Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de Especialización de Gestión en Salud Pública titulado: **"PROPUESTA PARA EL FOMENTO DE LA SALUD MENTAL DIRIGIDA A LOS CUIDADOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DR. FRANCISCO LAZO MARTI. 2007".** presentado por el Ciudadano (a) **CORINA REQUENA,** para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como APROBADO.

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
WILLIAM PALOMO **Presidente:**	5.706.211	
JULIA VARELA **Miembro:**	5.575.917	
MAIQUI FLORES **Miembro:**	9.433.134	

Maracay, 12 de diciembre del 2007

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"Dr. ARNOLDO GABALDON"

PROPUESTA PARA EL FOMENTO DE LA SALUD MENTAL DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DE LA "UNIDAD GERIATRICA "DR. FRANCISCO LAZO MARTI" SAN JUAN DE LOS MORROS, ESTADO GUARICO AÑO 2007

AUTORA: CORINA REQUENA
ASESOR: Dr. JULIO C. AQUINO
TUTOR: Dr. WILIANS PALOMO
AÑO: 2007

RESUMEN

El trabajo especial de grado que se presenta, tiene el propósito de "Diseñar una propuesta para el fomento de la Salud Mental de los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica "Dr. Francisco Lazo Martí" de San Juan de los Morros, Edo. Guárico. Los objetivos específicos formulados fueron: Señalar los factores de riesgo a los cuales esta expuesto, los cuidadores. Nombrar los medios de seguridad implementado por la institución dirigida a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica "Dr. Francisco Lazo Marti". Mencionar las instituciones encargadas de la atención de personas afectadas con enfermedades mentales en Venezuela. Hacer una propuesta que ayude a fomentar la salud mental de los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica "Dr. Francisco Lazo Marti" de sufrir alguna enfermedad mental. Teóricamente la investigación se sustenta con estudios previos relacionados con salud mental y cuidadores de adultos mayores. Metodológicamente es un estudio de proyecto factible de campo, el cual permite la elaboración de un modelo operativo viable para solucionar problemas, además de analizar e interpretar en forma ordenada los datos obtenidos en el estudio en función de las preguntas o hipótesis de la investigación; con una población integrada por 13 personas que conforman la totalidad del personal de enfermería. Los instrumentos de recolección de datos fueron un cuestionario y una lista de observación directa, que sirvió para corroborar las respuestas emitidas por el personal encuestado, los cuales fueron emitidos a validez por juicio de expertos.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor. Salud mental. Cuidador. Propuesta. Institución.

MINISTRY OF POWER FOR THE PEOPLE'S HEALTH
SENIOR STUDIES INSTITUTE IN PUBLIC HEALTH
"Dr. ARNOLDO GABALDON "

PROPOSAL FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH FROM THE CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE OF THE "UNIT GERIATRICA" DR. MARTI FRANCISCO OK "

SAN JUAN DE LOS MORROS, STATE GUARICO
YEAR 2007

AUTHOR: CORINA REQUENA
ADVISORY: Dr. JULY C. AQUINO
TUTOR: Dr. WILIANS PALOMO
YEAR: 2007

ABSTRACT

The Ad Hoc Working degree that show, aims to "design a proposal for the promotion of Mental Health carers of the elderly who work in the Geriatric Unit" dr. Francisco Lazo Martí San Juan de los Morros, Edo. Guarico. The specific objectives were formulated: To identify risk factors to which this exposed, carers. Appoint means security implemented by the institution to carers of the elderly who work in the Geriatric Unit "dr. Francisco Lazo Marti. " Mention the institutions responsible for the care of people affected with mental illness in Venezuela. Make a proposal that helps promote the mental health of caregivers of the elderly who work in the Geriatric Unit "dr. Francisco Lazo Marti "to suffer any mental illness. Theoretically research is supported with previous research on mental health and carers of the elderly. Methodologically it is a feasible project study area, which allows for the development of a viable business model for solving problems, as well as analyze and interpret in an orderly data obtained in the study based on the assumption the questions or research, and a population composed of 13 people who make up the entire nursing staff. The instruments for collecting data was a questionnaire and a list of direct observation, which served to corroborate the responses issued by the staff surveyed, which were cast valid for expert judgement.

KEYWORDS: Elderly. Mental health. Caretaker. Proposal. Institution.

INTRODUCCION

Se debe internalizar, que nadie escapa de que en cualquier momento de la vida por una u otra causa, exista el riesgo de padecer de alguna enfermedad mental, por lo tanto lo que se busca en este proceso, es que la población goce de una salud integral y mejorar la calidad de vida de la misma. Muchas veces en el día a día, no nos detenemos a pensar que si gozamos o no de optima salud mental, tanto nosotros mismos, en nuestros hogares, la comunidad en donde vivimos, nuestra ciudad y por ende nuestro país.

En este sentido A.Campana (1.995). expresa que: “la salud mental ha sido un concepto equivoco, cargado a nuestro juicio de imprecisiones y distorsiones conceptuales. Frecuentemente existe la confusión entre salud mental, clínica psiquiatrita, psiquiatría comunitaria o psiquiatría social; además muchos autores utilizan el concepto como antónimo de trastorno mental.”

Para M.Alfonso s/f. dice “La salud mental es un estado personal susceptible de variación por la influencia de factores biológicos, psíquicos y sociales, que mantienen la armonía interpersonal, que permite establecer buenas relaciones con los semejantes y presentar armoniosamente las exigencias de la vida, que favorece al individuo como participe activo de la obra constructiva del medio ambiente físico y social donde se desenvuelve, y por ultimo, que dota a la persona de energía sobrante para emplearla en actividades extralaborales.”

Todo trabajador (ra) debe poseer condiciones laborales que le garanticen una adecuada salud mental, mas aun cuando su labor esta orientada y

dirigida a la atención y cuidado de otras personas con alguna condición de minusvalía.

En otro orden de ideas, la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti”, el 16 de junio de 1967 según decreto n° 9, inicia en San Juan de Los Morros la construcción de la casa hogar para ancianos bajo el período del ciudadano gobernador Vector Carpio Castillo; siendo inaugurada en el mes de noviembre de 1968 por el ciudadano gobernador del estado Dr. Fernando Alvarado Guzmán, estando en la presidencia del PANAI el Dr. Ramiro Sierralta. Para enero de 1969, fue puesta en funcionamiento con el siguiente personal: un medico, una enfermera, ocho mujeres para el servicio domestico y con una capacidad de 20 ancianos. Esta sede gerontológico se encuentra ubicada en la calle Macará, zona industrial barrio la esperanza. El nombre de la institución es en honor al poeta venezolano “Dr. Francisco Lazo Marti” nacido en tierras guariqueñas y autor del tercer gran poema de la lírica Venezolana la silva criolla. La capacidad actual es de 80 cupos para adultos y adultas mayores en condición de abandono, soledad e insolvencia económica; ofreciéndoseles una atención integral en: servicios de salud, servicio social, nutrición, gerontológico, entre otros. Actualmente alberga a 74 Adultos y adultas mayores residentes. Las principales causas de morbilidad son de 59 con la condición física de discapacidad motora y mixta, además de 19 adultos con diagnostico de discapacidad mental. Para su funcionamiento cuenta con una nomina de personal de 67 personas entre empleados y obreros. Que pocos poseen preparación en el cuidado y atención al adulto mayor. no obstante, no disfrutan de una política de salud mental, razón esta que motivo la realización de esta investigación y por ende de la propuesta.

La presente investigación es básicamente de tipo descriptivo. Se presenta como trabajo especial de grado para optar al titulo de Especialista en Gestión Publica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La medicina y la salud son hoy y serán siempre prácticas sociales con profundo sentido humanístico y moral; siendo la salud mental el área de las ciencias medicas que mas directamente relación establece con las ciencias sociales y del comportamiento, la encontramos sostenidas por estas y las ciencias biomédicas, muy especialmente por las ciencias clínicas.

La organización de naciones unidas (ONU), se ocupa de la salud desde muy tempranamente y la señala en la constitución misma, para recogerla en su declaración universal de derechos humanos, surgida en 1948, cuando en su inciso 1. De su artículo 12 reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Y en su inciso 2 proporciona recomendaciones generales en tal sentido.

Muchos han sido los intentos y acciones de psiquiatras progresistas por convencer a los decidores políticos en salud y a la sociedad en general, de las bondades y beneficios de una atención psiquiatrita humana, digna, respetuosa de los derechos humanos, comunitaria, no estigmatizante. Entre estos esfuerzos es justo mencionar el movimiento de la comunidad terapéutica en Inglaterra liderado por Maxwell Jones, la psicoterapia institucional y psiquiatría del sector francés. El movimiento de psiquiatría político democrática italiana de Franco Busaglia, Casa grande Giovanni entre otros, y mas contemporáneamente, todo el movimiento de reforma psiquiatrita mundial, inclusive promovida y apoyada por organismos internacionales como la organización panamericana de la salud (OPS/OMS),

que de alguna u otra forma han tratado de desinstitucionalizar la locura, abolir la ideología manicomial. Como forma de atención a la enfermedad mental y darles el estatus de ciudadanía a las personas que padecen u sufren un trastorno mental.

En América la organización panamericana de la salud mental ha venido trabajando para mejorar esta, por mucho de sus casi cien años de existencia, mas reciente la declaración de caracas firmada en 1990. Por la mayoría de los países marco la pauta, para una iniciativa llamada la reestructuración de los servicios de salud mental, que plantea algunas mejoras en la atención de la salud mental.

Así mismo, la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituye un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. Las bases epidemiológicas de una llamada a la acción se han hecho patentes durante el último decenio. En efecto en 1990 se estimo, que las afecciones psiquiatritas y neurológicas explicaban un 8,8% de los años de vida ajustados por la discapacidad. En el 2002, esa carga había ascendido a mas del doble, 22,2 %, según datos obtenidos del sitio Web del proyecto carga mundial de la salud (OMS).

El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas.

En América Latina y el Caribe esta carga, que es cada vez mayor, podría obedecer a la transición epidemiológica, es decir, al desplazamiento de las enfermedades trasmisibles por las enfermedades crónicas, a que se presta mayor atención a ciertos trastornos emergentes, tales como la Violencia y el sida; y a un cambio en la estructura poblacional que lleva a que un mayor

numero de personas alcance la edad que las coloca en riesgo de sufrir los trastornos mentales propios de la adultez.

Con respecto a estos últimos cambios, cabe recordar que el banco mundial proyecta que entre el 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe aumentara en28%, desde 508 a 622 millones de personas. Esas proyecciones indican el aumento poblacional mas rápido se observara en el grupo de personas de edad mas avanzada. La población de 50 a 64 años de edad aumentara en más de un 68%, y las de 65 años o mas ascenderá en un 49%, la población entre los 15 y 49 años de edad, corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentara en 22%.

Por lo tanto, frente a tal amenaza, se hace necesario realizar una propuesta que sea efectiva para fomentar la salud mental de los cuidadores de adultos mayores.

Para poder enfrentar el crecimiento de la carga sanitaria que representan las enfermedades mentales en América latina y el Caribe es menester entender su prevalencía y la brecha que existe en la provisión de atención.

En conferencia realizada en Venezuela en el ano 2007 afirmó el Dr. Luis Alfonso Bello en análisis al problema de la salud mental, que: “La cenicienta de los programas de salud ha sido siempre la salud mental, y resulta que sin ella no vamos a poder resolver ninguno de los retos que nos hemos planteados en el área de la salud”. Para el conferencista las principales causas de muerte están directamente relacionadas con problemas del comportamiento, enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares, cáncer, accidentes, suicidios, homicidios, problemas del periodo peri natal, todo ello puede tener un componente del comportamiento, afirmo que a pesar de contar en este momento, con la mayor cantidad de recursos disponibles para la atención de personas aquejadas por enfermedades

mentales, hace falta mucho mas recursos. En la actualidad la salud mental tiene un enfoque multidisciplinario, es decir, es un problema de todos y todas las disciplinas, indiferentemente en el área que se desempeñe deben abocarse a esta. Para el Dr. Bello " Las enfermedades mentales son mucho mas frecuente de lo que inicialmente nos imaginamos, existe una serie de incidencias que obligan a pensar que estamos ante el principal problema de salud publica , cuando se habla del incremento que ha tenido la depresión, que se plantea en cifras muy altas para los próximos 20 0 30 años. Cuando se habla del incremento que ha tenido el comportamiento violento, el homicidio, el suicidio, los accidentes de transito que tienen un componente netamente psicosocial, se puede apreciar que la situación es grave. Los riesgos que tiene en este momento la salud mental son múltiples, en especial el factor biológico, por cuanto esta en los seres vivos, no se modifica de manera sensible sino en millones de años. "No podemos estar sanos, si no nos sentimos sanos. Sentirse sanos es salud mental". Asegura el Dr. Hernández (2007)

En función a esto, el cuidador institucional o familiar responsable, juega un papel importante para la atención, sin embargo este corre riesgo en cuanto a la propia salud mental; se deprime, cansa, enferma, manifiesta deseos de no volver a el trabajo, entre otros. En tal sentido, con esta investigación permitió diseñar una propuesta para el fomento de la salud mental dirigida a los cuidadores de adultos mayores de la Unidad Geriátrica "Dr. Francisco Lazo Marti" en San Juan De Los Morros. Estado Guarico. Para lo que se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Conoce el personal que labora en la Unidad Geriátrica "Dr. Francisco Lazo Marti" los riesgos que corren de padecer alguna enfermedad mental?

¿Existe los medios de seguridad implementado por la institución dirigido a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti”?

¿En caso de padecer de alguna enfermedad mental, existe alguna política llevada por la institución?

¿Cuenta el patrono con un mecanismo que ayude a disminuir el riesgo que corren los cuidadores de sufrir alguna enfermedad mental?

JUSTIFICACION

Dada la magnitud que han alcanzado algunos trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, angustia, el miedo, la reacción de alarma de los que no escapa la masa trabajadora de la unidad geriátrica Dr. Francisco Lazo Marti. Generada a las proyecciones del crecimiento poblacional que incluye al adulto mayor que va a necesitar de cuidados saludables, se justifica la realización de esta investigación y propuesta.

La importancia de la investigación radica desde el punto de vista institucional, se quiere alertar a la institución (INASS). Del riesgo que corren de padecer enfermedades mentales los cuidadores de los adultos mayores de la unidad geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti”

El aporte metodológico de esta investigación es que pueda proporcionar información para consulta de trabajos sucesivos de la misma índole.

En lo social radica en que logrando implementar esta propuesta se beneficia a un grupo importante de personas, se optimiza la calidad de vida tanto de ellos como cuidadores y la de su núcleo familiar.

En lo político. Colaborar con las nuevas políticas del gobierno donde exista la igualdad social, la equidad, el humanismo, y por supuesto optimizar la salud física y mental.

Objetivos de la Investigación

General

Elaborar una Propuesta para el fomento de la salud mental, dirigida a los cuidadores de los Adultos Mayores de la Unidad Geriátrica. “Dr. Francisco Lazo Marti” en San Juan De Los Morros estado Guarico.

Específicos

1.- Señalar los factores de riesgo a los cuales están expuesto, los cuidadores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. “Francisco Lazo Marti” en San Juan De Los Morros Estado Guarico.

2.- Nombrar los medios de seguridad implementado por la institución dirigidos a los cuidadores de adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti”

3.- Mencionar las instituciones encargadas de la atención de personas afectadas con enfermedades mentales en Venezuela

4.- Hacer una propuesta que ayude a disminuir el riesgo que corren los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti” de padecer alguna enfermedad mental.

ALCANCES

Los alcances de este estudio pueden ser vistos de diferentes formas:

El estudio se ubica en una institución publica, es decir, en la UNIDAD GERIATRICA “Dr. FRANCISCO LAZO MARTI”.

La investigación tiene como objetivo principal, realizar una propuesta para la promoción de la salud mental, dirigida a los cuidadores de los Adultos Mayores de la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti” de San Juan de los Morros, Estado Guarico en el año 2007. En este sentido se procederá a realizar un diagnostico con el propósito de detectar la problemática planteada.

Asimismo desde el punto de vista gerencial la investigación tendrá como fin presentar una propuesta innovadora que se adapte a las nuevas condiciones de la globalización y los desafíos del nuevo milenio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Según Arias (1999), Los antecedentes de la investigación se refieren a los estudios y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el problema en estudio. En este punto se debe señalar, además de los autores y el año en que se realizaron los estudios, los objetivos principales y principales hallazgos de los mismos.

Como resultado de la revisión bibliografica realizada, es importante mencionar que no se encontraron investigaciones acerca de “El fomento de la salud mental de cuidadores de adultos mayores “. Sin embargo, para cubrir la temática o aspectos tratados en este estudio se mencionan algunos proyectos relacionados con el mismo, que sirven de soporte fundamental a esta investigación.

Entre las investigaciones realizadas por diversas personas que se puedan relacionar con el tema objeto de estudio se mencionan:

En las investigaciones de R.Kohn, I Levan, C. de Almeida, (2005). titulada: “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud publica”. Se pudo constatar que la salud mental se ve afectada hasta tal punto que en sus resultado, Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalecía media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol., de 5,7 %. Mas de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, mas de la mitad de las

personas afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento no psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general. Por lo tanto, La actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora, Además, las tasas actuales probablemente subestiman el numero de personas sin atención. La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuaran aun mas la brecha en la atención en América latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de extensión de los programas y servicios.

Por lo tanto estos resultados demuestran una situación de alerta, ya que posiblemente las proyecciones irían en aumento, de no ser aplicadas nuevas políticas y programas de salud mental efectivas.

Por otra parte N.BERROTERAN (2004), Realizo una investigación titulada “Actitud del personal de enfermería ante los pacientes con mal de Alzheimer, ubicados en la unidad geriátrica “DR. Francisco Lazo Marti”. San Juan de los Morros. Estado Guarico. Donde los resultados obtenidos demuestran que el personal de enfermaría en su Mayorga posee conocimientos científicos relativos a la enfermedad de Alzheimer y ejecutan acciones destinadas a satisfacer las necesidades interferidas del paciente adulto mayor residente de esta unidad geriátrica. Estos resultados demuestran que la atención brindada por el personal de enfermería es satisfactoria a pesar de la discapacidad que presentan estos adultos mayores. Y la cantidad de enfermeros que allí laboran.

En este mismo orden, esta propuesta se orienta a fomentar la salud mental del personal de enfermería que labora en la Unidad Geriátrica. Dr. Francisco Lazo Marti. Ya que como cuidador de adultos mayores con diversas patologías lo ameritan.

BASES TEORICAS

La Universidad Nacional Abierta (1994), plantea que “las bases teóricas están referidas a los conceptos, definiciones y teorías que contribuyan a clasificar y ubicar el problema en estudio”

A continuación se consideran aspectos teóricos que sustentan este estudio:

SALUD MENTAL

Extraído del ensayo sobre salud mental. P.Alcala afanador.

Según E.Morgan. 2007.

El problema de los especialistas es que tienden a pensar en surcos.

A.Campana. 1995.

El término Salud Mental se popularizó en el sector salud y médico, hace unas cuatro décadas a partir de los empeños de la Salud Pública por implantar programas comunitarios privilegiando acciones de carácter preventivo.]]

La Salud Mental ha sido un concepto equivoco, cargado a nuestro juicio de imprecisiones y distorsiones conceptuales. Frecuentemente existe la confusión entre Salud Mental, Clínica Psiquiátrica, Psiquiatría Comunitaria o Psiquiatría Social. Además, muchos autores utilizan el concepto como antónimo de trastorno mental.

Es necesario despsiquiatrizar y desinstitucionalizar el concepto de Salud Mental.

A.Campana.1995.

Haciendo una rápida revisión de diversos conceptos acerca de la Salud Mental, nos daremos cuenta de los equívocos, imprecisiones y distorsiones

por demás "inconscientes" a nuestro juicio, de dichas conceptualizaciones, pero no por ello sin carga ideológica.

"La Salud Mental es un estado personal susceptible de variación por la influencia de factores biológicos, psíquicos y sociales, que mantienen la armonía interpersonal, que permite establecer buenas relaciones con los semejantes y enfrentar armoniosamente las exigencias de la vida, que favorece al individuo como partícipe activo en la obra constructiva del medio ambiente físico y social donde se desenvuelve y por último, que dota a la persona de energía sobrante para emplearla en actividades extralaborables". (Mateo Alonso)"

Arturo Campaña. Salud Mental: Conciencia *vs.* Seducción por la Locura. CEAS. Quito. Ecuador. Junio 1995.

A. Mateo. La Higiene Mental en Venezuela. *s/f.*"La Salud Mental es un estado de relativo equilibrio entre los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles registrables objetiva y subjetivamente, en la cual las personas participan activamente, en sus propios cambios y en los de su entorno social" (Gali, 1986)13

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La Salud Mental es aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que pueden producirse en su medio físico y social.

"La Salud Mental es la capacidad, como potencialidad gestada en el marco de la dinámica entre el psiquismo del ser humano (desde los propios estadios embrionario s) y su estar en el mundo, que es estar participando en incontables relaciones sociales objetivas y psicosociales ínter subjetivas en la búsqueda de una cultura para la vida, encuentro, amor, solidaridad, generosidad, superación del dolor, la soledad, la frustración y disfrute en el estar individual y colectivamente, construyendo libremente (léase sin alienación) un mundo para sí". (Edilberto Pacheco, 1994)

Según A. Stolkiner (1987): "Las definiciones que encontramos de salud mental resuenan concepciones positivistas (conducta normal o adaptada), racionalistas (correcto funcionamiento de las funciones mentales), aristotélicas.

P.Alcala.2004.

Nosotros agregamos que existen también problemas de índole cultural a la hora de definir la Salud Mental, de modo que la comparación y conciliación de las diferentes perspectivas conceptuales a menudo no resultan sencillas.

Nuestra aproximación a una conceptualización de la Salud Mental, para ser consecuentes con lo que planteamos en este ensayo, pasa por la consideración de algunos elementos esenciales en la construcción de dicho concepto a saber: Lo mental como cualidad humana, La personalidad como constitutivo de lo biológico, lo psicológico y lo social.

Una concepción del desarrollo como la materialización de las potencialidades personales, de un grupo social, comunidad o Estado-nación.

Los procesos de inclusión / exclusión social a que son sometidas las gentes debido a la implantación de modelos económicos y medidas de

ajuste económico que privilegian el crecimiento económico pero no el desarrollo humano. La historicidad de lo humano y sociocultural.

Elementos Que Conforman La Personalidad

Se considera la personalidad como: El ensamblaje de las aptitudes, actitudes y relaciones individuales socialmente determinadas (Miasishev)

Lo *biológico:* Como las interrelaciones sujeto-naturaleza circundante. Lo *psicológico:* Como la autoconciencia, autorrealización, motivaciones y aspiraciones. Lo *social:* Como comunidad de ciudadano

Entonces el concepto puede definirse como sigue:

"La Salud Mental es una cualidad humana que se hace singular en la personalidad individual (para sí) y personalidad particular (en sí), constituyendo el máximo bienestar y desarrollo posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, como resultado de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto, grupo social o conglomerado nacional, su entorno natural y realidad social." (Pedro A1calá Afanador, 2001)

Bajo este concepto, pienso salirme de la concepción medicalizada de la salud, ya que si la salud mental es una cualidad humana, es una característica universal de todas las personas, es decir, del género humano, no importa su etnia, cultura, ubicación geográfica o condición socio económica; pero esta cualidad se hace concreta en un ser humano de carne y hueso que habita un espacio geográfico cultural determinado, bajo unas condiciones económicas y sociales y en un momento de su historia vital particular y de la historia de la humanidad en general.

Por lo tanto, la salud mental es un proceso que se va esculpiendo en el desarrollo histórico y vital de la persona y la humanidad, esculpido por el cincel de lo cultural, económico, social y político de cada sociedad en particular.

Entendida así, la salud mental debe ocupar un lugar de relevancia en las Políticas Sociales del país, se sostiene esta aseveración, basada en:

La Salud Mental como cualidad humana, es en términos prácticos, calidad de vida, bienestar humano.

El bienestar humano surge de necesidades de los sujetos y de los recursos para satisfacerlos.

El bienestar demanda del Estado, bienes y servicios. El bienestar se sustenta en valores de: justicia, equidad, solidaridad, corresponsabilidad y libertad.

La Salud Mental Como Calidad de Vida

P.Alcala.2004. Ensayo sobre salud mental.

La calidad de vida es el encuentro entre las subjetividades del Ser, Amar y Tener.

El Ser se constituye satisfaciendo las necesidades de desarrollo personal:

Relaciones de las personas con la sociedad y la naturaleza (lo objetivo) y los sentimientos de cada sujeto sobre su desarrollo personal o aislamiento (lo subjetivo)

El Amar se construye sobre la satisfacción de las necesidades sociales: Relaciones interpersonales (lo objetivo) y sentimientos de felicidad / infelicidad en las relaciones sociales (lo subjetivo)

El Tener sobre la base de la satisfacción de necesidades materiales e impersonales: Nivel de vida y condiciones ambientales (10 objetivo) y los sentimientos subjetivos de satisfacción / insatisfacción con las condiciones de vida.

Por todo lo sostenido anteriormente, entonces, existen unas tareas políticas de la Salud Mental a saber, la calidad de vida demanda por parte del Estado y la sociedad Programas de Bienestar que sean compensatorios, preventivos y positivos.

Transformación institucional: Impulsar servicios comunitarios.

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (RAP)

Evaluación de programas y servicios con metodologías propias.
Capacitar al personal de salud mental en: Análisis comunitario de la salud, promoción y prevención, gerencia y gestión de programas y servicios, investigación! acción.

Promover modificaciones legales para la protección de los Derechos a las personas con trastornos mentales para lograr la integración familiar, laboral, educativa y social de estas personas.

Vigilancia participativa de la salud.

Fomentar una cultura de salud mental comunitaria, para minimizar la alineación de la sociedad de consumo. Por lo tanto, la salud mental de un sujeto, grupo humano o sociedad está dialécticamente definida por los determinantes de la salud y los períodos críticos del Desarrollo Humano.

Por todo lo sostenido anteriormente, entonces, existen unas tareas

Políticas de la Salud Mental a saber:

La calidad de vida demanda por parte del Estado y la sociedad Programas de Bienestar que sean compensatorios, preventivos y positivos.

Transformación institucional: Impulsar servicios comunitarios. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (RAP)

Salud Mental y Calidad de Vida En América Latina

Lo social, es el conjunto de facilidades o dificultades que nos encontramos a diario para el desarrollo de nuestra vida.

Ciertamente lo social nos facilita o dificulta la vida. En lo social encontramos ideas y formas materiales de existencia.

Ortega y Gasset.

Hablar de salud mental y calidad de vida en América Latina es referirse a dos categorías polisémicas y multidimensionales que aunque están de moda, al igual que la globalización, no se tiene la certeza que al hacer alusión a las mismas nos estemos entendiendo y refiriéndonos a lo mismo.

En primera instancia se harán algunas consideraciones acerca de estas dos categorías, para luego hacer una visión panorámica de la salud en Améríca

Latina y sus desafíos. Finalmente se hará referencia a la calidad de vida en América Latina y Venezuela a través del Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Lo primero que debe decirse, es que el centro de interés de la salud mental y la calidad de vida es el hombre, en términos genéricos el pueblo como sujeto social e histórico.

La calidad de vida se ha convertido en un punto cardinal en la evaluación del nivel económico y social de un país, así como de sus políticas públicas y de su legislación social. Los indicadores utilizados para medir el éxito económico, ingreso per cápita, Producto Interno Bruto (PIB), son considerados por la mayoría de los científicos sociales y economistas como medidas incompletas de la calidad de vida, a pesar de su difundido y popular uso para evaluar las políticas públicas.

Valga al respecto citar a Frank BrachoY "Ya es tiempo de que desmitifiquemos el dogma de esas estadísticas económicas que nos dominan. El PIB o el valor monetario de los bienes y servicios producidos en el país, es un indiscriminado conjunto que asigna valor positivo a cualquier actividad económica, sea productiva, improductiva o destructiva. De tal forma, como ya hemos

Frank Bracho. El agotamiento del materialismo económico neoliberal y los nuevos indicadores de Bienestar Humano. En: Del Materialismo al Bienestar Integral. Ediciones Vivir Mejor. Caracas. Venezuela. 1995, p 140 Y 141.

Calidad de Vida

La salud y el bienestar, son expresión de la calidad de vida, de las condiciones de vida de la población, las cuales constituyen un proceso dinámico y se modifican conjuntamente con otros cambios que se producen en la sociedad en el transcurrir del tiempo.

El hombre a medida que evoluciona ya pesar de su desarrollo intelectual, va generando en el seno de las sociedades donde se desenvuelve, una serie de situaciones que se convierten en un momento dado en riesgos para su vida y que se manifiestan en forma de enfermedades, muerte prematura, discapacidades, envejecimiento prematuro.

En cada sociedad, para cada momento histórico, se van definiendo necesidades y riesgos específicos, los cuales se constituyen en las condiciones de existencia particular para los miembros de la sociedad, la familia, la comunidad y los diferentes grupos poblacionales. Estas condiciones van a depender de diversos factores, tales como la edad, el sexo, la localización geográfica, las condiciones eco lógicas de la región, sus características culturales, la educación y los diferentes determinantes económicos y sociales.

Las contradicciones que se establecen entre el proceso de la vida en la sociedad del hombre y los procesos que rigen el mecanismo intrínseco de la vida, van generando un proceso de des adaptación, el cual va a determinar un alto riesgo de sufrir enfermedades y acortamiento de la duración de vida, en relación con la duración potencial de ésta para la especie humana.

Las necesidades fundamentales del hombre no están limitadas a solo ser simples demandas biológicas y su satisfacción depende del sistema productivo imperante en la sociedad. Este sistema productivo, va a funcionar

dentro del orden social, por lo general, con intereses y objetivos que le son propios y no siempre concordantes con las necesidades del hombre.

La manera como se satisfacen las diferentes' necesidades condiciona la calidad de vida, es decir, el bienestar de un grupo social va a depender de las estrategias que este grupo va a adelantar para permitir la satisfacción de las necesidades de sus miembros, de forma individual y colectiva.

Entonces el bienestar social, está estrechamente relacionado con los determinantes del funcionamiento social, los valores y normas que predominan en su frente al hecho vital, tanto de manera objetiva como subjetiva.

Incluye todos aquellos procesos de orden socioeconómico, cultural y socio psicológico de producción de valores positivos y negativos, respecto a la calidad que tiene nuestra vida social, la manera como se distribuyen sus diversos componentes y como son percibidos socialmente estos valores. *La* calidad de vida es el producto de la interacción permanente de un conjunto de elementos de naturaleza muy diversa, estrechamente relacionados con los conceptos de desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades económico-sociales, concentración económica, modos de· vida, libertades públicas, condiciones eco1ógicas y sanitarias del ambiente de vida, nivel de salud/enfermedad de la población, seguridad e inseguridad social y de las percepciones que la población tenga de sus condiciones globales de vida y como las interpreta subjetivamente, traduciéndolas en sentimientos de satisfacción/insatisfacción, felicidad/infelicidad, bienestar /males

Calidad de Vida En América Latina.

Si la calidad de vida es todo ese complejo proceso que acabamos de describir, cabe interrogarse: ¿Cómo es la calidad de vida de América Latina?

"El escenario demográfico de América Latina y el Caribe se caracteriza por un intenso crecimiento de la población, una acelerada urbanización, una moderada tendencia decreciente de la fertilidad y un franco incremento de la esperanza de vida al nacer.

Se estimaba que para el año 2000 se duplicaría la población con relación a la del año 1970. La población llegaría a 600 millones de habitantes, de los cuales el 70% vivirán en conglomerados urbanos.

Las tasas de mortalidad tienen tendencia descendente y su estructura viene cambiando notoriamente. Las enfermedades cardiovascu1ares, las degenerativas y la violencia se sitúan ahora entre las de mayor incidencia.

Aunque existe información, ésta es insuficiente para analizar la magnitud y trascendencia en el caso de las secuelas de accidentes y violencias; del ausentismo laboral; de la venta de alcoholes y su destino en los diferentes estratos de la población; de los motivos de la deserción escolar; la dependencia a las drogas y

Salud Mental y Ciudadania

"Los venezolanos y venezolanas que no estén sujetos o sujetas a inhabilitación política ni a interdicción civil, y en las condiciones de edad previstas en esta Constitución, ejercen la ciudadanía, en consecuencia, son titulares de derechos y deberes políticos de acuerdo con esta Constitución".

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, artículo 39.

Salud Mental y Ciudadanía, son hoy categorías políticas relevantes para la discusión sobre lo que debe ser una Política Social incluyente, donde todos los integrantes de la sociedad entren. Este planteamiento puede parecer atrevido, pero no lo es. Veamos algunos argumentos, luego de haber ensayado ya, durante dos décadas en América Latina, la política económica neoconservadora de ajustes, ¿Cuál es el resultado?, lo tangible, una mejoría de los indicadores macroeconómicos en los países en donde ha sido más exitosa esta política, pero a costa de un mayor empobrecimiento de la población, hoy América Latina es la región más desigual del planeta, con la mayor exclusión social y una creciente vulnerabilidad económica y social de importantes sectores sociales.

La pobreza, exclusión social y creciente vulnerabilidad económica y social de la mayoría de la población, nos indica que no se han consolidado los derechos sociales y por ende la ciudadanía; las condiciones y calidad de vida dejan mucho que desear, por lo tanto hay una salud mental débil y precaria en densos sectores de la sociedad, situación que trae como consecuencias más visibles, escasas oportunidades de igualdad y superación a través de la educación y el trabajo, generando bajo desarrollo humano, desempleo e incremento de problemas sociales como la violencia y la inseguridad por tan solo enumerar las más dramáticas.

Ciudadanía es un concepto en construcción y expansión histórica permanente, desde la revolución industrial, la ciudadanía de la que hoy gozamos o creemos gozar es un estratificado histórico de las luchas del hombre por la libertad, la justicia y la democracia. Sin democracia participativa, no hay ciudadanía.

Se puede decir entonces que la Calidad de Vida es una categoría compleja conceptualmente y en su medición.

Calidad de Vida una categoría polisemia y multidimensional, porque es el producto de la interacción permanente de un conjunto de elementos de naturaleza muy diversa, estrechamente relacionados con los conceptos de desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades económico-sociales, concentración económica, modos de vida, libertades públicas, condiciones eco lógicas y sanitarias del ambiente de vida, nivel de salud/enfermedad de la población, seguridad e inseguridad social y de las percepciones que la población tenga de sus condiciones globales de vida y como las interpreta subjetivamente, traduciéndolas en sentimientos de satisfacción/insatisfacción, felicidad/infelicidad, bienestar/malestar.

Calidad de Vida no es un término descriptivo sino valorativo. Esto significa que no es un hecho sino un valor y, en tanto que tal, resultado de un proceso de estimación o preferencia.

La Salud Mental es la concreción de la calidad de vida y el bienestar social. Los procesos de salud/enfermedad, calidad de vida, bienestar social son procesos dinámicos, complejos, cambiantes y particulares de cada sociedad y su momento histórico.

Diego García Guillen. Ética y Calidad de Vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. No 2. OPS/OMS, P 45.

El autor cita algunos artículos entre los cuales se mencionan; realizado por M.Kelzi (2007). Titulado “EL estrés también afecta a cuidadores de enfermos” Menciona que el proceso de envejecimiento en el ser humano es

irreversible y trae consigo múltiples complicaciones de salud que van limitando progresivamente la capacidad del individuo de desenvolverse por si mismo. A medida que pasa el tiempo, Se va haciendo necesaria la ayuda de otras personas para movilizarse de un lugar a otro, para realizar la higiene personal, para alimentarse, entre otras limitaciones que van a depender de la patología del paciente.

Existen enfermedades como las relacionadas con la parte psicológica que convierten a quien las padece en un ser inconsciente de sus acciones y palabras que puede afectar quien lo cuida. La ardua tarea de atender a este tipo de pacientes exige mucha paciencia y de la unión de esfuerzos para evitar que todo el peso recaiga en una sola persona. Si bien esta actividad puede traer mucha satisfacción como ayudar a alguien que lo necesita sobre todo si se trata de un familiar, también suele desencadenar tensiones, frustraciones y dificultades en los distintos ámbitos de la vida.

En opinión del medico internista y geriatra, Aquiles Salas, hay pacientes de la tercera edad que requieren atención solo algunas veces al día, mientras otros son mas dependientes, ya que además de los problemas físicos sufren demencias. En el estudio titulado “Epidemiología de las demencias en países en desarrollo”, han demostrado que las personas ancianas con demencia requieren hasta el 20% mas de atención que los ancianos con otras dolencias, como artritis y problemas cardiovasculares. Detallo que según el mencionado estudio y otros del mundo hasta un 80% de los cuidadores son mujeres y algunos también suelen ser pareja del enfermo y otros familiares.

¿CUIDADOR O ENFERMO?

El cuidador de una persona mayor dependiente o alguien con alguna enfermedad de la discapacidad física o mentalmente, suele enfrentar dificultades en sus relaciones familiares. Las mas frecuentes son las relacionadas con las decisiones que toma, el sentir que su esfuerzo no es valorado y cuando se ve en la necesidad de desatender su propio trabajo y hogar para abocarse a tiempo completo al enfermo, lo que a su vez genera dificultades económicas para costear lo que este necesite.

En esa intención de estar pendiente de lo que amerita el paciente, El cuidador limita su tiempo libre porque siente una culpabilidad de no cumplir su responsabilidad. Esto lo puede dejar sin comer o hacerlo a deshoras, no duerme bien, comienza a tener síntomas de agotamiento, insomnio, depresión o intranquilidad y, aunque acuda al medico tarda mas tiempo de recuperarse de ese malestar por presenciar la situación de declive del paciente. El especialista menciono como otras manifestaciones, los problemas gastrointestinales, diarreas, estreñimiento, falta de apetito, ansiedad e irritabilidad. Si el cuidador comienza a presentar este cuadro es necesario acudir a un especialista y tratar de reducir la carga de trabajo que tiene en la atención del paciente.

CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Perfil del cuidador

Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: 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.

Si pensamos en que cada vez es mayor el porcentaje de población de más edad, debido fundamentalmente al aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad, resulta evidente que aumentará, en un futuro próximo, el número de personas que necesiten algún tipo de ayuda y, por tanto, el número de cuidadores.

Según datos del IMSERSO, en España se estima que el porcentaje de personas mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10 y un 15 % de las personas mayores de 65 años.

Por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas (72 % de la ayuda). En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estos cuidadores principales son, como se ha visto, mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor en nuestro país son mujeres entre 45 y 65 años de edad. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los

hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación.

Perfil característico del cuidador

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83 % del total).
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20 % superan los 65 años)
- En su mayoría están casados (77%).
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%).
- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20 %).
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%).

qué consiste cuidar

Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchas los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar de edad avanzada, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, etc, son algunos de esos aspectos.

Características comunes a las situaciones de cuidado de personas mayores.

- Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que los mayores sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas.
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas y agradables
- Suele darse más de lo que se recibe
- Es una actividad que, normalmente, no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparada.
- Cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de las tareas habituales que implica la prestación de ayuda a una persona mayor dependiente son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado.

Tareas frecuentes de los cuidadores

- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).
- Cuidar a un familiar o a cualquier otra persona, que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Cuidar a otra persona puede hacer que en las numerosas tareas que ello implica descubramos en nosotros mismos cualidades, aptitudes o talentos que, probablemente, de otra forma hubieran pasado desapercibidas. Asimismo, cuidar a otra persona puede hacer que establezcamos una relación más próxima con ella que cuidamos o con otros familiares y que descubramos en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, acaban descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos.

También puede ser una de las experiencias más solitarias e ingratas. En muchos casos, el cuidado es, al mismo tiempo, solitario, ingrato, conmovedor y satisfactorio. Lo que es seguro es que cuidar a un familiar es una de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad.

La diversidad de las situaciones de cuidado

Los cuidadores de personas mayores dependientes se diferencian unos de otros en función de múltiples características que hacen que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás. Algunos aspectos en los que difieren los cuidadores y, por tanto, sus experiencias de cuidado, son los siguientes:

- Parentesco con la persona mayor a la que se cuida
- Motivos por los que se cuida a la persona mayor
- Relación anterior del cuidador con la persona cuidada
- Otras fuentes de diferencias

- **Parentesco con la persona a la que se cuida**

La experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada, como puede verse a continuación:

a) El esposo o la esposa como cuidador

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal

suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son:

Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación.

El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que dar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca que anteriormente. Una buena comunicación y actitud por parte de los dos puede ayudar mucho a rebajar estas tensiones (puede consultarse la página referida a mejorar la comunicación).

Es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona dependiente también suele resultar más fácil aceptar su ayuda que la de otras personas.

Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras.
En bastantes ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e, incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros (consultar los apartados Pidiendo ayuda y Poniendo límites al cuidado)

b) Las hijas y los hijos como cuidadores

Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que favorece la disposición del cuidado. En la mayoría de las ocasiones, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando venían haciéndolo hasta fechas recientes. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y, viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituído por un papel de cuidador. Además de esto, a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica además algo imprevisto que puede impedirles realizar algunas de las actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.

Las hijas solteras, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

Normalmente, a medida que comienza a verse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar mayor, va perfilándose un cuidador principal que normalmente suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que haya sido elegido por acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

Cuando se asume el cuidado del familiar, muchas veces se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados.

Gran parte de los cuidadores hijos no trabajan ni pueden pensar en buscar un trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador.

Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos) así como a sus propias necesidades. Decidir dónde y cuándo y cómo invertir los esfuerzos y energías es difícil, sobretodo cuando las demandas de ayuda de l as personas que cuidan (hijos, padres, cónyuges) es elevada.

En ocasiones no existe el afecto que normalmente une a padres e hijos, bien porque no ha existido una buena relación previa padres-hijos, o, simplemente, porque tal relación no ha existido, como es el caso de los hijos criados con otros familiares. Un caso especial es el de las nueras cuidadoras. En este caso, aunque la relación ha existido, no ha sido tan prolongada como en el caso de los hijos. En todos estos casos, un tiempo breve de contacto previo entre el cuidador o cuidadora y la persona cuidada puede ser un factor que lleve al cuidador a experimentar consecuencias más negativas. Afortunadamente, no necesariamente siempre es así, pudiendo ser las hijas e hijos que han pasado poco tiempo con sus padres y las propias nueras tan buenas cuidadoras como los hijos con una relación más habitual.

- **Motivos por los que se cuida a una persona mayor**

La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser

respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

Por **motivación altruista**, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.

Por **reciprocidad**, ya que antes la persona ahora cuidada les cuidó a ellos.

Por la **gratitud y estima** que les muestra la persona cuidada.

Por **sentimientos de culpa** del pasado: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado: "En el pasado no me porté lo suficientemente bien con mi madre. Ahora debo hacer todo lo posible por ella".

Para **evitar la censura** de la familia, amigos, conocidos, etc. en el caso de que no se cuidara al familiar en casa.

Para obtener la **aprobación social** de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

Todas las anteriores son razones para cuidar a un familiar. Parece lógico suponer que el mayor "peso" de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador.

- **Relación anterior entre el cuidador y la persona cuidada**

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. El parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un importante factor que influye en gran medida en la experiencia de cuidado.

Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y mantenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista en sus cuidados a su familiar. Es frecuente encontrar en este grupo a los familiares más cercanos de la persona cuidada Estas personas cuidan a sus familiares porque "sienten" sus necesidades, anhelos e intereses y quieren ayudarles a aumentar su bienestar y sentirse mejor.

Los cuidadores que han mantenido con la persona cuidada una mala relación antes de que ésta necesitara de sus cuidados, o aquellos cuya relación ha sido menos cercana y de menor familiaridad con ella, muestran con menos frecuencia motivaciones de tipo altruísta, siendo las motivaciones predominantes el sentido de obligación familiar, la evitación de la censura y la aprobación social.

- **Otras fuentes de diferencias**

La situación de cuidado varía con el tiempo

Hay que tener en cuenta que la experiencia de cuidar no es siempre igual, sino que varía con el tiempo, influida por características tanto de la persona cuidada (por ejemplo, en las demencias, las personas que las padecen sufren cambios que afectan a la situación de cuidado de diferentes maneras) como de la persona que cuida (cambios laborales, vitales, etc).

La experiencia de cuidado varía en función de la causa y el grado de dependencia que presente el familiar mayor

La cantidad y el tipo de ayuda variará también dependiendo del grado de dependencia que presente la persona mayor, ya que, como es evidente, no supone lo mismo dedicar un poco de tiempo de cada día a acompañar al mayor a realizar recados porque no puede caminar bien, que estar todo el día proporcionándole cuidados casi constantes ya que necesita ayuda en todo.

Cuanto mayor sea el grado de dependencia de la persona mayor, mayor será también la cantidad de tiempo y de esfuerzo que tendrá que dedicar el cuidador a la tarea de cuidar a su familiar.

Por otro lado, las experiencias de cuidado varían también en función del tipo de causa que haya determinado la dependencia de la persona mayor. La experiencia de cuidado de una persona que cuida a su madre porque tiene problemas de movilidad debidos a un accidente cerebro-vascular (ACV) o a una trombosis es muy diferente a la de otra que cuida a su padre enfermo de Alzheimer.

PREPARÁNDOSE PARA CUIDAR

No es fácil para ninguna persona enfrentarse al hecho de que alguien cercano depende de ella para continuar adaptándose a su vida cotidiana. Incluso las personas que mejor afrontan la situación del cuidado de una persona mayor dependiente tienen que hacerse a la idea de que una persona querida necesita de su cuidado y supervisión casi constante para sobrevivir y que deben dedicar gran cantidad de tiempo y esfuerzo a esta nueva actividad.

En esta página se puede encontrar información sobre el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente, las fases por las que suelen pasan los cuidadores para adaptarse a la nueva situación y algunas orientaciones a tener en cuenta al comienzo del cuidado.

¿Cuándo se convierte uno/a en cuidador/a?

En la inmensa mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto es así porque la mayor parte de las causas de dependencia de las personas mayores son trastornos o enfermedades que implican un deterioro progresivo, asociado a un también progresivo aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, esto es, de la dependencia.

El proceso de adquisición del papel o rol de cuidador, que será más o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores.

Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a

recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria.

Algunas de las diversas formas en que puede comenzar el cuidado:

- Tras una enfermedad aguda y una hospitalización que requiere un período de convalecencia.
- Tras un período de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico normal que, poco a poco, exige más ayuda
- A causa de una enfermedad degenerativa de la que ya existían algunas evidencias.

Una de las situaciones más comunes y difíciles comienza cuando la persona o personas mayores, que viven en su propio domicilio con niveles relativamente altos de independencia y autonomía funcional, se preocupan, al igual que sus familiares, por el hecho de vivir solos en sus condiciones de edad y fragilidad, así como por algunos sucesos puntuales (por ejemplo, una caída). Así, se plantea en el ámbito familiar si es conveniente que sigan viviendo solos o se trasladen cerca de los hijos o a la propia casa de éstos.

Las anteriores son situaciones comunes para las que las personas que asumen el cuidado generalmente no han previsto todas las implicaciones que a medio y a largo plazo van a tener.

Presumiblemente, se trata en todas ellas de un momento ideal para la intervención de profesionales que pueden analizar la situación con los familiares, sugerir alternativas y ayudarles a tomar decisiones y, en su caso, a planificar el cuidado de la persona mayor.

El profesional debería hacer ver a la familia las ventajas e inconvenientes de cada solución, así como facilitarle información sobre los servicios y recursos que pueden utilizar.

Las mejores soluciones respecto al cuidado son siempre las que guardan el equilibrio entre el mantenimiento de la independencia funcional de las personas mayores y su seguridad.

Durante el extenso tiempo que se prolonga una situación de cuidado, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Estos cambios transforman los roles y responsabilidades que hasta ese momento habían tenido los miembros del núcleo familiar afectado. El proceso de "ajuste" a la nueva situación suele llevar asociadas tensiones y dificultades que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento tanto por parte de los cuidadores como de la persona mayor dependiente.

En la sección Consecuencias del cuidado se puede encontrar información acerca de las consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.

En la sección Cuidarse mejor se ofrece información acerca de variadas estrategias que pueden ayudar a los cuidadores a afrontar de manera más adecuada la situación de cuidado.

Las fases de adaptación a la situación de cuidado

A pesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro, se pueden distinguir una serie de fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos.

Fase 1: negación o falta de conciencia del problema

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está "simplemente distraído" o que se trata de una "enfermedad temporal".

Fase 2: búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean.

En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno o trastornos que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. Buscar información es, pues, una estrategia básica de afrontamiento.

¿Qué información suelen buscar los cuidadores?

¿En qué consiste la enfermedad que sufre el cuidador de adultos mayores? ¿Cuáles son sus causas?

¿Cómo suele evolucionar dicha enfermedad?¿Qué cambios son esperables en el funcionamiento o comportamiento del cuidador.?

¿Qué es lo que pueden hacer ellos para ayudar a su familiar? ¿Cómo deben cuidarle o qué tipo de ayuda deben proporcionarle?

¿Qué recursos pueden utilizar y en qué servicios pueden encontrar algún tipo de ayuda o asesoramiento?, ¿Cómo pueden acceder a dichos recursos y servicios?

¿Cómo pueden solucionar determinados problemas de comportamiento de su familiar dependiente?, ¿Cómo deben afrontar dichas conductas problemáticas?

¿Cómo pueden solucionar determinadas situaciones problemáticas (familiares, laborales, económicas)?

Estas y otras preguntas pueden ser respondidas por los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) y por aquellos pertenecientes al ámbito de los servicios sociales, instituciones y asociaciones de ayuda para el cuidado de las personas mayores (p.ej. Asociaciones de Voluntariado

En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, o, en su versión más intensa, la ira, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida, desgraciadamente, algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas mayores.

A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración. Estos sentimientos son, en estos casos, especialmente difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cuál es el objeto de su malestar: ¿su familiar mayor necesitado de ayuda, el profesional de la salud hacia el que se vuelve en busca de ayuda, los demás familiares que permanecen algo más alejados o menos implicados en la situación? Las consecuencias más frecuentes de esta "cólera sin objeto" son los sentimientos de culpa.

Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Es aconsejable que la persona que cuida "tome conciencia" de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

En la sección Aprender a sentirse mejor se puede encontrar más información acerca de sentimientos negativos en los cuidadores, tales como la ira o la culpa, así como orientaciones útiles para aprender a controlarlos.

Fase 3: reorganización

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. Una relación esencial para la persona- una esposa, un padre o una madre- "se ha perdido". La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida.

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

Fase 4: resolución

Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento de que como cuidador/a será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos

los cuidadores. En este estadio del cuidado, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena.

En este punto, los cuidadores…

- Aprenden a cuidar mejor de sí mismos
- Están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares
- Suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales
- Pueden buscar y encuentran otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad y la enfermedad del familiar continúa su progresión, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más sereno que en los primeros momentos de la enfermedad. Éste puede ser un buen momento para reflexionar a fondo acerca de recuerdos de la relación que mantuvo en el pasado con su familiar enfermo y comenzar a reconstruir una imagen de cómo era éste antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida. Suele ser también en esta fase cuando algunos cuidadores se enfrentan a una de las decisiones más difíciles en el cuidado de una persona mayor: el traslado a una residencia.

Planificación del cuidado

En los primeros momentos de su vida como cuidadores, pocas personas están realmente preparadas para afrontar las responsabilidades y dificultades asociadas a la situación de cuidar a una persona mayor dependiente. Por esta razón, es recomendable que, si las circunstancias lo permiten, las personas que van a cuidar a un familiar mayor elaboren un plan de acción que les ayuden a tener claras las metas del cuidado y la forma en que van a llegar hasta ellas.

Hay muchos aspectos que los cuidadores deberían tener en cuenta en la planificación del cuidado con vistas a evitar posibles consecuencias negativas (conflictos o situaciones difíciles) en el futuro próximo. A continuación, se describen algunos de estos aspectos:

División de responsabilidades:
La pareja y los hijos del cuidador
Las relaciones sociales
Las necesidades personales: evitar "la pérdida de sí mismo"
El lugar donde se cuida
La situación laboral
La economía
La relación con los profesionales

División de responsabilidades

El cuidado de una persona mayor implica múltiples y variadas tareas y responsabilidades, así como grandes dosis de tiempo y esfuerzo, características que hacen imposible que dicha situación pueda ser asumida sin problemas por una sola persona. En las ocasiones en que todas las responsabilidades del cuidado recaen sobre la misma persona es muy

frecuente encontrar múltiples consecuencias negativas en la vida de la persona que cuida debido a la "sobrecarga" que supone para ella hacer frente sóla tanto a las demandas del cuidado de la persona mayor como a las asociadas a su propia vida familiar. Para evitar estas situaciones, es recomendable que, desde un principio, se clarifique quién va a participar en el cuidado de la persona mayor y cómo se van a distribuir las funciones y responsabilidades del cuidado.

Una fórmula ideal para conseguir una adecuada clarificación de estos aspectos y llegar a una acuerdo sobre cómo distribuir la responsabilidad de cuidar al familiar de la mejor forma posible, es la organización de **reuniones familiares**.

Las reuniones familiares son un contexto adecuado para hablar abiertamente sobre las necesidades derivadas del cuidado y acordar qué puede hacer cada miembro de la familia para contribuir a esta tarea constituyen una forma eficaz de elaborar, mediante la colaboración de toda la familia, un plan de ayuda en el que se vea con claridad qué personas van a participar en el cuidado, qué tareas va a realizar cada uno etc.

Dejar claro hasta qué punto se va a comprometer cada miembro de la familia en el cuidado de la persona mayor, favorecerá que se eviten o, al menos disminuyan en número, posibles conflictos y resentimientos futuros; entre los familiares referentes al grado de colaboración de cada uno. En la sección pedir ayuda, se ofrece información de utilidad acerca de cómo pueden pedir ayuda los cuidadores a los demás familiares, y a los servicios y asociaciones de ayuda para el cuidado de las personas mayores.

Algunas cuestiones a tratar en las reuniones familiares

¿Qué personas están dispuestas a participar en el cuidado?

¿Hasta qué grado de compromiso puede llegar cada familiar, teniendo en cuenta sus circunstancias?¿Qué limitaciones tiene cada miembro de la familia para la prestación de la ayuda?

¿Quién se va a ocupar de qué? ¿Qué tareas serán llevadas a cabo por quién? ¿En qué días?

La pareja y los hijos del cuidador

Participar en el cuidado de una persona mayor supone cambios en la vida cotidiana, fundamentalmente debido a que gran parte del tiempo y del esfuerzo que la persona podía dedicar antes a su vida y relaciones familiares personales se dirige ahora hacia el familiar al que se proporciona la ayuda. Es recomendable que los cuidadores prevean estos cambios y hablen de ellos con las personas sobre las que, de alguna manera, van a repercutir. Algunas cuestiones a abordar serían las siguientes:

Con la pareja:

Anticipar cómo puede afectar la situación de cuidado a la relación de pareja y hablar de ello con ésta.

Hablar con la pareja acerca de cómo se siente cada uno en relación a los cambios que van surgiendo en sus vidas en relación con la situación de cuidado.

Reservar tiempo para realizar actividades con la pareja.

Hacer partícipe a la pareja de toda decisión relacionada con el cuidado que pueda afectarle.

Con los hijos:

Explicarles la situación con tranquilidad y sinceridad.

Preguntarles si están dispuestos a colaborar en el cuidado.

Preguntarles cómo se sienten en relación a los cambios que van surgiendo en la vida familiar en relación con la situación del cuidado del familiar mayor.

Si la ayuda a la persona mayor se proporciona en casa y si los hijos están dispuestos a colaborar, es recomendable hacer un reparto de las responsabilidades y tareas caseras.

Hacerles partícipes de toda decisión relacionada con el cuidado que pueda afectarles.

Las relaciones sociales

Las demandas del cuidado pueden hacer que los cuidadores vean reducido considerablemente su tiempo de ocio. Como consecuencia, es posible que las relaciones significativas con familiares y amigos disminuyan tanto en cantidad como en calidad, y que la persona vaya aislándose progresivamente.

Teniendo en cuenta que mantener relaciones sociales positivas contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas al proporcionarles experiencias agradables y potenciar su bienestar y estabilidad emociona.

Es aconsejable que los cuidadores *sean conscientes* de que es fundamental mantener las relaciones sociales que les hacen sentir bien *se esfuercen* por mantener, a lo largo del período en el que se prolongue el cuidado, los contactos sociales significativos con familiares y amigos con los que puedan reír y pasar buenos ratos o llorar y desahogarse de sus tensiones

Es importante recordar que no todas las relaciones sociales que pueden tener las personas son igualmente significativas e importantes.

Las relaciones sociales que pueden ayudar a los cuidadores son aquellas que les aportan experiencias positivas de algún tipo y contribuyen a su bienestar emocional. Éste es el tipo de relaciones que los cuidadores deben esforzarse por mantener a lo largo del período que se prolongue el cuidado, dándoles prioridad respecto a otros contactos sociales menos provechosos o significativos.

Las relaciones sociales significativas son aquellas que:

Proporcionan a la persona experiencias positivas tales como: diversión y entretenimiento, intimidad, empatía y comprensión, apoyo emocional y desahogo de tensiones.

Ayudan a aliviar "la carga" de los cuidadores y potencian sus fuerzas y energías para continuar con el cuidado del familiar mayor.

Favorecen el bienestar emocional y aumentan la autoestima de la persona.

En el caso de que ya se haya producido la pérdida de los contactos sociales como consecuencia de las demandas de la situación de cuidado, sería recomendable que la persona que cuida buscase crear nuevos vínculos, nuevas relaciones positivas o amistades con las que poder compartir experiencias positivas que potencien su bienestar y aligeren su carga.

Las necesidades personales: evitar "la pérdida de sí mismo"

Es frecuente que los cuidadores, si no ponen los medios necesarios para impedirlo, "se olviden de sí mismos". El estar centrados durante un largo tiempo en las necesidades de la persona a la que cuidan puede hacer que se olviden de sus propios intereses y necesidades. Pero ellas también son importantes (ver la sección "Darse cuenta": pararse a pensar).

Consejos prácticos para atenderse mejor a sí mismos:

Mantener una lista de metas o acciones que les gustaría realizar en caso de tener algún tiempo libre. