



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

SECCIÓN - CHOTA

PROGRAMA ESPECIAL DE TITULACIÓN

MONOGRAFÍA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

La Familia como Cuidadora de Adultos Mayores

Presentado por:

Bach. Enf. Elsa Haydee Vásquez Chávez

Asesorado por:

M.Cs. Chávez Farro, Rosa Ricardina

CHOTA - PERÚ

2013

DEDICATORIA

A DIOS Todopoderoso que con su infinita misericordia, me ha dado sabiduría, y por ser el camino que me guía para lograr alcanzar la meta propuesta.

A MIS QUERIDOS PADRES quienes me enseñaron el honor, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy.

A MI HIJO DIEGO que es la razón de mi vida y el motivo para seguir superando cada día.

A MIS HERMANOS, DOCENTES, AMIGOS Y COMPAÑEROS: quienes con su apoyo han contribuido a mi formación como profesional y como persona, por lo que vivirán en mi mente y en mi corazón por siempre.

Elsa Haydee

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito:

A **DIOS** nuestro Señor, por darme la vida y ser guía espiritual en todo momento, quien me iluminó manteniendo mi fe durante toda mi formación profesional.

A mis **PADRES Y HERMANOS**, quienes a pesar de las dificultades, me apoyaron y me dieron la fuerza que necesitaba para poder superarme y alcanzar las metas trazadas.

A los **DOCENTES** de la UNC – Escuela Académico Profesional de Enfermería Sección – Chota y a mi **ASESORA Rosa Chávez Farro** por haber compartido sus conocimientos, experiencias y darme apoyo moral en cada momento.

A mis **COMPAÑEROS y AMIGOS**; quienes me brindaron su amistad y comprensión a cambio de nada, con quienes compartimos años maravillosos.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
CAPÍTULO I	8
I. REALIDAD PROBLEMÁTICA	8
1.1. Nivel mundial	8
1.2. Nivel Latinoamérica	9
1.3. Nivel nacional	11
1.4. Nivel regional	13
1.5. Nivel local	13
CAPITULO II	15
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases Conceptuales	18
2.2.1. Adulto Mayor	18
2.2.2. Familia	19
2.2.3. Cuidado	22
2.2.4. Cuidar A Un Mayor	36
2.2.5. Labor de enfermería en el cuidado familiar del Adulto Mayor 40	
CAPITULO II	43
III. APORTES DEL TEMA A LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA	43
IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	44
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48

INTRODUCCIÓN

La ancianidad es una etapa del ciclo vital del ser humano, la cual es marcada por el inicio de los 60 años y que conlleva por sus necesidades e intereses el apoyo incondicional de la familia como primera red de apoyo social.

El cuidado es un concepto que describe una vieja realidad. La sociología estudia el proceso de adquisición e interiorización de hábitos sociales a través de lo que denominamos la socialización primaria; y la psicología analiza las etapas de formación de la personalidad y la identidad de cada individuo.

Pero ha sido la teoría feminista la que ha señalado el conjunto de actividades necesarias para la supervivencia básica de la persona, comer, descansar o asearse, entre otras como campo específico de conocimiento de la realidad.

La familia es y ha sido un gran soporte para los adultos mayores desde antes hasta la actualidad pero cada día con la evolución educativa, la disminución del número de hijos el involucramiento de la mujer en las actividades económicas ha permitido que cada día se descuide a mayor cantidad de adultos mayores los quienes en muchas oportunidades son personas que tienen que atenderse por sí solos. Por otro lado, está que los adultos mayores a medida que tienen más edad se da el inicio de la necesidad del cuidado porque con la edad el cuerpo inicia a degenerarse y a perder fuerzas por lo que cada vez se hace más dependiente y en nuestra realidad, quien asume ese cuidado es la familia entonces cabe resaltar la importancia de estudiar cómo es ese cuidado y como se involucra la familia en ese cuidado ya que no sólo cuidar de ese adulto, sino que la familia tiene que asumir una serie de responsabilidades en el cuidado; entonces el presente estudio busca estudiar la realidad problemática del adulto mayor en sus diferentes ámbitos geográficos desde el nivel mundial hasta el nivel local, además de describir el rol asumida por la familia cuando cuida al adulto mayor, también nos proponemos encontrar cual es la intervención de enfermería para promover el involucramiento de la familia en el cuidado del adulto mayor.

Es por este motivo que me interese en indagar y elaborar la actual monografía. Co el objetivo de describir y analizar la situación actual del cuidado familiar en el adulto mayor y la intervención de enfermería en el cuidado familiar en él.

La presente monografía comprende: el CAPITULO I que contiene la realidad problemática a nivel internacional, nacional, regional y local; en el CAPITULO II, se tiene en cuenta los antecedentes y generalidades. En el CAPITULO III se presenta los aportes del tema a la profesión de enfermería y un breve análisis; las conclusiones y finalmente las recomendaciones.

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar la situación actual del cuidado familiar en el adulto mayor y la intervención de enfermería en el cuidado familiar en él.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudiar el cuidado de las familias en el adulto mayor a nivel internacional, nacional, regional y local.

Describir las principales características de las familias que cuidan a los adultos mayores.

Describir la intervención de enfermería en la participación de la familia como cuidadora del adulto mayor.

CAPÍTULO I

I. REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1. Nivel mundial

Uno de los rasgos más característicos de las sociedades actuales, es el envejecimiento de su población. La reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer han sido las responsables de que cada vez, haya un mayor número de personas con más de setenta y cinco años de edad.

El envejecimiento de la población está relacionado con los cambios producidos en la estructura por edades de dicha población. Una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años y cuando aumenta la proporción de jóvenes (0 -14 años), rejuvenece.

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son factores claves que impulsan la "transición demográfica". "La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 67.3 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74.3 años en el periodo 1995-2000, y se calcula que esta esperanza vital se amplíe hasta los 80.7 años en el 2050". (Ramírez, Mariela Norma 2008).

Este hecho junto con la progresiva caída de la tasas de natalidad en los llamados países desarrollados y en varias partes del mundo, abarcando incluso los países en desarrollo, han originado que ese número creciente de personas mayores, tenga cada día más peso relativo en la estructura poblacional de estos países.

Las personas mayores de 60 años representan el 10% de los 6.749,7 millones de habitantes en el mundo: casi 700 millones en 2008 (ONU, 2008). La encuesta sobre envejecimiento del departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU (2007) subraya estas cifras explosivas: en el año 2050 el porcentaje de mayores

aumentará en todo el mundo y duplicará al sector infantil; superará el 30% en Europa y el 20% en los países en vías de desarrollo.

Los factores clave favorecedores del envejecimiento son las bajas tasas de natalidad y mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida, debido a una mayor calidad vital hasta ahora desconocida. La esperanza de vida española femenina es la mayor de Europa y de las primeras del mundo: 84 años, 6 años superiores a la masculina (INE, 2008). En otros lugares del planeta apenas se cumplen más de 50 años (la media mundial está en 65). En España 7 millones de personas han llegado a los 65, casi la quinta parte de la población (18%), y aún se presentan tasas más elevadas en medios rurales y en barrios urbanos especialmente envejecidos (INE, 2008). Sigue habiendo dos Españas: la del sudeste, más rejuvenecida, y la del centro-norte, más envejecida. Muchas comunidades autónomas han superado el 20% de población mayor y en algunas provincias se sobrepasa el 30%. Es más, en muchas aldeas sólo viven mayores.

