilidad de que se vea afectada por ellos dependerá más de su historia personal que del estresor en sí mismo. De acuerdo con esta distinción, los estresores que son proximales para una persona en concreto desencadenarán una activación más intensa, mientras que los distales generan una mayor variabilidad en función de las diferencias individuales, produciéndose una amplia diferenciación en sus formas de reaccionar ante ellos.³⁵

Dejando al margen el contenido o significado de la situación, *Lazarus* y *Folkman* proporcionan una taxonomía de las propiedades formales de las situaciones que tienen una incidencia mayor sobre los procesos de evaluación determinantes de amenaza, daño o desafío. Entre las características que parecen contribuir a hacer estresante un acontecimiento o situación estos autores han considerado los siguientes:

1. La novedad de la situación. Se parte de la consideración de que, con la salvedad de circunstancias extremas donde la experiencia previa apenas tiene valor, la novedad absoluta es muy rara, razón por la cual los autores se refieren a la novedad como una característica relativa más que absoluta.

Desde esta perspectiva, una situación nueva resultaría estresante cuando existe una asociación previa con daño o peligro, pudiéndose convertir entonces la novedad en fuente de amenaza. Además, una situación nueva es ambigua y requiere de una inferencia para su interpretación. Cuanto mayor sea la inferencia requerida, mayor será la probabilidad de error, y probablemente mayor será el grado de amenaza e incertidumbre.

2. La falta de predictibilidad, considerada ésta como el grado en que se puede predecir lo que va a ocurrir. Aquellas situaciones en las que es posible predecir lo que ocurrirá, aunque esto tenga carácter adversivo, generan menores respuestas de estrés, probablemente porque posibilitan la preparación de una respuesta adecuada que permita hacer frente de manera efectiva a la situación.

3. La incertidumbre del acontecimiento. Es la influencia que puede ejercer sobre la valoración la probabilidad de ocurrencia de un determinado evento o situación de resultado incierto. En este tipo de circunstancias, cuanto mayor sea el grado de incertidumbre, es decir, cuando su probabilidad de aparición se encuentra más cercana al cincuenta por ciento, más estresante será la situación. En cambio, en aquellos casos en los que exista una mayor certeza, ya sea respecto de la aparición o no aparición del evento, en otras palabras, cuando su probabilidad de aparición se encuentra próxima al cien o al cero por ciento, el estrés disminuirá.³⁶

Lazarus y Folkman explican que una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un acontecimiento puede resultar estresante es porque tiene un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio. El no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado puede dar lugar a un dilatado proceso de evaluación y reevaluación que genere pensamientos, sentimientos y conductas que, a su vez, crean sentimientos de desesperanza y, finalmente, confusión.

4. La inminencia o tiempo que media antes de la aparición u ocurrencia del acontecimiento. Generalmente, cuanto más inminente es una situación, más intensa resulta su evaluación, especialmente si existen señales que indiquen daño, peligro o bien la posibilidad de dominio o ganancia.

Sin estas señales, no es probable que el factor inminencia incida sobre la valoración. Por otra parte, cuanto más prolongado sea el tiempo de anticipación, mayor es la probabilidad de complejidad en la evaluación, dados los procesos mediadores que tienen lugar en estos casos. Así, con tiempo por delante, el individuo puede reflexionar, sufrir o afligirse; también puede evitar el problema, pensar sobre él, actuar o intentar lograr su autocontrol. Cada uno de estos procesos de afrontamiento afectará a las evaluaciones posteriores y a las emociones acompañantes.

5. La duración o período de tiempo que persiste un acontecimiento o situación estresante. En principio se supone que los estresores prolongados o crónicos agotan al individuo psicológica y físicamente. No obstante, hay que considerar también el efecto de la habituación, que posibilita una disminución de las respuestas (conductuales o fisiológicas) que se dan como consecuencia de la repetición de los estímulos, pudiendo aparecer también como resultado del afrontamiento cognitivo: el individuo aprende a afrontar las demandas, o bien a evitar o distanciar el agente estresante.³⁷

Atendiendo a esta dimensión temporal, *Elliot y Eisdorfer* clasifican los estresores en:

a. Estresores agudos limitados en el tiempo, tales como un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica, entre otros.

b. Secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un período prolongado de tiempo como resultados de un acontecimiento inicial desencadenante, como, por ejemplo, la pérdida de empleo, un divorcio, el fallecimiento de un familiar cercano, entre otros.

c. Estresores crónicos intermitentes como pueden ser las visitas periódicas a familiares con los que se mantiene una relación conflictiva, las épocas de exámenes, entre otros.

d. Estresores crónicos como una incapacitación permanente, discusiones constantes con la pareja, un ambiente laboral conflictivo.

6. La incertidumbre temporal o desconocimiento de cuándo se va a producir un acontecimiento dado. Sólo resultará estresante cuando ciertas señales de amenaza indiquen que el acontecimiento va a ocurrir, es decir, ante la inminencia de su aparición.

7. La ambigüedad. Se produce cuando la información necesaria para la evaluación de la situación resulta poco clara y/o insuficiente, lo que dificulta la respuesta eficaz ante ella. Cuanto mayor es la ambigüedad, mayor es la influencia de los factores personales en la determinación del significado de la configuración del entorno, esto es, la comprensión de la situación está más en función del individuo que de los estímulos objetivos.

En muchos casos, la ambigüedad puede ser amenazante y el individuo puede intentar reducirla buscando más información o mediante procesos deductivos y juicios arbitrarios. Por otro lado, hay situaciones en las que la ambigüedad parece resultar ventajosa, como cuando permite mantener la esperanza o prevenir una conclusión prematura.

II.2.4. El estrés como respuesta

Las definiciones que consideran el estrés como una respuesta del organismo, que han prevalecido en ciencias como la Medicina o la Biología, se centran en el estado de estrés del propio organismo. Desde este enfoque, el estrés es una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual se le prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación.³⁸

Esta respuesta tiene como finalidad general facilitar el hacer frente a la nueva situación, poniendo a disposición del organismo recursos excepcionales, básicamente un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva. De manera que aquél puede percibir mejor la nueva situación, interpretarla más rápidamente, decidir qué conducta llevar a cabo y realizarla de la forma más rápida e intensa posible.

Cuando las demandas de la situación se han resuelto, cesa la respuesta de estrés y el organismo vuelve al estado de equilibrio. En efecto, en las primeras investigaciones sobre el estrés éste fue identificado como un proceso de alteración fisiológica. *Cannon*, uno de los pioneros en estudiar las respuestas fisiológicas ante una situación de estrés, a principios del siglo XX aportó dos conceptos especialmente relevantes en este campo: homeostasis y respuestas de lucha y huida.

El concepto de homeostasis hace referencia al equilibrio interno en las funciones fisiológicas del organismo. El funcionamiento óptimo del organismo implica el mantenimiento de unas constantes vitales necesarias para la supervivencia y el bienestar. La perturbación de ese equilibrio por algún agente nocivo y los procesos reparadores subsiguientes constituirían la reacción biológica de estrés.

Secundariamente, esta movilización fisiológica serviría para potenciar las respuestas de lucha o huida (la conocida expresión de “*fight or flight*”) frente al agente perturbador. Más tarde, *Selye*, fisiólogo que dedicó sus estudios sobre el estrés precisamente a sistematizar sus consecuencias, recogió los planteamientos de *Cannon* y los integró dentro de lo que definió como el patrón de respuesta al estrés conocido como Síndrome General de Adaptación.³⁹

Para *Selye*, cualquier demanda (física, psicológica, positiva o negativa) provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Esta respuesta es mensurable y corresponde a ciertas secreciones hormonales responsables de las reacciones de estrés somáticas, funcionales y orgánicas.

Para este autor, el estrés es la respuesta de adaptación a unas demandas muy dispares a las que podemos denominar estresores, que se traducen en un conjunto de cambios y reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

Cuando en la situación ambiental se ha producido un cambio, es necesario adaptarse a él. El organismo manda una señal de alerta nada más detectar el cambio, lo que inmediatamente se traduce en una respuesta de activación.

Salvo que el cambio sea excesivamente dramático y produzca colapso o agotamiento, el organismo pondrá en marcha una serie de rutinas dirigidas a solucionar la situación. Así, ante una situación de estrés, el individuo intentará recabar mayor información y procesarla rápidamente. Una vez perfiladas las conductas adecuadas, se pasará a considerar si el organismo es capaz de llevarlas a cabo. Si todos estos pasos han sido efectuados con éxito, se emitirán estas conductas para resolver la situación.

Una vez resuelta se disminuirá la sobreactivación. Si ha habido un fallo en alguno de los pasos anteriores, se mantendrá el incremento en la activación para tratar de solucionar con un trabajo más intenso estos problemas. Si aún así no se solucionan, se producirán conductas estereotipadas consistentes en el disparo excesivo de todos los sistemas fisiológicos y cognitivos. Este proceso fue definido por *Selye* como síndrome general de adaptación (SGA), en el cual, de forma resumida, se distinguen tres momentos:⁴⁰

1º) Reacción de alarma. Ante una situación de estrés el organismo produce una hiperactivación fisiológica. Si esto permite superar la situación, se pone fin al SGA; si no es así, se pasa a la siguiente fase.

2º) Fase de resistencia. El organismo sigue manteniendo la hiperactividad en su intento de superar la situación. Si el esfuerzo sostenido permite alcanzar la solución, se pondrá fin al SGA; si no es así, se pasará a la tercera fase.

3º) Fase de agotamiento. El organismo pierde la capacidad de activación y desciende por debajo de los niveles habituales debido a la falta de recursos. Si se intenta mantener esta situación, el resultado será el agotamiento total con consecuencias incluso mortales para el mismo.

De forma resumida, de esta propuesta de *Selye* cabría destacar dos ideas. Por un lado, el estrés sería una reacción no específica del organismo ante cualquier demanda. Planteando con ello que el estrés sería una reacción básica y general ante múltiples agentes perturbadores, independientemente de la naturaleza de éstos. Por otro, acentúa la idea de que el estrés es un proceso dinámico, que evoluciona a lo largo de distintos estadios, como resultado de la movilización secuencial de diferentes defensas corporales.

La concepción de activación fisiológica indiferenciada y general de la teoría de *Selye* ha sido el aspecto más criticado; de hecho, las concepciones más actuales consideran mecanismos neurales y endocrinos específicos. En concreto, siguiendo el modelo propuesto por *Everly*, es posible distinguir, dentro de la respuesta fisiológica de estrés, tres ejes:

1) El eje neural. Ante una situación de estrés se provoca de forma inmediata una activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), fundamentalmente en su rama Simpática, así como un incremento de la activación del Sistema Nervioso Periférico.

La activación de la rama simpática del SNA prepara al organismo para una acción motora inmediata e intensa, provocando, entre otros efectos, dilatación de la pupila, aumento del ritmo cardíaco y respiratorio y de la presión arterial, aumento del flujo de sangre a los músculos activos y al cerebro, acompañado de la disminución del riego sanguíneo de órganos como el tubo digestivo o los riñones, disminución de la secreción salivar.

Por su parte, el sistema nervioso periférico actúa incrementando la tensión de los músculos estriados necesarios para actuar ante el estresor. La suma de todos estos efectos permite a la persona llevar a cabo una actividad física mucho más intensa de lo habitual. La actuación de este primer eje es muy rápida. Sin embargo, por la propia estructura del sistema nervioso simpático, éste no puede mantener durante un largo período dicha actividad.⁴¹

La activación se irá reduciendo poco a poco si la situación de estrés desaparece. En el caso de que se mantuviera, este primer eje no puede funcionar mucho tiempo a niveles elevados por lo que entraríamos en la activación del segundo eje.

2) El eje neuroendocrino. Más lento en su actuación, implica la activación de las glándulas suprarrenales, con la consiguiente secreción de adrenalina y noradrenalina. Los efectos son similares a los producidos por la activación del Sistema Nervioso Simpático en el eje neural, si bien su efecto es más lento, pudiéndose mantener durante mucho más tiempo.

Crespo y Labrador, señalan que la activación del eje neuroendocrino tiene un valor de supervivencia importante, ya que prepara al organismo para una intensa actividad corporal que le permita responder a las demandas externas, bien haciéndoles frente (luchando), bien escapando de ellas (huyendo). De hecho, la activación de este eje optimiza las condiciones del organismo para la lucha-huida, poniendo en marcha todos sus recursos y preparando al organismo para una posible lesión en el enfrentamiento.

Este eje se disparará dependiendo de la percepción de la situación por parte del individuo. Si percibe que puede controlarla, ya sea haciéndole frente o escapando-, se pondrá en marcha este eje. En caso de que la persona considere que no puede hacer nada más que soportar la situación de forma pasiva, entonces se activará en su lugar el eje endocrino.

3) El eje endocrino. Aunque incluye otras vías de actuación, la más importante es el eje adrenal-hipofisiario, que supone la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) que llega a la corteza suprarrenal provocando la liberación de corticoides, con efectos sobre muy distintos órganos diana, entre cuyas consecuencias puede señalarse un incremento en la producción de glucosa, supresión del apetito, irritación gástrica, reducción o supresión de mecanismos inmunológicos, sentimientos de depresión e indefensión, entre otros.

El disparo de este eje, más lento y de efectos más duraderos que los dos anteriores, necesita de una situación de estrés más sostenida, por lo que suele asociarse a estresores crónicos. Activándose especialmente cuando la persona percibe o considera que no dispone de estrategias o conductas de enfrentamiento a la situación de estrés.⁴²

El estrés implica a todo el organismo y, particularmente, al sistema nervioso central. Directa o indirectamente, la formación reticular y el sistema límbico activan o inhiben la respuesta de estrés. La frecuencia respiratoria es la estructura encargada de poner en marcha los mecanismos de alerta de la corteza cerebral, dirigiendo su atención hacia los mensajes sensoriales que recibe.

Esta alerta favorece que los estímulos alcancen la corteza, facilitando los comportamientos de adaptación. Cuando se produce una hiperestimulación, el cerebro se fatiga, se bloquea la frecuencia respiratoria y ello hace que el mensaje quede inhibido, disminuyendo la capacidad de respuesta al estrés.

Por su parte, el sistema límbico desempeña un papel relevante en las respuestas a los estresores, ya que influye en la regulación de la vigilancia y la atención, al enervar las estructuras que determinan emociones y motivaciones.

Tiene un papel principal en la memoria y en la afectividad, ya que trata la información sensorial en función del almacén de memoria ya constituido, y lo integra con un contenido afectivo específico relacionado con el sentimiento de placer-displacer, implicando a los sentimientos sociales, a los comportamientos alimentarios y a los comportamientos sexuales. Juega, pues, un papel importante en la motivaciones sociales y en la modulación de las respuestas a las situaciones estresantes.

Ahora bien, como ya hemos visto, en el estrés no sólo se da una respuesta puramente fisiológica y bioquímica, sino que éstas interrelacionan fuertemente con las respuestas cognitivas, en las que los estímulos no son susceptibles en sí mismos de causar la aparición de los síntomas de estrés, sino que están en función de la percepción y la valoración del individuo, y dependerá de su pasado y de su estado actual.⁴³

La respuesta fisiológica de estrés implica a tres sistemas: endocrino, nervioso e inmunológico, presentando múltiples interconexiones que explican la amplitud de las reacciones del organismo. La respuesta neuronal se transmite al hipotálamo, estructura nerviosa que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el nervioso y en donde se provoca una respuesta hormonal que estimula la hipófisis para que secrete a la sangre otra hormona, la ACTH (corticotropina). Ésta, a su vez, estimula las glándulas suprarrenales, situadas encima de los riñones.

Estas glándulas suprarrenales se componen de dos regiones distintas: la parte interna o médula, que secreta adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina), y la parte externa o corteza, que secreta corticoesteroides minerales (aldosterona) y glucocorticoides (cortisol).

La secreción de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) corresponde a una movilización de energía en un tiempo corto (por ejemplo, ante una situación de lucha o huida), siendo nociva cuando los comportamientos no pueden ser llevados a cabo.

Los glucocorticoides (cortisol) tienen una acción metabólica y antialérgica. El aumento de cortisol se produce muy especialmente en las situaciones de incertidumbre, donde la persona es incapaz de controlar los sucesos y de predecir sus resultados. Los mineralocorticoides, aldosterona y corticosterona, inducen una vasoconstricción de los vasos sanguíneos. Cuando se dan en exceso, favorecen las enfermedades hipertensivas y pueden provocar lesiones articulares de tipo reumático.

Por otra parte, el hipotálamo actúa directamente sobre el sistema nervioso autónomo, para inducir una respuesta inmediata de estrés, que estimula los nervios sensoriales y a su vez las glándulas suprarrenales. Estas glándulas suprarrenales, por tanto, están sometidas a un doble control: por un lado, por el sistema nervioso autónomo (simpático vegetativo) y, por otro, por la hormona secretada por la parte anterior de la hipófisis (ACTH).

Toda esta activación es perjudicial para la salud y reduce la duración de la vida si se mantiene prolongadamente en el tiempo. Por eso el estrés en niveles elevados y cuando se cronifica conduce a cambios estructurales y fisiológicos y favorece la aparición de graves enfermedades.

En determinadas situaciones de estrés, el funcionamiento anómalo de la hipófisis puede provocar que las glándulas secreten sustancias químicas en exceso, confundiendo al sistema inmunológico. Esto explica que el estrés pueda tener efectos negativos sobre el sistema inmunitario, ya que inhibe sus respuestas, alterando el papel de los leucocitos y su circulación, así como la disminución de su producción.⁴⁴

Además, todo este proceso bioquímico interacciona con las estructuras implicadas en el análisis cognitivo y emocional, teniendo al mismo tiempo un papel importante en los niveles de alerta, al entrar el estrés en interacción recíproca con los tres grandes sistemas cerebrales implicados en las funciones cognitivas, afectivas y de decisión.

El punto de interés fundamental de esta propuesta reside en que la activación de uno u otro eje va a depender, además de las características de la situación, de la percepción de la misma por parte del individuo (percepción de control y disponibilidad de estrategias de afrontamiento).

En cualquier caso, entender el estrés exclusivamente en términos de activación o perturbación fisiológica supondría considerar erróneamente como estresores muchos aspectos y actividades de la vida cotidiana (ejercicio físico, pasión amorosa, entre otros), y como estrés la activación o los cambios homeostáticos que tales actividades producen indudablemente en el individuo. Ésta es una de las principales críticas que se han formulado a la conceptualización del estrés como mera respuesta fisiológica. *Lazarus y Folkman* exponen que:

“Está bien y es bueno hablar de una respuesta al estrés como aquélla que significa una perturbación de la homeostasis, pero dado que todos los aspectos de la vida parecen o bien producir o bien reducir tal homeostasis, se hace difícil distinguir el estrés de cualquier otra cosa, excepto cuando el grado de trastorno originado sea muy superior al habitual. Más aún, se hace difícil definir un estado de equilibrio o estado basal a partir del cual evaluar el grado de trastorno producido”.

En definitiva, tal como plantea Gutiérrez, dos serían los problemas más importantes que presenta la definición del estrés como respuesta fisiológica. Por un lado, el estrés, así definido, no constituiría un patrón con suficiente entidad o consistencia interna propia. Y por otro, el estrés no posee la necesaria diferenciación con respecto a otros fenómenos. No obstante, existen otros modelos teóricos que, aunque también conciben el estrés como una respuesta del individuo a ciertos estímulos o situaciones.⁴⁵

Por ejemplo, Labrador y Crespo descomponen la respuesta de estrés en tres niveles: cognitivo (que incluye los procesos subjetivos de evaluación de la situación), fisiológico (que incluye la actividad de los ejes neural, neuroendocrino y endocrino), y motor (que incluye las distintas formas y estrategias con las que el individuo intenta afrontar la situación)

II.2.5. Clasificación del estrés

Fisiológico

Algunos síntomas como dolores de cabeza, náuseas y pérdida del apetito no necesariamente permiten determinar problemas de salud específicos en una persona, puesto que son comunes a muchas enfermedades. Esto, por otra parte, es lo que ha intrigado a *Selye* y le ha permitido establecer su teoría, según la cual el organismo puede responder de manera no específica a cualquier demanda que se le haga, y algunos síntomas pueden ser comunes a males de origen distinto.⁴⁶

Así pues, cada vez que un agente de estrés físico agrede al cuerpo, la glándula pituitaria (ubicada en la base del cerebro) hace funcionar una señal de alarma al secretar hormonas en las glándulas endocrinas. El efecto de lo anterior es provocar una secreción de adrenalina que se transporta por medio del sistema sanguíneo y que tiene como consecuencia modificaciones en el metabolismo y en el sistema digestivo. Si los agentes de estrés se mantienen, o si las defensas del organismo son inadecuadas, la energía de adaptación disminuye y a continuación se presenta un agotamiento del organismo.

Psíquico

Los psicólogos se interesan en las demandas del entorno social, en el psiquismo, en las emociones, así como en las respuestas psicológicas y fisiológicas de los individuos frente a dichas demandas.

De igual manera para ellos, cuando se efectúan demandas no físicas para el organismo, la parte inferior del cerebro llamada hipotálamo juega un rol importante, en particular a nivel de las emociones, al enviar, exactamente igual que para el estrés fisiológico, señales dirigidas a la glándula pituitaria, con lo que sigue la cadena de acontecimientos propios del estrés físico.

Físico

Es un fenómeno que se ve muy influenciado por la personalidad. Mientras que los individuos responden claramente de la misma manera a un agente de estrés físico, no tienen las mismas respuestas frente al estrés psíquico.

En efecto, es la emoción la que genera una demanda al organismo y durante una crisis de cólera, por ejemplo, esta última no se considera el estrés propiamente dicho sino más bien el agente del estrés.

II.2.6. Respuestas no específicas del estrés

Ya sea que el estrés sea fisiológico o psíquico, la respuesta de ajuste del organismo a cualquier demanda que se le haga es no específica, en el sentido de que se exige una adaptación sin tomar en consideración la naturaleza del problema. Así, el agente de estrés, agradable o desagradable, provoca una demanda de adaptación. El agente de estrés es, por lo general, específico (aunque puede ser más o menos consciente) como es el caso, por ejemplo, de un rechazo de promoción debido a razones de partidismo.⁴⁷

Las consecuencias del estrés también son específicas, por ejemplo, un dolor de cabeza o insomnio. Por el contrario ningún agente de estrés específico produce consecuencia específica. El estado de alerta desencadena el organismo cada vez que esta presente un agente de estrés. Según *Matteson e Ivancevich* uno de los grupos de hormonas del cuerpo se componen de las “hormonas de lucha” y las “hormonas de escapes”, las cuales ayudan al organismo a movilizar las defensas frente a una alteración, ya sea que se perciba física o emocionalmente.

El estrés es el resultado de transacciones entre el individuo y su entorno y requiere de ajustes de conducta. Tales ajustes a su vez ocasionan cambios fisiológicos como el aumento de la respiración y de las pulsaciones cardiacas. Estos fenómenos se producen en la respuesta “escape o lucha” cuando un individuo se enfrenta a un agente de estrés. Precisamente, el estrés es fatal cuando el individuo no puede escapar ni luchar y cuando los acontecimientos se presentan con una frecuencia elevada.

Fineman propone tres puntos de vista de conducta entre la relaciones del individuo con los agentes potenciales del estrés. Puede existir un enfrentamiento durante el cual el individuo lleva a cabo una acción directa con el fin de enfrentarse a los estímulos amenazadores; se trata de un enfoque con miras a resolver el problema con la ayuda de las experiencias previas.

El individuo también puede elegir (de una forma más o menos consciente) el evitar el enfrentamiento al participar en las actividades de distracción para disminuir la ansiedad generada por la situación amenazadora. Finalmente, el individuo puede hacerse pasivo frente a esta situación y no involucrarse en actividades para el logro de objetivos. Esta alternativa puede conducir a una forma de parálisis física o social como es el caso de soñar despierto.³⁰

II.2.7. Diagnóstico

Es difícil diagnosticar el estrés, pero existen una serie de indicadores para determinar en qué nivel de estrés se encuentra una persona: Un nivel indicador es el nivel cognitivo, se caracteriza por pensamientos y sentimientos de miedo y aprensión. La persona da vueltas a las cosas, no encuentra solución a sus problemas, se preocupa por cuestiones sin importancia y no sabe solucionar pequeños problemas, que se convierten en una obsesión.⁴⁸

Se crea una sensación de inseguridad y aparecen dificultades en la concentración, la persona tiene la sensación de que ha perdido la memoria y de que se le olvidan las cosas, pero en realidad lo que ha perdido es la capacidad para concentrarse, lo que conlleva a una falta de atención.

Otro nivel indicador es el nivel fisiológico. El estrés se manifiesta con gran variedad de síntomas físicos como dolores de cabeza, hipertensión, debilidad, alteraciones del sueño, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, molestias en el estómago, enfermedades en la piel, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda, dolor de pecho que simula infarto de corazón, etc. La persona va al médico y se somete a una serie de pruebas que suelen dar resultados normales. Se siente mal, pero no tiene ninguna enfermedad concreta.

El último nivel indicador es el nivel motor. Se producen acciones observables como llorar con facilidad, aumenta la frecuencia de hábitos compulsivos como comer, fumar o beber alcohol, aparecen tics nerviosos, problemas sexuales (impotencia, anorgasmia, entre otros), comportamientos extraños y sin finalidad, y por último el deseo de huida para evitar la situación que provoca la sensación de estrés.

II.2.8. Reacciones clínicas ante el estrés

Las personas que experimentan múltiples situaciones estresantes en el pasado reciente son en especial susceptibles a la depresión, la ansiedad y la reacción exagerada de los sistemas fisiológicos. Estas ejercen una influencia más poderosa y se recuerdan con mayor facilidad que aquellas que sucedieron muchos años atrás. Se hace un esfuerzo por cuantificar los cambios estresantes durante periodos específicos, como el año anterior.⁴⁹

Respuestas psicológicas

Sentirse perturbado, incapacidad para concentrarse, irritabilidad, pérdida de la confianza en sí mismo, preocupación, dificultad para tomar decisiones, pensamientos recurrentes, distractibilidad.

Respuestas orgánicas

Pulso rápido, palpitaciones, aumento de la transpiración, tensión de los músculos de brazos y piernas, respiración cortada, rechinar los dientes.

Respuestas conductuales

Deterioro de la efectividad del desempeño, tabaquismo y consumo de alcohol u otras drogas para la “diversión”, propensión a los accidentes, ademanes nerviosos (golpear con los pies, morderse las uñas), aumento o reducción del apetito, aumento reducción del sueño. El estrés desempeña un papel en la mayor parte de las condiciones que constituyen la psicología anormal. Los trastornos del estrés que requieren atención médica son patológicos porque van más allá de las reacciones cognoscitivas y emocionales normales.

Respuestas normales y anormales ante el estrés

Repuestas normales

Sentir emociones fuertes después del evento; oponerse a pensar en el suceso; tener pensamientos indeseables e intrusivos acerca del evento; síntomas físicos temporales (dolores de cabeza, trastornos estomacales).

Respuestas anormales

Sentir una preocupación excesiva por las emociones intensas; experimentar pánico o agotamiento; resistencia extrema a pensar en el suceso (por ejemplo, por medio del consumo de drogas); negación masiva; tener imágenes y pensamientos persistentes y trastornantes que interfieren con el funcionamiento normal, reacciones orgánicas fuertes y persistentes (por ejemplo, dolor de cabeza continuos, dolor de estómago crónicos); problemas a largo plazo en la capacidad para amar y trabajar.

II.2.9. Manejo del estrés

Debido al elevado número de consecuencias, tanto personales y familiares como sociales y laborales que produce el estrés, el estudio de su tratamiento o prevención es un aspecto fundamental en la literatura científica sobre el tema.

Los resultados de investigaciones centradas en la intervención suelen ser “imprecisos, ambiguos y bastante contradictorios” según Polaino-Lorente. Sin embargo, proliferan los estudios centrados en las estrategias de afrontamiento que a nivel individual y/o grupal puedan ejercer los pacientes a la hora de enfrentarse al estrés.⁵⁰

Este tipo de entrenamientos se realizan normalmente en talleres con personas que se reconocen como afectadas por el síndrome (tratamiento) o en profesionales que, sin haber vivenciado los efectos del estrés, deciden por propia iniciativa aprender mecanismos que le permitan afrontar adecuadamente el estrés laboral.

A pesar de esto, la mayoría de especialistas reconocen las limitaciones de estos trabajos y su eficacia reducida al limitarse las actuaciones a un contexto en el que ya se ha producido el problema y no a su raíz, previniendo su aparición e incluso señalando su poco rigor científico y metodológico.

Estrategias de intervención individuales

Bajo el nombre de técnicas paliativas se encuentran aquellas que se centran en reducir la experiencia emocional del estrés causado por diversos factores que se tienen en cuenta actuando sobre ellos.

Las más utilizadas en el ámbito educativo son las de corte cognitivo-conductual aunque también encontramos técnicas psicodinámicas y las centradas en el ejercicio físico. Las técnicas conductuales se centran en enseñar a desconectar del trabajo y separar la vida personal y familiar de la laboral, utilizando técnicas para mejorar la ejecución del trabajo intentando llegar a la mayor efectividad en el mínimo tiempo posible.

Algunos autores proponen entrenamientos basados en la retirada de la atención, programas de refuerzos, time out, control de contingencias, autoreforzamiento y evitación o la utilización de contingencias adecuadas, análisis de tareas, reforzamientos progresivos y control de problemas en clase. Dentro de las técnicas psicológicas de orientación cognitivo-conductual, la desensibilización sistemática, ha sido una de las técnicas más utilizadas junto al counseling y el asesoramiento técnico.

El entrenamiento en asertividad, práctica de simulación con técnicas de aprendizaje de destrezas sociales para la formación de profesores de secundaria, habilidades relacionales y comunicacionales, habilidades de coping, asertividad, trabajo en equipo y reconstrucción de pensamiento e ideas sobre la enseñanza y los programas de evitación y afrontamiento ante la depresión.⁵¹

En esta línea demuestran que la utilización de terapia cognitivo-conductual junto a la musicoterapia arroja mejores resultados frente al estrés que la terapia cognitivo-conductual sola. Dentro de la orientación cognitiva destacan las técnicas de identificación de distorsiones cognitivas y el entrenamiento en reatribución cognitiva, reestructuración cognitiva, la inoculación de estrés, autoinstrucciones, entrenamiento en autoverbalizaciones y autoeficacia, el entrenamiento en solución de problemas, autocontrol, terapia racional-emotiva de Ellis, detención de pensamiento, técnica de resistencia y habilidades de afrontamiento.

Otras técnicas cognitivas son la intervención centrada en las demandas emocionales y enseñar a identificar las primeras fuentes de estrés a la vez que se entrena en estrategias de afrontamiento.

Respecto a la orientación psicodinámica, aunque sin lugar a dudas son las técnicas menos utilizadas, cabe destacar el trabajo de *Andrianopoulos* sobre psicoeducación y asesoramiento. También, aparecen en la literatura técnicas de tipo físico que actúan sobre los efectos fisiológicos del estrés y del estrés (insomnio, taquicardia, inquietud psicomotora y otras respuestas psicósomáticas propias de la ansiedad), como por ejemplo la propuesta de Travers y Cooper de hacer ejercicio físico, yoga, relajación y viajes.

Uno de los aspectos más relevantes de las técnicas señaladas anteriormente es que la gran mayoría de ellas no se han utilizado de forma sistemática ni científica con colectivos de profesores, es más, algunas técnicas psicológicas que se presentan aparecen en la literatura como potenciales reductoras de estrés y ansiedad acogiendo a los resultados obtenidos con poblaciones clínicas. Sin embargo, no se han realizado estudios serios en los que se apliquen de forma individual o grupal, quizás por las dificultades metodológicas que implica su realización.

Estrategias de intervención grupal

Centradas principalmente en la búsqueda de apoyo social, ya sea a nivel familiar, amigos o compañeros, los grupos de apoyo, la escucha, el apoyo técnico y emocional influyen en gran medida, en la prevención y tratamiento del burnout. De esta forma, exponer los problemas de una persona a un grupo de compañeros resultaba una experiencia reconfortante, se sentían comprendidos, intercambiaban opiniones y se daban consejos. Las personas observaban que su problema lo tenían también otras personas, incrementando su compañerismo y la fuerza suficiente para afrontar situaciones y enfrentarse a los problemas diarios.⁵²

Las estrategias de intervención grupal no dejan de ser las mismas técnicas presentadas en el apartado anterior, solo que aplicadas en grupo a un conjunto de profesores. Esta forma de trabajo adopta el formato de pequeños seminarios ofertados principalmente por las propias instituciones educativas.

Su problema fundamental es que se trata de actuaciones puntuales en las que no se suele hacer un seguimiento a la persona ni hablar de aspectos específicos que la afecten de forma individual.

Estrategias organizacionales

Bajo esta denominación se encuentran todas aquellas estrategias que desde la administración educativa se pueden desarrollar para paliar algunas de las fuentes de estrés. Son medidas generales cuya implantación minimizaría los efectos del estrés y actuaría como prevención del mismo. Una de ellas es aumentar la formación de los profesionales.

Es evidente que si un profesional de la enfermería antes de incorporarse a su función tuviera una formación adecuada sobre estrategias y comportamientos que le puedan ayudar a enfrentarse con la multitud de problemáticas que pueden sobrevenir en un día normal de trabajo, su respuesta ante situaciones problemáticas o generadoras de estrés aumentaría.

Los métodos de selección han sido otras de las propuestas a realizar por la administración; de esta forma se propone introducir profundos cambios en la selección y formación del personal. Si la selección se hace con una estrategia multidimensional mejorará, esto es, aplicando no sólo criterios centrados en los conocimientos sino también en otros aspectos como la personalidad.

Un tipo de actuaciones propuestas por algunos especialistas son los programas de asistencia al empleado, en donde un equipo de profesionales asesora y atiende de forma personalizada todos los problemas del trabajador. Otras medidas organizacionales son la reducción de la carga de trabajo en general, de la carga lectiva y jornada laboral aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, fomentar redes de apoyo entre los compañeros, ocio, desarrollo personal y profesional y aumentar las recompensas y reconocimientos al profesional, así como su salario.

III.1. HIPÓTESIS

El nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina, es alto

III.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables | Concepto | Indicador | Escala |
|------------------------|---|---|---------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ingreso al centro hospitalario | Años consignados en el expediente | Ordinal |
| Sexo | Estado genotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo | Masculino Femenino | Nominal |
| Estado civil | Relación marital que tiene el cuidador frente a la sociedad | Soltero Casado Unión libre | Nominal |
| Escolaridad | Grado escolar alcanzado por el cuidador de pacientes geriátricos | Ninguno Básico Medio Superior | Nominal |
| Tipos de cuidador | Persona encargada de cuidar al paciente geriátrico | Esposa Hijo Nieto Sobrino No familiar | Nominal |
| Tiempo de cuidador | Tiempo transcurrido entre el momento que empezó a cuidar al gerente hasta el momento de la entrevista | < 1 año 1-5 años 6-9 años 10 y más | Ordinal |
| Hora diaria de cuidado | Tiempo en hora que permanece el cuidador cuidando al gerente | < 8 horas 8 horas y más | Ordinal |
| Escala de Zarit | Escala para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales | Menor o igual a 46 (ausencia de sobrecarga) 47-55 (sobrecarga ligera) Mayor o igual a 56 (sobrecarga intensa) | Ordinal |

III.3. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Juan Pablo Pina, éste es un centro médico de medicina general de Tercer nivel y docente universitario, ubicado en la provincia de San Cristóbal, al Sur, 35 Kms de la capital de la República Dominicana, limitado al Norte, por la calle Manuel María Seijas, al Sur, por la calle Presidente Billini, al Este, por la calle Santomé y al Oeste, por la calle Juan Tomás Díaz.

Universo

Estuvo constituido por 240 personas cuidadoras de pacientes geriátricos asistidos en el Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

Muestra

Estuvo constituida por 53 personas cuidadoras de pacientes geriátricos asistidos en el Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

Criterios de inclusión

- . Cuidadores hombre o mujeres mayores de 18 años
- . Cuidadores primarios de un paciente con algún grado de dependencia.
- . Cuidador que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- . Cuidadores que atiendan a más de 2 pacientes.
- . Cuidador con barrera idiomática.

Fuente de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, el cual se aplicó a los cuidadores de pacientes geriátricos en el momento de su asistencia a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016.

Procedimiento

Para tales fines se usó el test de Zarit, en el cual la carga es vista como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas. En 1985 Zarit y Orr redujeron el número de 29 a 22 reactivos, dicha revisión fue validado por Martín y Salvado en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos, Montori y Col en 1998 residentes en zona urbana de Madrid. Este instrumento es una prueba psicométrica de calificación objetiva, evaluando la presencia o ausencia sobrecarga medida en grados.

A cada respuesta se le asigna una puntuación que va del 0 al 5 y al final se suma el total de los mismos de acuerdo a estos se designa:

Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga

47-55: sobrecarga ligera

Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa

Tabulación de la información

Las operaciones de tabulación de la información obtenidas fueron revisadas y procesadas en el programa de computadoras digital: EPI-INFO-6.0

Análisis

Se realizaron mediante medidas relativas tales como: frecuencia y porcentajes.

Principios éticos y bioéticos

El desarrollo de este estudio y manejo de los datos respondió al siguiente aspecto ético.

- . Consentimiento informado.
- . Confidencialidad de la información.
- . No daño a la institución.

IV.1. RESULTADOS

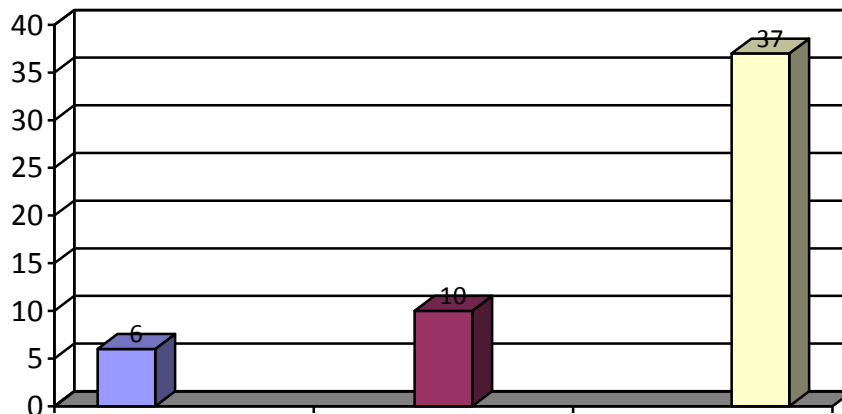
Cuadro 1. Estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Niveles de estrés | Frecuencia | % |
|-------------------|------------|-------|
| Sin estrés | 6 | 11.3 |
| Leve | 10 | 18.9 |
| Intenso | 37 | 69.8 |
| Total | 53 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se observó que el 69.8% de los cuidadores presentaron estrés severo y un 18.9% estrés leve

Gráfico 1. Estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



Fuente: Cuadro No. 1



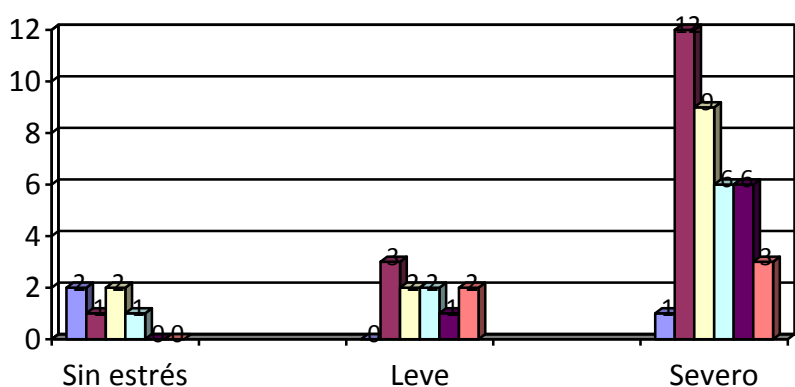
Cuadro 2. Edad y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Edad (años) | Estrés | | | | | | Total | |
|-------------|------------|-------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| 20 – 29 | 2 | 66.7 | 0 | 0.0 | 1 | 33.3 | 3 | 5.7 |
| 30 – 39 | 1 | 6.2 | 3 | 18.7 | 12 | 75.0 | 16 | 30.2 |
| 40 – 49 | 2 | 22.21 | 2 | 22.2 | 9 | 69.2 | 13 | 24.5 |
| 50 – 59 | 1 | 11.1 | 2 | 22.2 | 6 | 66.7 | 9 | 17.0 |
| 60 – 69 | 0 | 0.0 | 1 | 14.3 | 6 | 85.7 | 7 | 13.2 |
| 70 y más | 0 | 0.0 | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | 5 | 9.4 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

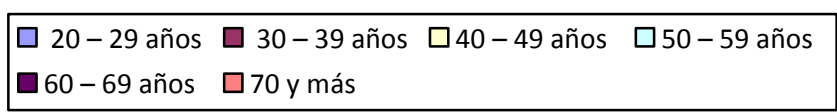
Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se evidenció que el 30.2% de los cuidadores estaban comprendidos entre 30-39 años y un 24.6% se hallaron de 40-49 años y en menor proporción se observaron los halados entre 20-29, con un 5.7% t los mayores de 70 años, para un 9.4%.

Gráfico 2. Edad y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



Fuente: Cuadro 2



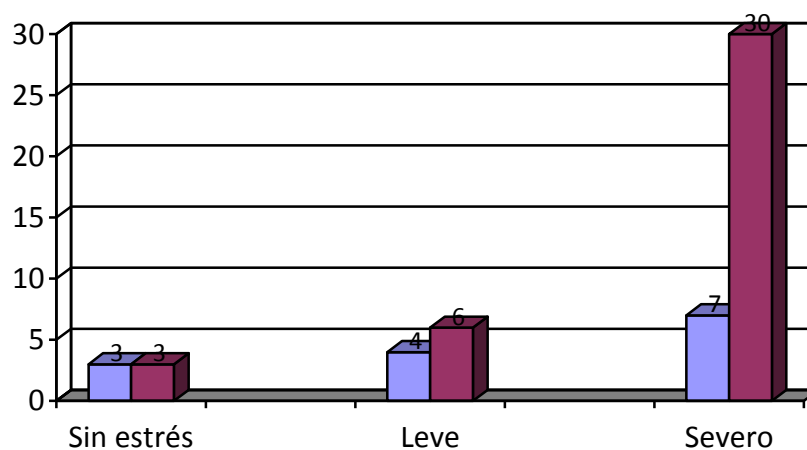
Cuadro 3. Sexo y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Sexo | Estrés | | | | | | Total | |
|-----------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| Masculino | 3 | 21.4 | 4 | 28.6 | 7 | 50.0 | 14 | 26.4 |
| Femenino | 3 | 7.7 | 6 | 15.4 | 30 | 76.9 | 39 | 73.6 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se encontró que un 73.6% de los casos correspondieron al sexo femenino, mientras que un 26.4% de los casos fue para el sexo masculino.

Gráfico 3. Sexo y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



Fuente: Cuadro 3



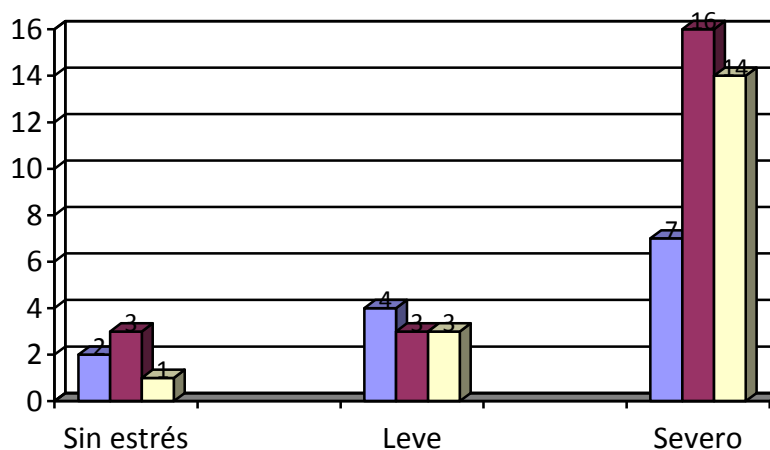
Cuadro 4. Estado civil y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Estado civil | Estrés | | | | | | Total | |
|--------------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| Soltero | 2 | 15.4 | 4 | 30.8 | 7 | 53.8 | 13 | 24.5 |
| Casado | 3 | 13.6 | 3 | 13.6 | 16 | 30.2 | 22 | 41.5 |
| Unión libre | 1 | 5.6 | 3 | 16.6 | 14 | 77.8 | 18 | 34.0 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

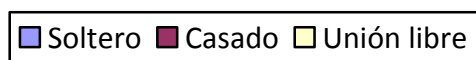
Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se observó que un 41.56% de los casos correspondieron a cuidadores casados, en el 34% se hallaban viviendo en unión libre y un 24.5% eran solteros.

Gráfico 4. Estado civil y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



Fuente: Cuadro 4



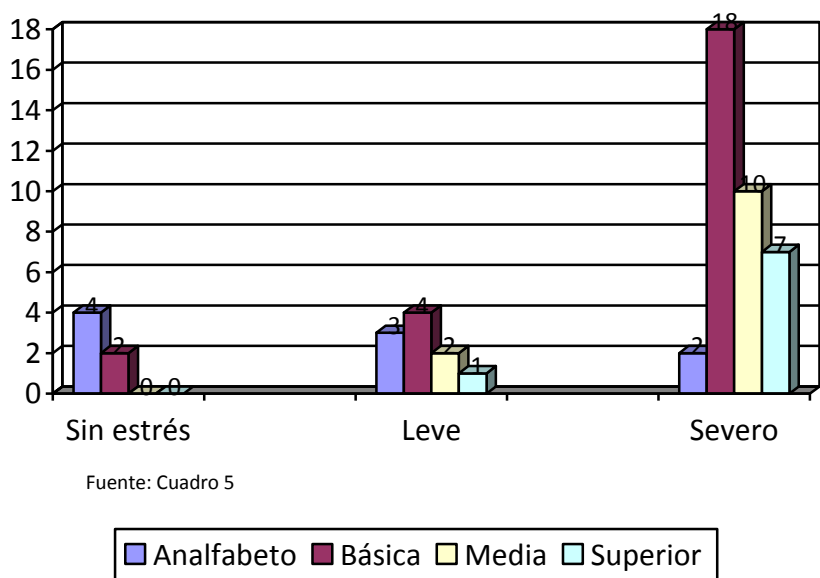
Cuadro 5. Escolaridad y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Escolaridad | Estrés | | | | | | Total | |
|-------------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| Analfabeto | 4 | 44.4 | 3 | 33.4 | 2 | 22.2 | 9 | 17.0 |
| Básica | 2 | 8.3 | 4 | 16.7 | 18 | 75.0 | 24 | 45.3 |
| Media | 0 | 0.0 | 2 | 16.7 | 10 | 83.3 | 12 | 22.6 |
| Superior | 0 | 0.0 | 1 | 12.5 | 7 | 87,5 | 8 | 15.1 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se evidenció que el 45.3%% de los casos correspondieron a cuidadores con un nivel básico, en el 22.6% se hallaban en un nivel medio, un 17% eran analfabetos y el 15.1% tenían un nivel superior.

Gráfico 5. Escolaridad y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



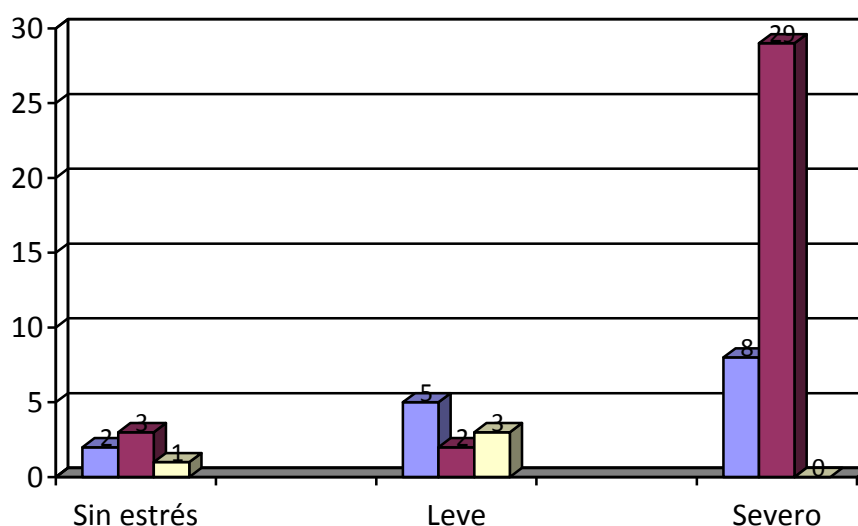
Cuadro 6. Tipo de cuidador y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Tipo de cuidador (años) | Estrés | | | | | | Total | |
|-------------------------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| Pareja | 2 | 13.3 | 5 | 33.3 | 8 | 53.3 | 15 | 28.3 |
| Hijo | 3 | 8.8 | 2 | 5.9 | 29 | 85.3 | 34 | 64.1 |
| Nieto | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 | 0 | 0.0 | 4 | 7.5 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se encontró que un 64.1% de los casos, el cuidador era un hijo, en el 28.3% eran las parejas y en un 7.5% nieto.

Gráfico 6. Tipo de cuidador y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



Fuente: Cuadro 6



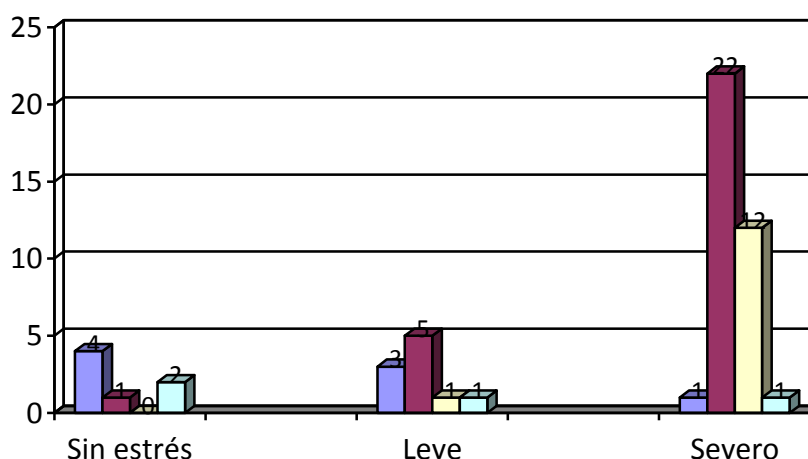
Cuadro 7. Tiempo de cuidador y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016.

| Tiempo de cuidador (años) | Estrés | | | | | | Total | |
|---------------------------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| < 1 | 4 | 50.0 | 3 | 37.5 | 1 | 12.5 | 8 | 15.1 |
| 1 – 5 | 1 | 3.6 | 5 | 17.9 | 22 | 78.7 | 28 | 52.8 |
| 6 – 9 | 0 | 0.0 | 1 | 7.7 | 12 | 92.3 | 13 | 24.5 |
| 10 y más | 2 | 50.0 | 1 | 25.0 | 1 | 25.0 | 4 | 7.5 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

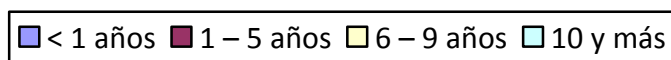
Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se encontró que el 52.8%% de los casos, el cuidador tenía entre 1-5 años cuidando, un 24.5% tenían entre 6-9 años, el 15.1% tenían menso de 1 año y el 7.5% tenían más de 10 años.

Gráfico 7. Tiempo de cuidador y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016.



Fuente: Cuadro 7



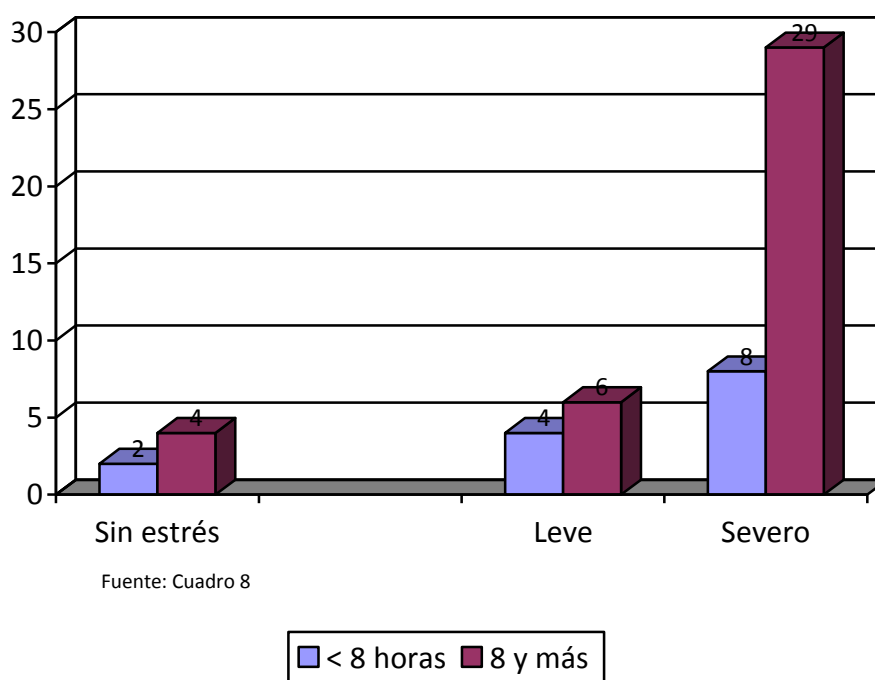
Cuadro 8. Hora diaria del cuidado y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016

| Hora diaria del cuidado (horas) | Estrés | | | | | | Total | |
|---------------------------------|------------|------|------|------|--------|------|-------|-------|
| | Sin estrés | | Leve | | Severo | | | |
| | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % | Fc. | % |
| < 8 | 2 | 14.3 | 4 | 28.6 | 8 | 57.1 | 14 | 26.4 |
| ≥ 8 | 4 | 10.3 | 6 | 15.6 | 29 | 74.4 | 39 | 73.6 |
| Total | 6 | 11.3 | 10 | 18.9 | 37 | 69.8 | 53 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores de pacientes geriátricos

Al analizar el presente cuadro se encontró que un 73.6%% de los casos, el cuidador permanecía más de 8 horas cuidando, mientras que un 26.4% permanecía menos de 8 horas.

Gráfico 8. Hora diaria del cuidado y niveles de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016



IV.2. DISCUSIÓN

El estudio, buscó determinar la asociación entre la presencia de sobrecarga del cuidador y el desarrollo de síntomas de estrés en la población de cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016. Encontramos que el 88.7% de nuestra población tuvo síndrome de estrés del cuidador, del que el 69.8% correspondió a estrés intenso, mientras que un 18.9% fue estrés leve, similar a las cifras menores fueron reportadas por Ocampo, *et al*, en el 2007; y por Flores, *et al*, en su estudio realizado en el 2012, quienes reportaron una frecuencia de este síndrome en 47% 51.2% de su población. El porcentaje de pacientes de nuestro estudio que tuvieron sobrecarga intensa (69.8%) también fue diferente al de Espinoza, quien encontró que incluso 72% de los cuidadores informales tenía algún grado de sobrecarga y 48% tenía sobrecarga intensa.

Las características de los cuidadores no parecen variar de forma significativa a lo largo del tiempo; siguen siendo las mujeres y progenitoras las encargadas, de forma mayoritaria (73.6%), del cuidado de pacientes con enfermedad mental a pesar del paso de los años. Giraldo, en el 2006 y Ocampo, *et al*, trabajaron con familiares cuidadores de pacientes con trastornos mentales. En ambos estudios encontraron resultados similares respecto al perfil de estos cuidadores; entre otros aspectos, correspondían a mujeres en más del 88% de los casos, con una edad media cercana a los 56 años.

En uno de los estudios realizados con cuidadores informales de pacientes con trastorno bipolar, Luis en el 2010, este porcentaje fue un tanto igual, reportando un 70% de cuidadoras de género femenino, demostrando que la gran mayoría de los cuidadores, probablemente de manera independiente a la patología de fondo del paciente a su cargo, continúan siendo las mujeres. Estos resultados son muy similares a los arrojados en el presente estudio, donde el 73.6%% de los cuidadores fueron mujeres, con una edad promedio de 53.7 años, reproduciendo así las estadísticas de otros países iberoamericanos. La edad en el cuidador no determinó una menor o mayor prevalencia de estrés, en el cuidador, que fuera estadísticamente significativa.

Un dato llamativo respecto del estado civil de los cuidadores en general es que un alto porcentaje de estos estaban casados, con un 41.5%, hallazgo que no discrepa tanto de lo logrado en estudios similares (Chaverri, 2006; Palacios-Espinoza, 2008). Esto pudo deberse a factores asociados con la muestra obtenida donde quizás un alto porcentaje del total de cuidadores de pacientes del hospital sean casados, lo cual no pasará de la mera especulación debido a que ésta es información no comprendida entre las estadísticas del servicio

En relación con el nivel educativo del cuidador, la mayor proporción de sobrecarga se reportó en personas que tenían estudios de nivel básico, para un 45.3% y la menor proporción de sobrecarga fue de los cuidadores que estaban cursando o habían terminado estudios universitarios con 15.1%, coincidimos con estudios realizados en España y en Cuba, en donde se evidenció que en su mayoría eran cuidadores que sólo poseían nivel primario de instrucción, con un 45.3%.

En promedio, los cuidadores dedican entre 5 y 10 años realizando la actividad de cuidado durante el día y la noche. En la mayor parte de los estudios no se ha demostrado asociación entre el tiempo de cuidado y síndrome de sobrecarga del cuidador. Aunque se sabe que con relativa frecuencia la realización de cuidados informales en el seno de una familia supone cambios de roles en sus miembros y que esto puede ocasionar situaciones de disfunción, la mayor parte de las investigaciones no tratan el número de horas a partir de las que sobrevienen los riesgos psicológicos y sociales en el cuidador primario. Como es señalado por Dueñas, et al, en el 2006.

Un elemento clave en la aparición de sobrecarga y problemas en el cuidador, es la extensa duración en la evolución de algunas enfermedades mentales y el tiempo que se toma diariamente en el cuidar. Habitualmente, cuando una persona asume ser cuidador principal no intuye la duración de la enfermedad y el tiempo que invertirá en ella. En esta misma línea, y similar a lo reportado por Chaverri (2006) en su trabajo, mediante el cual investigó la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores altamente discapacitados, no se

encontró en el presente estudio una relación directa entre la cantidad de horas dedicada al cuidado y la presencia del síndrome de estrés del cuidador, sin embargo, ambos trabajos coinciden en que existe mayor sobrecarga luego de 8 horas o más de cuidado. No se encontró relación directa entre la presencia de sobrecarga de cuidador y el número de días a la semana o el número de horas diarias dedicadas al cuidado, esto debido al tamaño y distribución de la muestra obtenida.

V.1. CONCLUSIONES

Luego de haber culminado la investigación sobre el nivel de estrés que presentan los cuidadores de pacientes geriátricos que acuden a la consulta de geriatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina entre mayo-julio 2016 y observando los resultados obtenidos se hacen las siguientes conclusiones.

1. EL 69.8% de los cuidadores presentaron estrés severo y un 18.9% estrés leve
2. El 30.2% de los cuidadores estaban comprendidos entre 30-39 años.
3. Un 73.6% de los casos correspondieron al sexo femenino.
4. Un 41.56% de los casos correspondieron a cuidadores casados.
5. El 45.3%% de los casos correspondieron a cuidadores con un nivel básico.
6. Un 64.1% de los casos, el cuidador era un hijo, en el 28.3% eran las parejas.
7. El 52.8%% de los casos, el cuidador tenía entre 1-5 años cuidando.
8. Un 73.6%% de los casos, el cuidador permanecía más de 8 horas cuidando, mientras que un 26.4% permanecía menos de 8 horas.
9. Los cuidadores profesionales presentaron mayor grado de estrés.

V.2. RECOMENDACIONES

1. Orientar a los cuidadores mediante charla previo a consulta sobre los cambios que tienen que hacer y consecuencias sobre el cuidado.
2. Es fundamental la detección de factores de riesgo que las tornas propensas a desarrollar el síndrome de sobrecarga del cuidador, es obligación entonces, contar con instrumentos validados que permitan investigar la presencia de tales factores, permitiendo la activación e intervención posterior de un sistema de contención.
3. Incluir dentro del un plan de trabajo del servicio estrategias enfocadas hacia el cuidador y el fortalecimiento de una red de apoyo social, tanto en el seno de la familia como alrededor de ella.
4. Una vez detectada la población con sobrecarga, una herramienta a la que se pudiera utilizar en la instauración de programas de intervención psicológica a los cuidadores, orientado hacia la enseñanza de habilidades emocionales e instrumentales que les permitan una mayor capacidad para afrontar los problemas que en lo posterior aparezcan.
5. El hecho de que el presente estudio no refleje resultados extensivos a otros enfermos mentales y sus cuidadores, al pertenecer a distintas modalidades de atención en salud, orientan hacia la necesidad de realizar estudios con mayor extensión, idealmente coordinados, donde participen diversos servicios de atención, para lograr criterios unificados que repercutan en su validez y objetividad.
6. Al actual estudio debe dársele seguimiento y plantear un segundo tiempo de investigación, en el cual se determine el impacto de un programa de intervención aplicado a los cuidadores. El planteamiento de este estudio debe ser, idealmente longitudinal, y contar con un grupo control, de manera que adquiera aún mayor evidencia científica que la lograda hasta ahora.

V.3. REFERENCIAS

1. Giraldo C, Franco G. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*. 2006; 6(1): 38-53.
2. Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb. Med*. 2007; 38: 40-46
3. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chil*. 2009; 137(5): 657-665.
4. Cuba M. Síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos del Área urbano-marginal Payet, entre febrero-mayo del 2008. *Rev Med Hered*, 2013;24:204-209.
5. Flores J, Rodríguez H, Fernández G. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa adscritos al Programa de Postrados del Consultorio Externo y al CESFAM Dr. Jorge Sabat de Valdivia, Chile, *Cienc. enferm*.2012;18(1):1-6.
6. Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. Stress and caregivers. En: Fink Get et al. editores. *Encyclopedia of Stress*. 2nd Edition. San Diego, CA: Academic Press; 2007. p. 416- 418.
7. Mockus S, Novielli K. A practical Guide to Caring for Caregivers. *Am Fam Physician*. 2009; 62: 2613-2621.
8. Tirado Pedregosa, G. Apoyo social en el cansancio del rol del cuidador. *Evidencia*. 2009; 6(25).
9. Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm*. 2011; 17(2): 107-111.
10. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chil*. 2009; 137(5): 657-665.

11. Dueñas E, Martínez A, Morales B, Muñoz C, Viáfara A, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicancias psicosociales. *Colomb. Med.* 2006; 37(2), (S1): 31-38.
12. Deeken J, Taylor K, Mangan P, Yabroff R, Ingham J. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 26(4): 922-953.
13. Álvarez, V. M. I.; De Montalvo. La familia ante la enfermedad. Familia y sociedad. Editorial Universidad Pontificia Comillas, Universidad Comillas. Madrid. La suma de todos, comunidad de Madrid,, 2010:139-145.
14. Ávalos, V. J. (2008). Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular, un problema multidisciplinario. Editorial Glosa. Barcelona. 2008:501-504.
15. Barbero, M.L. (2012). Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio. 1ra edición. Editorial Ideas Propias. Bódalo, 2012:123-127.
16. Luis .E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Rev. Portuaria, Universidad de Huelva, España,* 2010;.5:87-90
17. Dea, M. C. Evaluation & the Health Professions. Care Providers Family Caregivers' Perceptions of Relationship Quality With Health The Caregiver-Provider Relationship Assessment : Measuring. *EvalHealth Prof.* 2011;.35:104-107.
18. De Souza, RN.; Turrini. Paciente oncológico terminal: Sobrecarga Del cuidador. *Rev. electrónica trimestral de enfermería.* 2011;.22:11-15.
19. Domínguez, S.G.; Zavala, M. A.; De la Cruz.; M.O. Ramírez. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. pp. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander* 2008;.23(1):28-37.
20. Flores, G. E.,E, Rivas., F. Seguel. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Burden level in performing the role of family caregivers of elderly with severe dependence. *Rev. Ciencia y Enfermería XVIII (1):* 2012:29-41.

21. Sanhueza. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Rev. Ciencia y Enfermería XVI (2): III*, 2010:120-125.
22. Moreno G, Bernabeu M; Álvarez M. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*; 2008,40(4):193-198.
23. De Jesús.J. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010;26(3):104-116.
24. Quero A; Briones R; Ángeles A. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación*, 2011;9:1-14
25. Rubio, D. La enfermería humanista: ciencia, filosofía, arte y técnica. Garantías en la seguridad de los pacientes. *Rev. CONAMED*, Vol. 13, Suplemento 1, 2008:12-15.
26. Sánchez. S Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Rev. Gerokomos*.2008;19(1):9-15.
27. Vásquez C, Baena R. Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación (PIR) de la clínica Universidad de la Sabana, 2012:25-34.
28. Caqueo A, Segovia P., Urrutia. Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 2013;10 (1), 95-108.
29. Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, XVIII, 2015;(2): 23-30.
30. Findling, L. y López, E. De Cuidados y Cuidadoras. Acciones públicas y privadas. Buenos Aires: Biblos. 2015_56-60.
31. Flores E Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, XVIII (1), 2012:29-41.

32. Izquierdo, M.J. El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quien? Organización social y género. En Segon Congres de Salut Mental. Grup de treball: Identitat, genere i salut mental. Barcelona. 2014:34-38.
33. Luxardo, N., Funes, M., Berenguer, C., Nastasi, R., Veloso, V. y Tripodoro, V.A. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. Revista medicina (Buenos Aires), 2009,69:519-525.
34. Luxardo, N. Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida. Buenos Aires: Biblos. 2011:123-128.
35. OMS (2007). Cuidados paliativos. (Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; modulo 5.) II Serie. 2007:71-75.
36. Regueiro, A., Pérez-Vásquez, A., Gomara, S., Ferreriro, M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria, 2007;39:185-188.
37. Seidmann, S., Pano, C.O., Stefani, D., Bail Pupko, V. y Acrich, L. Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Revista de Psicología, 2015;22:45-62.
38. Vélez Lopera, J.M., Berbesi Fernández, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A. y Ordonez Molina, J. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Aten Primaria*, 2012;44(7):411-416.
39. Barrera L., Blanco L., Figueroa P., Pinto N., Sánchez B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: una mirada internacional. *Rev Aquichan* 2006; 6(2):135-144.
40. Montalvo A, Badrán Y, Cavadías C, Medina E, Méndez K, Padilla C, Ruidíaz K. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena. Colombia. *Salud uninorte*. Barranquilla 2010; 26 (2): 212-222
41. Blanco MD. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales de niños en situación de enfermedad crónica que consultan en la Clínica Colsanitas. *Av. enferm.*, XXV (1) 2007:19-32. 21.

42. Díaz JC. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot. Av. enferm., XXV (1): 69-82, 2007.
43. González DS. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes mellitus. Rev Av Enf. 24(2);2006:25- 35
44. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc.enferm.18 (1) abr.2012:29-41.

V.4. ANEXOS

V.4.1. Cronograma

| Actividades | 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|
| | enero | | | | febrero | | | | marzo | | | | abril | | | | Mayo | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Módulo sobre investigación en salud | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selección del tema y revisión de bibliografía | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Determinación del problema | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de instrumento | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| Aplicación del cuestionario y tabulación de los datos | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Entrega de informe final y digitación de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | X | |
| Examen de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |

V.4.2. Formulario de recolección de información

NIVEL DE PREVALENCIA DE ESTRÉS EN LOS CUIDADORES DE LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE GERIATRÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA.

Formulario No _____

1. Edad _____ años

2. Sexo:

Masculino _____ Femenino _____

3. Estado civil

Soltero _____ Casado _____ Unión lib _____

4. Escolaridad

Ninguna _____ Básica _____ Media _____ Superior _____

5. Tipos de cuidador

Esposa _____ Hijo _____ Nieto _____ Sobrino _____ No familiar _____

6. Tiempo de cuidador

< 1 año _____ 1-5 años _____ 6-9 años _____ 10 y más _____

7. Hora diaria de cuidado

< 8 horas _____ 8 horas y más _____

8. Escala de Zarit

| Opinión | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Bastante veces | Casi siempre |
|---|-------|----------|---------------|----------------|--------------|
| 1. ¿Piensa que la familia le pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica al gerente no tiene suficiente tiempo para usted? | | | | | |
| 3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado con otra responsabilidad? | | | | | |
| 4. ¿Siente vergüenza por la conducta de la familia? | | | | | |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de un familiar? | | | | | |
| 6. ¿Piensa que el cuidar afecta negativamente a otro miembro de la familia? | | | | | |
| 7. ¿Tiene miedo por el futuro de quien cuida? | | | | | |
| 8. ¿Piensa el paciente depende de usted? | | | | | |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de algún familiar? | | | | | |
| 10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a, cuidado brindado? | | | | | |
| 11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como te gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectad negativamente por tener que cuidar a su familia? | | | | | |
| 13. Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | | | | | |
| 15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | | | | | |
| 16. ¿Piensa que no será capaz de de cuidar a su familiar por mucho tiempo? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | | | | | |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familia a otra persona? | | | | | |
| 19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? | | | | | |
| 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | | | | | |
| 22. Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | | | | | |

V.3.3. Costos y recursos

| | | | |
|--|--------------|---------------|------------|
| Humanos | | | |
| Un sustentante | | | |
| Dos asesores | | | |
| Un estadígrafo | | | |
| Equipos y materiales | Cantidad | Precio RD\$ | Total RD\$ |
| Papel bond 20 (8 ½ x 11) | 4 resma | 160.00 | 640.00 |
| Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11) | 1 resma | 300.00 | 300.00 |
| Lápices | 4 unidades | 5.00 | 20.00 |
| Borras | 2 unidades | 10.00 | 20.00 |
| Bolígrafos | 2 unidades | 10.00 | 20.00 |
| Sacapuntas | 2 unidades | 10.00 | 20.00 |
| Computador | | | |
| Impresora | | | |
| Proyector | | | |
| Cartucho HP | 3 unidades | 1500.00 | 5000.00 |
| Calculadoras | 1 unidad | 150.00 | 150.00 |
| Información | | | |
| Adquisición de libros | | | |
| Revistas | | | |
| Otros documentos | | | |
| Referencias bibliográficas (ver listado de referencias) | | | |
| Económicos | | | |
| Papelería (copias) | 1200 copias | 2.00 | 2400.00 |
| Encuadernación | 10 informes | 200.00 | 2000.00 |
| Transporte | 20 pasajes x | 25.00 c/u | 1200.00 |
| Imprevistos | 4 | | 2000.00 |
| Pago de tesis | 1 médico | 6000.00 | 18000.00 |
| Tarjetas de llamada | 15 | 60.00 c/u | 900.00 |
| Total | | RD\$ 32670.00 | |

V.3.4. Consentimiento Informado

V.3.5. Evaluación

Sustentante:

Dra. Ana Mary Lara Figuereo

Asesores:

Dra. Bienvenida Piñeyro
Clínica

Dra. Claridania Rodríguez Berroa
Metodológico

Dra. Evelyn Ulloa Olivares

Jurado:

Dr. Inocencio Céspedes

Dra. Iris Paula

Autoridades:

Dra. Concepción Aurora Sierra
Gerente de Enseñanza
e Investigación

Dr. Ervin David Jiménez
Coordinador Residencia Medicina Familiar
y Comunitaria

Dra. Iris Margarita Paula
jefa de Departamento
Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de la Unidad de
Postgrado y Residencias Médicas

Dr. William Duke
Decano de la Facultad de
Ciencias de la Salud

Fecha presentación _____

Calificación: _____