El grupo etario de más de 60 años tiene cada vez más peso relativo, incrementándose cada vez el porcentaje de la población mundial, de los cuales aproximadamente hay un porcentaje significativo (15%) con más de 80 años de edad, situación que sumada al escaso mejoramiento de los estilos de vida saludables, trae consigo el aumento de los adultos mayores postrados o con dependencia severa, lo que conlleva una pérdida de su independencia, surgiendo la necesidad de cuidado, es decir contar con ayuda de otras personas para satisfacer las demandas. Cuidar es siempre indispensable, siendo el pilar de la profesión de enfermería, pero tiene un componente no profesional, el cuidado familiar en el domicilio, que es considerado una obligación moral (Flores, E., Rivas, E., Seguel, F., 2012).

1.2. Nivel Latinoamérica

De recientes estudios de las Naciones Unidas, se desprende que en las próximas cuatro décadas el perfil de edad de América Latina, envejecerá marcadamente, primordialmente por los actuales y futuros cambios en la fecundidad, por el descenso de la natalidad, aumento de la supervivencia; y sin lugar a dudas se está caminando prácticamente a un mundo de ancianos. En América Latina para 1980, la población de 60 años y más, fue estimada en 23,3 millones, concluyendo el año 2000 con un total de 40.9 millones, se espera un 93.3 para el 2025, que corresponde 64%; 7.2% y 10.8% del total de población, respectivamente.

Así, en México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de Asistencia e Integración Social, Carlos Pérez López señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el de Argentina En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuatro por ciento; para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10 por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores; para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor.

A nivel Latinoamérica las personas adultas de más de 60 años, se vienen incrementando, habiendo un buen porcentaje con más de 80

años de edad, los cuales tienen estilos de vida insaludables, aumentándose de esta manera el grupo de los adultos mayores con algún grado de dependencia, estimándose en Chile entre un 4 y 7 % de adultos mayores con dependencia severa. Los sistemas sanitarios tratan de satisfacer las necesidades de cuidado de salud enfocando su atención en términos de mantenimiento de la capacidad funcional (Flores, E., Rivas, E., Seguel, F., 2012). Siendo la familia uno de los componentes más importantes en el cuidado de los adultos mayores; pues éstos a medida que envejecen, son los hijos los que proporcionan un mayor apoyo. El cuidado y el apoyo familiar están basados en los principios de altruismo, responsabilidad, satisfacción de haber cumplido, y reciprocidad (Yuste, 2004: 96; citado por Leiton, Z.; Gómez M, 2012).

La encuesta SABE muestra que en el año 2000, una proporción importante de personas mayores de 7 ciudades de América Latina y el Caribe, reciban apoyo familiar para el desarrollo de actividades de la vida diaria (CELADE/CEPAL, 2009: 169-171), por lo que la protección frente a la necesidad de cuidado en la vejez será un desafío ineludible para las políticas públicas (Leiton, Z.; Gómez M, 2012).

1.3. Nivel nacional

En el Perú la conformación de la población, según el censo de población y vivienda la distribución es la siguiente: el 23.9% corresponde a niños de 0 a 11 años el grupo de adolescentes de 12 a 17 años representa el 12.6%, el grupo etario joven de 18^a 29 años representa el 21.5% el adulto de 30 a 59 años representa 32.8% y el adulto mayor de 60 años a más representa el 9.1%.

En lo que respecta a la salud del adulto mayor de acuerdo al ASIS 2010. Se cuenta con los datos siguientes: Las enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida constituyen un poco más del 8% del total de atenciones de consulta externa realizadas en el 2008.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo representaron la primera causa de morbilidad con más del 15% del total de atenciones. Le siguen las infecciones de las vías respiratorias agudas (12.1%), las enfermedades de otras partes del aparato digestivo (9.2%), los trastornos del ojo y sus anexos (5.8%) y las otras enfermedades del aparato respiratorio y la enfermedad hipertensiva, ambas con un 5.7%. En esta etapa de vida, predominan las enfermedades crónicas degenerativas. El perfil de mortalidad en la etapa de vida adulto mayor muestra semejanzas con el perfil de la etapa de vida adulto. Las infecciones respiratorias agudas se mantienen como primera causa de mortalidad; asimismo, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se constituyen como segunda y tercera causa de mortalidad respectivamente. En esta etapa de vida, se observan las mayores tasas específicas de mortalidad en comparación con las etapas de vida restantes.

Pero, también encontramos que un buen número de los adultos mayores se encuentran en buenas condiciones y son independientes, algunos buscan ayuda en sus hijos para tomar decisiones e incluso dependen de ellos para tareas diarias y económicamente. En una sociedad en la que ambos valoran su independencia el ser dependiente puede resultar desmoralizador porque los padres no quieren ser una carga o agotar los recursos de sus hijos, Sin embargo, los adultos mayores realizan también importantes aportaciones al bienestar familiar, a través de labores domésticas y cuidados de los niños (Papalia y col, 2009: 362-263, citado en Leiton, Z.; Gomez M, 2012).

El aumento de la población adulta mayor y el paulatino incremento en la esperanza de vida han suscitado interés por los sistemas de cuidados. Se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Si bien es cierto

muchas personas de más de 75 años gozan de un alto grado de independencia y buena salud, también tienen el riesgo de sufrir una discapacidad, de ahí la importancia de su cuidado. Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado, siendo la familia la fuente más importante de cuidado en la vejez. En el futuro el gran reto será atender sus necesidades por la vulnerabilidad, apoyar para desarrollar actividades de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Leiton, Z.; Gómez M, 2012).

1.4. Nivel regional

De acuerdo al análisis de la situación de salud regional Cajamarca 2010. En el grupo de la tercera edad el 14.5% fallecieron por infecciones agudas de las vías respiratorias, en segundo lugar el 10.1% fallecieron por Enfermedades Hipertensivas, y en tercer lugar el 7.5%, fallecieron por insuficiencia cardiaca. Asimismo se puede observar en las 10 primeras causas de mortalidad a las septicemias, enfermedades cerebro vasculares, tumor maligno del estómago, entre otras enfermedades propias de este grupo de edad. De todas las muertes registradas el 51% ocurrieron en hombres y el 49% en mujeres.

Según datos publicados por el Gobierno Regional de Cajamarca el 90% de adultos mayores viven con su familia y el resto son adultos abandonados o son cuidados por alguna persona que no es familiar, existiendo solo una pequeñísima parte que son cuidados en centros de cuidados o albergues.

1.5. Nivel local

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática la población adulta mayor a nivel de DISA – Chota llega a 28.636 personas, y representa el 9,13 % del total de la población, en la provincia Chota se estima que 15.493, 9,24% sumando en el distrito de Chota la

población adulta mayor programada por el INEI 4.476 que representaría el 9,14% del total de la población.

La evolución del número de adultos mayores en chota no es ajena a la realidad nacional y mundial en nuestra realidad la evolución de la población a una mayor cantidad de adultos mayores es evidente, se puede apreciar que los adultos mayores son cuidados por los hijos que cuando son personas separadas estos realizan el cuidado por tiempos o turnos esto se aprecia mayormente en la zona rural, en la zona urbana se vive o aprecia una realidad algo diferente el cuidado del adulto es realizado muchas veces por personas ajenas a la familia o personas trabajadoras del hogar quienes muchas veces al no tener tiempo para realizar el cuidado descuidan al adulto mayor.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Giraldo M., Clara Inés; Franco A., Gloria María; Correa B. et.al. en el año 2005 realizaron un estudio titulado: Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional y describir cómo asumen su rol. Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal; 39 cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional, con seis o más meses como cuidadores, sin retribución económica, que viven en Envigado. Muestreo por conveniencia. Resultados: 100% mujeres, edad promedio 53,9 años, 64,1% hijas de quien cuidan; 89,7% comparten vivienda con el anciano; 38,5% solteras y 38,5% casadas, 51,3% tienen hijos. Baja escolaridad: 28,1% primaria incompleta. Situación socioeconómica así: ingreso familiar promedio del 89,7% es menor de dos salarios mínimos legales mensuales. El 79,5% comparten el papel de cuidadora con otro; 64,1% sin actividad remunerada previamente. Con referencia al cuidado: 30,8% lleva entre 3 y 6 años, 12,9% más de 12 años; 76,9% dedica más de ocho horas día; 56,3% reciben apoyo fundamentalmente de familiares y, del sistema formal, el 7,7%. Conclusiones: en Colombia es incipiente el reconocimiento del cuidado familiar; hay similitud del perfil de cuidadores con otros países; la situación del perfil de las cuidadoras se acentúa por el escaso tiempo para enriquecimiento personal y poco apoyo sistemático; se percibe ausencia de políticas de salud para fortalecer el cuidado familiar y los cuidadores.

Leiton y col (2006), Mostacero y Vilca (2000), Rodríguez y Sánchez (2004) muestra la relación significativa entre autoestima y apoyo familiar en los adultos mayores, observando que de los que presentaron alta autoestima correspondía a los que tuvieron alto grado de apoyo familiar y buenas relaciones familiares. Otro estudio

coincidente con las investigaciones mencionadas es la de Liri3n y Moya (2002) al encontrar relaci3n significativa entre el apoyo social percibido (familia, amigos y vecinos) y autoestima.

Vera (2007), en su trabajo de significado de la calidad de vida del adulto mayor para s3 mismo y para su familia 2004-2006, de tipo cualitativo, encontr3 que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresi3n, decisi3n, comunicaci3n e informaci3n. Para la familia que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentaci3n, vestido, higiene y vivienda.

Mu3oz, L. A. (2007), su investigaci3n tuvo como objetivo comprender c3mo los cuidadores familiares vivencian la depresi3n de los adultos mayores, en su contexto cultural. Se trata de un estudio cualitativo de trayectoria etnogr3fica utilizando el referencial de Spradley. El universo cultural se constituy3 con familiares, quienes ejerc3an el rol de cuidador, obteni3ndose su participaci3n a trav3s de consentimiento informado. La enfermedad es percibida por los cuidadores como una limitaci3n profunda en la calidad de vida del anciano, sumando soledad, tristeza y dolor. Los sentimientos de los pacientes deprimidos se hacen extensivos a los cuidadores, quienes tambi3n corren el riesgo de deprimirse. Las responsabilidades propias del cuidado tambi3n generan en los cuidadores sentimientos de culpa, lo cual los expone a un mayor grado de sufrimiento. Los familiares reconocen las formas de inicio de la enfermedad, sus atributos, las formas de tratamiento, y el estigma social asociado a la enfermedad mental y su rol fundamental de apoyo y cuidado en la recuperaci3n.

Mart3nez, T. (2010), realiz3 un estudio titulado: Familias cuidadoras de personas mayores: Claves para el "buen cuidar"; el objetivo fue estudiar el cuidado del adulto mayor. El estudio fue cuantitativo

prospectivo transversal, los resultados fueron: el 87,3% de las personas mayores prefieren vivir en su casa, aunque sea viviendo solas, respuesta que secunda el 65% de la sociedad española. Quieren seguir viviendo en casa, incluso cuando necesitan ser cuidadas. Y aunque la tendencia muestra una progresiva aceptación del cuidado profesional, hoy por hoy, la mayoría de personas mayores desean ser cuidados por su familia (63,5 %). La conclusión es que el adulto mayor desea ser cuidado o vivir en su casa y ser cuidado por su familia o vivir en casa aunque solas.

Chávez, R. (2009), en su estudio Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales del usuario de Essalud, Chota 2008, tuvo como uno de sus objetivos identificar las condiciones familiares del grupo en estudio, llegando a la conclusión que una minoría reciben apoyo económico de sus hijos y de su pareja, permitiéndoles la satisfacción de necesidades básicas. La mayoría se comunica con su familia una vez por semana, con relaciones familiares buenas; resuelven sus problemas con ayuda de su pareja hecho que les genera satisfacción; tienen apoyo de sus familiares para la realización de las actividades de la vida diaria y para consulta médica; no reciben apoyo para la higiene cotidiana por ser independientes, recibiendo cariño y afecto.

Flores, E., Rivas, E., Seguel, F., (2012), en su estudio titulado Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa, tuvo como objetivo determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características socio demográficas. Es un estudio de corte transversal, correlacional predictivo, en 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de postrados. Llegaron a la conclusión que el cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Ratifica a la enfermería comunitaria y las

organizaciones sociales como factor amortiguador de sobrecarga del cuidado familiar. Se requiere de iniciativas y proyectos de desarrollo social que aumenten las redes de apoyo, además mejorar el plan de apoyo al cuidador con dependencia severa que existe en Chile.

2.2. Bases Conceptuales

2.2.1. Adulto Mayor

La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte".

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Según la OMS un adulto mayor es aquella persona que tiene de 65 años a más.

2.2.2. Familia

Existen diferentes consideraciones teóricas de la familia. Esto se traduce en la dificultad para su conceptualización, debido a que, en cada época de nuestra historia, se ha aceptado socialmente un tipo particular de estructura familiar. A los fines de esta investigación, entendemos a la familia como: "Unidad básica de la sociedad, se constituye históricamente en relación al contexto y en un tiempo determinado, en la que, los roles son móviles de acuerdo a los movimientos de la realidad, así como de las funciones y la integración familiar, preservando la identidad de cada uno de sus miembros". (Ludi María del Carmen, 1999).

Podemos agregar a esta definición, que la familia constituye una Red de vínculos, por medio de la cual, las personas se relacionan e influyen unas a otras. Los vínculos son las relaciones interpersonales que se dan por medio de la comunicación y del

reconocimiento mutuo, no sólo de los demás sino de sí mismos. A partir de éstos, se puede entender el comportamiento de las personas, porque el hombre es un ser social que no se encuentra aislado del mundo.

El primer vínculo importante es el de madre-padre-hijo. La primera relación que establecemos es con nuestra madre, la cual, nos brinda sostén y protección. Dependemos de este vínculo para sobrevivir, constituyendo la base de nuestro mundo interno. A través de la madre, se introduce la figura del padre que impone límites en esta relación, haciéndole sentir al niño la presencia de un tercero, confrontándolo con la realidad.

A lo largo de nuestra vida, establecemos vínculos con diferentes personas, con las cuales, compartimos vivencias significativas, por ejemplo, los almuerzos de los domingos con nuestros abuelos. Estos vínculos históricos y presentes constituyen nuestro mundo interno, forman parte de la subjetividad, desde donde, observamos, comprendemos la realidad y nos comunicamos con las demás personas.

Continuando con la definición de familia debemos hacer referencia a los Roles que asumen o adquieren las personas en esta estructura. El análisis de los mismos permite identificar las transacciones, la comunicación entre los miembros y la ubicación de cada uno. EL rol es definido como un lugar en la trama vincular familiar.

“En toda familia, las personas se jerarquizan y se clasifican según sus papeles sobre la base de algunos patrones culturales institucionalizados o legitimados....el rol implica ocupar un papel o posición relativa que involucra expectativas de conducta”.

LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se puede concluir que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

No cabe dudas que estamos en presencia de una situación de alta significación social, ante lo cual el derecho, como fenómeno cultural, histórico, social y humano que abraza todos los ángulos de la vida, no puede estar ajeno a ello, y es precisamente el Derecho de Familia, rama que regula el complejo de relaciones jurídicas familiares, estas incluyen las establecidas entre los cónyuges, entre los padres e hijos, así como las establecidas con motivo del parentesco y de la tutela.

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década.

Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto.

2.2.3. Cuidado

2.2.3.1. Evolución Histórica

Waldow (2006), cita a Roach (1993): El cuidado humano es una característica humana y forma parte del ser humano desde su génesis. El ser humano a lo largo de su desarrollo adquiere formas y expresiones de cuidar que se sofistican. De modo informal el cuidar: Como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño. Se considera que el primer modo se hace notar en todas las especies y sexos. Hombres y mujeres así como las plantas y los animales desarrollan formas de supervivencia que, dada la capacidad de raciocinio mejoran y se sofistican con el tiempo. El segundo modo ocurre con los seres humanos, considerando predominantemente su capacidad de usar el lenguaje entre otras formas, para comunicarse con los otros.

Mota y López (1995). El ser humano surgió en la era cuaternaria o Antropozoica después del periodo de glaciaciones por el que

pasó la tierra. Es sabido que al comienzo después que la tierra se formó, no existía vida. Con la formación de los océanos, surgieron las primeras formas de vida, los bosques, las florestas y así los peces y los anfibios. Transcurrió a partir de ellos la era primaria o paleozoica o vida antigua, la secundaria o Mesozoica, conocida como vida intermedia. Más tarde la tierra fue adquiriendo la forma que tiene hoy, surge entonces la era terciaria o Cenozoica, que quiere decir vida nueva.

La solidaridad era vista más entre las civilizaciones antiguas que en general poseían un sentido de comunidad importante. El amor y el afecto entre las parejas y entre padres e hijos inclusive lo materno es observado en las civilizaciones más modernas. El beso era desconocido. Las formas de saludo, o similares al afecto se hacían a través del acto de refregar la nariz en el otro, olerse o darse mordiditas.

Es así que históricamente el cuidado del anciano ha sido asumido por la familia y continúa siendo hasta ahora. Durante los periodos pre históricos los cuidados en la vejez fueron patrimonio de la mujer de la tribu, quien se ocupaba de las tareas domésticas y del cuidado tanto del anciano como del niño.

Además de las actividades de alivio, de limpieza de heridas y de administración de porciones, las personas cuidadoras hombres y mujeres eran requeridas a demostrar humildad, paciencia, docilidad y obediencia. Las diaconizas, las viudas y las vírgenes quedaron conocidas por las actividades cristianas en el abastecimiento de alimento, abrigo, dinero, vestido y en la prestación del cuidado a enfermos.

Waldow, (2006). Como se evidencia, el cuidado siempre estuvo presente en la historia humana, como forma de vivir, de relacionarse y como actividad laica y religiosa

La consideración de la persona, y en especial el adulto mayor, de acuerdo con los diferentes saberes, permiten ver los diferentes cambios sufridos la forma del cuidado en las personas. Desde el punto de vista profesional la práctica del cuidado esta centrado en la enfermedad y en las necesidades biomédicas. La persona es vista como la suma de sus partes de manera independiente; descuidando muchas veces el trato humano, situación que en el seno familiar sería diferente, y que puede estar guiado por un comportamiento más afectivo y por lo tanto emocional y humano.

Para **Durant, (1954)**, desde los orígenes fue la mujer quien trato primero el sentido de cuidar y medicar.

COLLIERE, (1989), también comparte esa idea al referirse a la olvidada asociación de las mujeres con la farmacología. Las mujeres a lo largo de la historia, además de las prácticas de cuidado relacionadas a las funciones reproductivas, realizaron cuidados a los incapacitados y ancianos. Se podría decir que a través del cuidar las mujeres expresan una forma de relación con el mundo. De esa forma, al pensar en el cuidado como una forma de estar, de ser y de relacionarse, incuestionablemente, la mujer puede ser considerada cuidadora por excelencia.

De acuerdo con **Leninger, (1991)**, en su investigación de comportamientos de cuidar entre algunas culturas, ilustra de cierta forma como actualmente las personas mantienen muchos de los rituales de cuidar que representan los valores de sus culturas. Muchos de esos rituales de cuidado permanecen fieles a sus orígenes, pasando de generación en generación a través de los tiempos. Lo que se puede concluir es que el ser humano, infelizmente en su historia presenta paradojas y ambigüedades entre comportamientos de cuidado y no cuidado.

Leonardo Boff, (1999), nos dice que los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando

la mayor parte del tiempo; sin cuidado el ser humano deja de serlo. Esto quiere decir que, si no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano se desestructura, pierde el sentido y muere. Si a lo largo de la vida no hace con cuidado todo lo que emprende, acabará por perjudicarse a sí mismo y por destruir todo lo que esté a su alrededor. Este hecho es el verdadero origen del cuidar, ya que cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad.

Los cuidados aprendidos formalmente, se oponen al cuidar que la humanidad ha creado desde que la vida existe para que esta misma se desarrolle. Cuidar empieza por uno mismo y está relacionado con las propias y previas experiencias con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive. Cuidar se experimenta desde pequeño con el contacto de la madre que cuida. Se crece en un medio donde se cuida de una cierta manera y también se estudia, trabaja, y en general, se vive en un ambiente en el que se pone esmero para desarrollar el cuidado.

Rescatar el cuidado humano en cada uno de nosotros seres humanos, es vital en el momento actual. En todos los sectores y en particular entre las profesiones de salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral.

2.2.3.2. El cuidado en el ser humano.

Diversos autores han escrito sobre el cuidado y el cuidado humano, que con motivos del presente estudio se ha seleccionado algunos de ellos, teniendo en cuenta la forma de abordar su contenido.

La palabra cuidado procede del latín "Cogitatus", que quiere decir pensamiento. El cuidado incluye por lo tanto: la acción

encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacerlo solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación, para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante una nueva experiencia que debe afrontar. (Márquez, 1990).

ALZATE, 1998. El cuidado puede tener la connotación de fin o de medio, como fin de nota adaptación de algo o del individuo y/o grupos hacia el medio social al que pertenecen para seguir respondiendo a las múltiples exigencias de su entorno. Como medio, se constituye en un proceso dinámico en el que interactúan diversos elementos para mantenerse en estabilidad dentro del continuo vida- muerte.

Para **WALDOW, (1998):** Como cuidado se entiende el fenómeno resultante del proceso de cuidar. El proceso de cuidar representa la forma como ocurre el cuidar entre cuidadora y ser cuidado y será sentido más adelante.

Waldow, (1998). El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidades, y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse. El cuidado humano consiste en una forma de vivir de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida.

El cuidado humano necesita ser concientizado como un imperativo moral, más aún en las instituciones de enseñanza y de salud. Así los actores en el escenario de enfermería deben experimentarlo, demostrarlo en sus actividades y relaciones. En el

proceso de educar para el cuidado es necesaria la concientización como un valor e imperativo sensibilización y consecuentemente ejercicio.

Waldow (1998). Debemos comprender el cuidar como comportamientos y acciones que involucran conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. Como "Cuidado" se entiende el fenómeno resultante del proceso de cuidar.

Waldow (1998). fundamenta sus conceptos teóricos del cuidado humano, desde la aparición a través de la historia, desde la aparición del hombre, hasta su revolución en 1860 con Florencia Nigthingale, sus enseñanzas y la práctica de enfermería fueron decisivos.

LENINGER, (1991). Las personas desarrollan comportamientos de cuidar y la forma como lo expresan está ligada a patrones culturales. Para Enfermería el conocimiento de los rituales de cuidado son de extrema importancia. El conocimiento de hábitos, patrones y comportamientos de cuidar ayudan en la forma como desarrollará el proceso de cuidar una vez destacados por la cuidadora.

La autora enfatiza que el cuidar involucra verdaderamente una acción interactiva. Esa acción y comportamiento, está contenida en los valores y en el conocimiento del ser, que guiada para con el ser que es cuidado y que pasa también a ser cuidador. Es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse.

Waldow, cita a Mayeroff (1993): El cuidado constituye ingredientes principales: El cuidado requiere del conocimiento del otro ser, la capacidad del cuidador (a) de modificar su comportamiento frente a las necesidades del otro, paciencia es otro ingrediente, significando con eso permitir que el otro crezca a su propio ritmo y a su propia manera de ser, la honestidad consiste en estar abierta (o) para sí mismo y para el otro, la confianza; incluye liberar, no crear dependencia, la humildad consiste en estar dispuesta (o) aprender con el otro, la esperanza de que el otro crezca en el proceso de cuidar y finalmente el coraje, es el ingrediente que la cuidadora debe tener en dejar el otro ser, a pesar de lo desconocido.

Waldow, (2005). El cuidado debe ser sentido, vivido. Y para que el cuidado sea entregado en nuestro día a día es preciso observarlo, permitir que él forme parte de nosotros mismo, transformarlo en estilo de vida. Solo entonces sabremos o intuiremos como encontrar formas o maneras de demostrarlo y enseñar en la práctica. También señala que la acción de cuidar, en enfermería, es tal vez la única acción plenamente independiente en enfermería, ya que no admite prescripción, pues no se prescribe o se receta como relacionarse, como comportarse. El cuidado podrá ser sugerido, más no prescrito, ya que es la esencia del ser

Waldow, (2005). Así mismo el cuidado humano, sin duda, está imbuido en valores, los cuales independientemente del enfoque priorizan la paz, la libertad, el respeto, el amor entre otros aspectos. Se cuida lo que se ama, y se acredita en que al cuidar se aprende a ser más amoroso, el amor potencializa nuestra capacidad para cuidar. Todos los atributos de cuidar son esenciales en el proceso de desenvolvimiento del ser, ya que el cuidado constituye la condición de nuestra humanidad. El cuidado puede y debe ser cultivado, el cuidado es genuino y peculiar; el cuidado es la razón existencial de enfermería.

De acuerdo con ROACH, (1993), el cuidar es una forma de expresión de nuestra humanidad, refiere que el cuidar es una respuesta, afirma valores ontológicos pertinente a la naturaleza de las cosas tal como la dignidad de la vida y valores cualitativos pertinentes a los dominios de valor tales como la estética, la intelectualidad, la moral, la política, la economía, el espíritu.

De igual modo para MAYEROFF, (1993), el cuidar es un proceso que involucra desarrollo: Cuidar es ayudar a crecer y a realizarse. Al cuidar se experimenta al otro ser a fin de considerarlo con capacidades y necesidades para crecer. El cuidado requiere del conocimiento del otro ser empleando las cualidades necesarias:

- Capacidad del cuidar.
- Modificar su comportamiento frente a las necesidades del otro.
- Paciencia.
- Confianza.
- Humildad.

BENNER, (1997). Cuidado es una forma fundamental de ser, y es esta forma de ser la que permite a los humanos vivir, porque cada uno se encuentran un mundo diferente: Los deseos, las presencias, los peligros , lo importante, lo no importante, lo peligroso. Nuestra habilidad para mirar con agudeza de percepción se relaciona con lo que cuidamos o tiene importancia con nuestro propio mundo.

En el cuidado debe existir respeto. El respeto de igualdad que involucra por lo menos dos seres humanos que interactúan con respeto, sus conductas son recíprocas, existe empatía, no existe grandeza, ni superioridad entre los interactuantes; el cuidador hace uso del conocimiento para suplir las necesidades de cuidado de quien lo necesita.

2.2.3.3. Características del cuidado:

BOIKYN y col. (1993), consideran que en el proceso de cuidar existen características importantes a considerar:

- Ser humano y trascendente.
- Es un ser total en todo momento.
- Pertenece a un contexto con el cual interactúa en lo cotidiano.
- Tiene una historia propia.
- Es cuidador de sí misma.
- Vive y crece en el cuidado.

Precisando aún más, el autor resumen: se cuida respondiendo en forma ética, artística con sensibilidad, creatividad y conocimiento al llamado de cuidado. El Llamado de Cuidado significa en nuestras experiencias ese sentir personal y único que nos orienta el conocimiento para reconocer y apoyar al otro en su propia necesidad manifestada verbal y no verbalmente y que me dice "algo que necesita reconocer".

Enuncia que el fin último del cuidado es:

- Fomentar la autonomía.
- Dignificar al ser humano.
- Responder al llamado de cuidado del otro.
- Vivir y crecer en el cuidado.
- Crecer como cuidador.
- Interactuar con otro ser en el cuidado buscando equilibrio y posterior desarrollo en su capacidad de cuidarse a sí mismo.
- Desarrollar un cuerpo de conocimientos para Enfermería.
- El cuidado siempre requiere de un momento, de un contexto y de un escenario.

Por un lado, nos habla que existen escenarios del cuidado, e indica que se cuida en un medio interactivo, animado o inanimado

cuyos componentes reconocidos son culturales, energéticos, espirituales, físicos, psicológicos y sociales.

Se cuida en cualquier escenario en el que se presenta un llamado a Enfermería por una persona, una pareja, un grupo, un barrio, un estudiante, un niño, un maestro, una familia, uno o varios colegas enfermeros, un grupo dedicado al cuidado de la salud y su interacción con el medio ambiente.

Todas las personas tienen la capacidad de interactuar en una relación de cuidado. Los familiares como pilar fundamental de cuidan de su ser querido y pueden ser capaces de interactuar con mayor afectividad y humanamente posible frente a una situación de dolencia dentro de su hogar.

En el cuidado se requiere un compromiso entre el que da y el que recibe el cuidado y se percibe a través de fenómenos relacionados con la relación, asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnología, capacidad Para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes cuidativas dirigidas a dignificar a otros en su condición humana para lograr un crecimiento integral. En esta interacción se nutren las personas cuidadas como los cuidadores, quienes participan de la misma relación. (GRUPO DE CUIDADO, 1998).

2.2.3.4. Comportamientos del cuidado

En la persona cuidadora, existe comportamientos de cuidado, como lo propone J. WATSON (1998), y son muy valiosos para tener en cuenta en la formación de cuidadores y en el cuidado de los pacientes que tienen una enfermedad crónica que son:

- Sensibilidad para otros y por sí mismos.
- Fé y esperanza.

- Relación de cuidado humano de ayuda y confianza.
- Expresión y sentimiento positivo y negativo.
- Proceso de cuidados creativos para resolver problemas.
- Enseñanza y aprendizaje transpersonal.
- Ambiente de apoyo protector y/o corrector de tipo mental, físico, social, espiritual.
- Ayuda a las necesidades humanas.
- Valores humanistas y altruistas.
- Fuerzas existenciales fenomenológicas espirituales.

La comprensión de este proceso vital humano implica la complementariedad de saberes y esclarecer la vida como realidad Bio-natural, como interacción social, como interacción hombre – naturaleza. El cuidado debe ser por excelencia humanizante donde se vive, se comprende y se ejecuta la acción comunicativa.

Así mismo, el GRUPO DE CUIDADO (1998), identificó a través del análisis de diferentes situaciones de enfermería y otras experiencias significativas varios comportamientos de cuidado que se presentan en nuestro medio. Se incluyen dentro de éstos los siguientes comportamientos:

- Atiende a quien lo requiere.
- Comprende al otro.
- Comunica la verdad.
- Conoce al otro.
- Demuestra compromiso.
- Demuestra disponibilidad.
- Demuestra empatía.
- Demuestra interés en la comunicación.
- Es calida.
- Es delicada.
- Es genuina.
- Es idónea.

- Es sincera.
- Esta atenta.
- Esta cerca.
- Está pendiente.
- Hace seguimiento frecuente.
- Infunde confianza.
- Infunde seguridad.
- Maneja adecuadamente la cercanía.
- Mantiene control sobre el contexto.
- Mantiene una actitud amable.
- Mira de frente a la persona con quien habla.
- Motiva a preguntar.
- Motiva la participación en el cuidado.
- Persiste en sus metas profesionales.
- Planea adecuadamente su trabajo.
- Pone atención cuando se le solicita.
- Reconoce al otro como persona.
- Reconoce capacidades del otro.
- Respalda al otro en su acción.
- Respalda su lenguaje verbal con su actitud.
- Respeta el sentir del otro.
- Responde a la expresión del otro.
- Sabe escuchar.
- Sabe lo que está haciendo.
- Se adelanta a las necesidades del otro.
- Se comunica con contacto físico.
- Se conoce a si misma.
- Se pone en el lugar del otro.
- Su tono de voz es adecuado.
- Tiene actitud de escucha.
- Tiene continuidad en sus actos.
- Tiene en cuenta al otro.
- Tiene tacto para actuar.

- Toca al interlocutor.
- Verbaliza.

2.2.3.5. El Proceso Del Cuidar

Para WALDOW (2006), es la forma como se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado; en que la primera tiene un papel activo, pues desenvuelve acciones y comportamiento de cuidar. El segundo ser cuidado, tiene un rol, más pasivo y en función de su situación, puede contribuir con el cuidado, al desempeñar un rol menos pasivo y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud.

EL proceso de cuidar es definido también por la autora como el desarrollo de acciones, actitudes y comportamientos basados en conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para con el paciente / cliente / ser cuidado, en el sentido de promover, mantener y/o recuperar su dignidad y totalidad humana. Esa dignidad y totalidad engloba sentido de integridad y la plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases del vivir y del morir. Y constituye, en último análisis un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado.

Las acciones de la cuidadora deberá converger para que el cuidado produzca crecimiento, transformación, no importando las circunstancias, pues la finalidad del cuidado es ayudar a crecer sea para la vida, sea para la muerte, sea para la incapacidad.

Para que ocurra el cuidado, la cuidadora primeramente percibe la situación del paciente como un todo. Ya en ese momento el pensamiento crítico a través de la reflexión inicia su proceso. Tomando conocimiento de la situación y del paciente, la cuidadora sugiere cuestionamientos o hipótesis, por ejemplo ¿Qué situación

es esta? ¿Cómo se caracteriza? ¿Quién es este paciente? ¿Cuál es su historia? esa fase puede ser llamada de PRE – reflexión.

Enseguida la cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que el mismo se realice (personal, material, estructural, social). Es el inicio de la acción de la cuidadora. Esa acción incluye el desarrollo de la interacción interpersonal, ofrecimiento de un ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, etc.); expresión de aceptación del ser cuidado y familiares, por medio de palabras, toques, mirar, gestos, postura corporal, etc. Ofrecimiento de presencia real, significando estar centrada en el paciente y su situación, estar con presencia de cuerpo y alma, empatía demostración de seguridad y eficacia en el desempeño de las intervenciones o procedimientos necesarios.

La acción es también reflexiva. Mientras la cuidadora desempeña la acción, hace preguntas, hipótesis, y estará también, evaluando. ¿Cómo se presenta la situación? ¿Están siendo adecuados los medios ¿necesitaré modificarlos?

Durante y después de la acción la cuidadora chequea la reacción del paciente y en este proceso, la reflexión es más bien objetiva. La cuidadora reflexiona sobre lo que se hizo hasta entonces, como se hizo, quien ejecuto la acción, las reacciones y condiciones el medio ambiente, material, así como reflexiona sobre sus valores y sentimientos en relación a la situación.

De forma general el proceso de cuidar involucra transformación de ambos, ser cuidado y cuidadores. De parte del ser cuidado, el crecimiento es considerado como una actitud más pasiva y serena frente a las experiencias de pérdida, incapacidad, enfermedad o muerte y en lo que se refiere a la cuidadora. El crecimiento se traduce en satisfacción, sensación de deber cumplido, realización, mejora de auto-estima, placer y humanismo.

El hecho de aceptar el cuidado es una decisión, no queriendo significar que el paciente acepte pasivamente todo lo que hicieron con él. En ese sentido, la colaboración es otro factor que puede denotar la aceptación o no, y evidentemente depende del nivel de comprensión, de la conciencia, de cuanto fue informado y solicitado para eso y de su deseo y motivación para vencer sus dificultades.

La respuesta del ser cuidado puede ser observada a través de varias señas subjetivas, tales como quejas, dudas y preguntas, o por el silencio, además de las respuestas objetivas.

Finalmente, Bustamante (2002), nos dice que el cuidado es de todas las vivencias necesidades y respuestas que la persona tiene alrededor de la búsqueda de su realización, pero sin que ello nos lleve a reducir nuestra concepción de objeto y nos aleje del objeto del cuidado que es el ser humano en sus diferentes connotaciones tanto individual y colectivamente.

2.2.4. Cuidar A Un Mayor

El cuidado del adulto mayor tiende a generar una sobrecarga de actividades, situación que puede traducirse en complicaciones y conflictos para el cuidador (Domínguez y López, 2008). Inclusive, para los receptores de cuidados (adultos mayores) ya que comparten las condiciones de vulnerabilidad, pues ambos enfrentan dificultades económicas y problemas de salud.

Por ser una tarea tan demandante, cuidar de una persona mayor dependiente se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo, tristeza (Brewer, 2001; Cigarán, Velasco, Lozada y Márquez, 2006; Domínguez, 2005).

Se realizan cuidados por razones afectivas, retribución, deber y responsabilidad. Principio de solidaridad reciprocidad y valores religiosos.

La responsabilidad recae principalmente en las mujeres del hogar: por asignación sociocultural, elección del enfermo y auto asignación.

Miembros del hogar, familiares, vecinos y amigos realizan actividades de cuidados adjudicadas a partir de su relación con el enfermo y la aceptación del mismo, nivel de responsabilidad asignado y tiempo disponible del cuidador.

También cuidar en casa, es cosa, al menos, de dos. Y la aceptación de las familias con frecuencia surge y se expresa desde la ambigüedad. Cuidar a los mayores, parte al menos en nuestra cultura, de una obligación moral, lo que suele provocar en las familias afectos encontrados: el cariño, el sentimiento de cumplir un deber de reciprocidad, la pena, las renunciaciones personales, el enfado o el sentimiento de culpa. A esta común situación de ambivalencia, pueden añadirse circunstancias adversas como la falta de recursos económicos o las limitaciones en la salud del propio cuidador (muchos son sus parejas, también mayores). De hecho, desde hace ya décadas distintos estudios vienen señalando los efectos negativos que cuidar de forma prolongada podía tener para quien asume este cometido. Y tampoco podemos dejar de reconocer que no siempre el cuidado familiar es posible, así como el hecho de que el maltrato, aunque afortunadamente no es algo habitual, es un fenómeno estrechamente asociado al estrés del cuidador.

Impacto en la dinámica del hogar y los cuidadores

- Las mujeres asumen el liderazgo para la distribución de actividades y realizan las tareas de cuidado directo con el enfermo.
- Los hombres participan activamente en tareas secundarias y/o de apoyo.

- Realizar cuidados por parte de las mujeres está “naturalizado” socialmente, no así entre los hombres a quienes se desacredita como cuidadores comprometidos.
- Alto impacto en el estado emocional: frustración y angustia.
- Impacto en su estado de salud (menos reconocido).
- Costo- oportunidad: pérdida y búsqueda de trabajo, dejar estudios y descuido de relaciones personales.
- Impacto económico en los hogares.
- Conflictos intrafamiliares. Pareja. Permisos.
- Si bien se define el realizar cuidados como difícil, se percibe como indispensable, obligación y “moralmente gratificante”.

2.2.4.1. Cuidador familiar.

Es una persona de la familia u otra, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida”.

Cuidar a los demás es una actitud, una ética y una obligación, pero, sobre todo, es un trabajo que consume gran cantidad de tiempo y esfuerzo. Los efectos del cuidado sobre los cuidadores, en especial el de larga duración de enfermos crónicos, van conociéndose poco a poco. Por ello, también los cuidadores son objeto de atención a través de programas específicos de los que se habla más adelante.

Los años finales se caracterizan también por la necesidad, creciente, de ser cuidados, aunque con intensidad muy variable. Hay quienes, siendo una minoría, llegan a nonagenarios con buena salud y, en cambio, quienes, sin ser viejos, padecen alguna enfermedad o discapacidad que limita su capacidad para desenvolverse sin ayuda de los demás. Cuidar es un esfuerzo físico y mental que genera a su vez necesidades específicas de cuidado. Cuidar a los cuidadores es

un buen indicador de la sensibilidad social y del grado de desarrollo alcanzado en esta materia. El cuidado de sí mismo, consciente y reflexivo, es un paso más y, a la vez, condición para la disponibilidad hacia los demás, pero también expresión de la auténtica autonomía: la que renuncia a ejercer el poder que da el ser cuidado cuando uno sí puede valerse por sí mismo.

Dentro de la sociedad, la familia como unidad auto organizativa, ha tenido y tiene un papel básico y fundamental en las funciones de protección, cuidado colectivo y atención a sus miembros. Existen sentimientos de solidaridad, amor, respeto, comprensión, comunicación, reciprocidad e integración que se manifiestan en el compartir responsabilidades, ofrecer restricciones y ayuda mutua como parte de las obligaciones familiares. También funciona como agente socializador y es responsable de la adquisición del sentido de identidad, ciudadanía y equilibrio emocional fundamentales para el desarrollo del ser humano. En este contexto, la familia como red social de apoyo acrecienta su importancia en el envejecimiento, porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor, De allí la necesidad del cuidado en la vejez desde el espacio familiar (Cornachione, 2006). Es decir, la familia debe favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado, que se preocupen por él, que es valorado y estimado y que es miembro de una red de obligaciones mutuas (Sacramento y Sánchez, 2005). Por lo tanto el cuidado del adulto mayor en la familia recobra importancia, porque es un elemento fundamental para la calidad de vida en la vejez (Leiton, Z; Gómez, M.2012).

2.2.5. Labor de enfermería en el cuidado familiar del Adulto Mayor

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido, Leininger (1984) refiere que

"El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería. De manera que para la Enfermera(o), el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

La peculiaridad del papel que el personal de Enfermería desempeñan la asistencia sanitaria es consecuencia del contacto íntimo y mantenido que existe con los pacientes. Muchos otros profesionales intervienen en la asistencia a los pacientes y en la promoción, alcance y mantenimiento de la salud, pero ninguno de ellos acepta el mismo nivel de responsabilidad en cuanto a responder a las necesidades de la persona en todo momento y durante toda la vida.

La asistencia de Enfermería no sólo es necesaria en momentos de enfermedad, sino también para promocionar el bienestar. En el pasado, la atención de Enfermería se centró en la asistencia de los enfermos hospitalizados durante la fase aguda o crónica de su enfermedad y durante la rehabilitación. Sin embargo, en la actualidad, la práctica de la Enfermería incluye también la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte. Con este amplio campo de actuación, la actual asistencia de Enfermería se presta en una amplia variedad de marcos.

El personal de Enfermería trabaja en los centros de atención a enfermos agudos, como son los hospitales, y en servicios de asistencia a largo plazo, como residencias, centros de rehabilitación y asilos. Otros lugares donde pueden trabajar son los centros de la comunidad, como los servicios de atención durante el día, los centros de salud mental, los centros de cirugía ambulatoria, las organizaciones para el mantenimiento de la salud o los domicilios de los pacientes.

Dada la variedad de ocupaciones, la Enfermería ofrece oportunidad a todo tipo de personas para encontrar un lugar de trabajo adecuado

a su personalidad, interés y objetivos profesionales. El personal de Enfermería puede especializarse en un determinado tipo de localización o en una determinada población de enfermos. Las especialidades de Enfermería relativas a localizaciones determinadas son la atención domiciliaria, la atención de cuidados intensivos, la enfermería de salud comunitaria o la enfermería de quirófano. Las especialidades basadas en poblaciones concretas con las Enfermería pediátrica, la gerontológico o la materno infantil.

Según Henderson: "La función específica del personal de Enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Además, esta contribución específica de la Enfermería ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma en el menor tiempo posible".

En la atención de Enfermería no sólo se incluyen las personas con graves necesidades físicas, psicológicas y sociales, sino también la familia y comunidad, de modo que el satisfacer estas diversas necesidades obliga a desempeñar numerosos papeles: cuidador, coordinador, maestro, defensor, colaborador, planificador de altas, investigador y administrador.

La Enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada.

Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en "aplicar medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles y se reorienten las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en

la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estancia”.

CAPITULO II

III. APORTES DEL TEMA A LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

El conocer la importancia de la familia en el cuidado del adulto mayor permite a la enfermería como ciencia desarrollar estrategias metodológicas de enseñanza para poder capacitar a la familia en el cuidado del adulto mayor.

La enfermería es una ciencia de cuidado por lo tanto el cuidado del adulto mayor es de gran importancia, ya que es en esta etapa de la vida donde se devuelve el amor de los hijos a los padres en el cuidado y la atención.

El tema aporta un campo de desarrollo a la enfermería como es la enfermería geriátrica, también permite a la enfermería un campo para las cuatro funciones o áreas de desarrollo de esta ciencia como es en lo asistencial permite que la enfermería se desarrolle realizando la atención conjunta con la familia del adulto mayor, en el campo de la gerencia aporta un campo para poder programar actividades de capacitaciones intervención para mejorar el cuidado del adulto mayor, en el campo de la investigación permite a la enfermería u ofrece a la enfermería una infinidad de temas a estudiar tanto en el campo cualitativo y cuantitativo, en el campo de la educación o docencia permite a la enfermería desarrollar y educar sobre los temas de cuidado y atención a adulto mayor en ámbito familiar.

El tema nos aporta las maneras como sensibilizar, promover y prevenir los daños que se pueden producir durante el complejo proceso del cuidado durante este proceso aprendemos que el cuidador familiar es una persona que al no conocer el manejo de algunas patologías este sufre estrés, siendo este un campo de intervención de la enfermería ya que si no se puede producir la violencia al adulto mayor.

En el campo de la prevención como ya se habló el tema nos aporta la manera como la enfermería puede contribuir en la capacitación del cuidador en pos de la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

De acuerdo los datos hallados se puede afirmar que la situación en general del adulto mayor es que el número de adultos mayores va aumentando en los diferentes ámbitos geográficos así que la población adulta mayor cada día también es llevada a albergues o a lugares de cuidado porque la familia no puede cuidarlos.

Cuando la familia asume el cuidado del adulto mayor siempre se genera problemas y situaciones que afectan al cuidador y al ser cuidado, ya que la familia al no estar capacitada en el manejo de personas muchas veces entra en estrés y se comete abusos y violencia contra el adulto mayor.

De acuerdo a los estudios realizados los adultos mayores desean ser cuidados en su casa y por sus familiares esto se debería gracias a que se sienten más seguros al ser cuidados por personas conocidas y en un ambiente conocido.

Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy en día, la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.

Las relaciones familiares en primer lugar son generalmente una fuente de satisfacción. A pesar de que en la familia actual no conviven las tres generaciones, los lazos afectivos se conservan, y permiten al mismo tiempo una mayor autonomía de sus miembros. Destacar por una parte el reconocimiento y apoyo mutuo de los hijos y de los nietos, que nos recuerda que la sucesión generacional es uno de los núcleos de las relaciones humanas y por otra, la relación de pareja que cobra en la vejez una especial relevancia al ser una fuente mutua de apoyo, afecto y compañía.

El cuidado del adulto mayor tiende a generar una sobrecarga de actividades, situación que puede traducirse en complicaciones y conflictos para el cuidador (Domínguez y López, 2008). Inclusive, para los receptores de cuidados (adultos mayores) ya que comparten las condiciones de vulnerabilidad, pues ambos enfrentan dificultades económicas y problemas de salud. Estos datos concuerdan con nuestra realidad que es una realidad donde el cansancio del cuidado se relaciona con problemas como el maltrato, el rechazo del adulto mayor a quien lo cuida. Lo que fundamenta que el cuidado por ser una tarea tan demandante, cuidar de una persona mayor dependiente se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo, tristeza.

V. CONCLUSIONES

El cuidado de las familias en el adulto mayor a nivel internacional, nacional, regional y local se ha visto disminuido ya que en la mayoría de situaciones las familias cada vez tienen menos hijos y además, a mujer se ha ido involucrando en actividades económicas lo que disminuye el tiempo para dedicarse al cuidado del adulto mayor y es por ese motivo que más adultos cada día se ven abandonados o son llevados a lugares d cuidaos o acilos.

Las principales características de las familias que cuidan a los adultos mayores son aquellas familias donde aún las mujeres no se ha dedicado a actividades o son familias que asumen este rol pero que muchas veces terminan siendo afectadas por los fenómenos de cuidad ya que al no estar preparadas son afectadas tanto emocionalmente como físicamente levando con esto al fenómeno llamado cansancio del cuidador.

La intervención de enfermería en la participación de la familia como cuidadora del adulto mayores en la promoción, alcance y mantenimiento de la salud, para que las familias que asumen el rol de cuidadores delos adultos mayores se comprometan y además se preparen y conozcan los efectos de cuidar al adulto mayor.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las familias asumir el cuidado de los adultos mayores con responsabilidad y empeño ya que estos al ser unos seres frágiles necesitan de cuidados que sean humanos.

Al ministerio de salud se recomienda implementar estrategias de capacitación e identificación de familias cuidadoras de adultos mayores para intervenir capacitándoles para que así no se produzcan efectos como el cansancio del cuidador.

A las instituciones públicas y privadas promover centros de apoyo y asesoramiento en el cuidado del adulto mayor.

A los profesionales que atienden en los servicios de salud se recomienda una mejor atención en lo que concierne a la intervención de la familia del adulto mayor como un aliado para el cuidado del adulto mayor ya que cuando se atiende a un adulto mayor muchas veces solo nos preocupamos por el aspecto biológico del paciente menos por el aspectos psicológico o social y menos aún del su entorno familiar.

A la universidad nacional de Cajamarca realizar mayores estudios sobre el tema así como implementar el apoyo o incentivo para realización de estudios de investigación.

A los alumnos realizar mayor investigación sobre el tema ya que este aporta un gran campo de estudio así como para el desarrollo de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

CENTRO LATINOAMERICAO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA Y COMISIPON ECONÒMICA PARA AMÈRICA LATINA Y EL CARIBE (CELADE-CEPAL) (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Chile.

Chávez, R. (2009). Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales del usuario de Essalud. Chota - Perú. Tesis de Maestría.

COLLIERE, M.F. "Promover la vida". Editorial Mc Graw. Hill/ interamericana. Madrid. 1993.

Dirección Regional de Salud Cajamarca análisis de La situación de salud región Cajamarca 2010. En línea visitado el 10 de noviembre del 2012 disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75701367/Asis-Final-2010-1>

Dirección Regional de Salud Cajamarca Análisis de la Situación de Salud Región Cajamarca 2010. En línea visitado el 10 de noviembre del 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75701367/Asis-Final-2010-1>

Dirección Subregional de Salud Chota. Oficina General de Estadística e Informática. Estimación de la Población (2012). DISA Chota - Perú

FLORES, E., RIVAS, E., SEGUEL, F. Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de adulto mayor con dependencia Severa. Revista Scielo, Ciencia y Enfermería XVIII (1): 29- 41, 2012.

García p. Tito "Trabajo Social con Adultos Mayores", Capítulo 5: Pilares Básicos desde donde construir la intervención, pág. 60 España 2008.

Instituto nacional de estadística e informática INEI. Encuesta demográfica y salud ENDES 2008.

Leiton, Z., Vereau, C; Santillán, R.; y Biminchumo, S. (2006) Autoestima y su relación con género y apoyo familiar en los adultos mayores. Cartera del adulto y adulto mayor del Hospital Albrecht – EsSalud. Trujillo – Perú: Universidad Nacional de Trujillo.

LEITON, Z.; GOMEZ M, (2012). El cuidado Singular durante el envejecimiento y la vejez. Primera edición, Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Ludi María del Carmen, "Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, "Primer encuentro sobre Calidad de vida en la tercera edad", Secretaría de Extensión Universitaria. U.B.A., "Envejecer en un contexto de Desprotección Social", 1999.

Martínez Rodríguez, Teresa Familias cuidadoras de personas mayores: Claves para el "buen cuidar". rev. Adultos mayor siglo XXI. España 2010.

Ministerio de Salud Perú. Oficina General De Estadística e Informática. Análisis de la situación del Perú 2010. En línea visitado el 10 de noviembre del 2012 Disponible en: [Asis Perú 2010.WWW.minsa.com.pe./ogei.asis25.pfd](http://AsisPeru2010.WWW.minsa.com.pe./ogei.asis25.pfd)

Mostacero, E. y Vilca, Y. (2000). Nivel de autoestima y algunos actores biopsicosociales en el adulto mayor. Alto Moche Trujillo. Tesis Título de Licenciada en Enfermería, Trujillo – Perú: Universidad Nacional de Trujillo.

ONU proyecciones de Naciones Unidas, World population ageing, Nueva York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2007.

Ramírez, M., "Calidad de vida en la Tercera Edad" ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno". Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional del Cuyo, Argentina. 2008

Rodríguez, M. y Sánchez, S. (2004) Nivel de autoestima en pacientes con osteoartrosis y su relación con algunos factores biopsicosociales. Hospital I Albrecht. EsSalud. Trujillo. Tesis Título de Licenciada en Enfermería, Trujillo – Perú: Universidad Nacional de Trujillo.

Roldán Monzón A. Vanessa. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Humana E.A.P. de Enfermería. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. Lima – Perú 2008.

WALDOW. R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW. R. Cuidar. Expressa o humanizadora de enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.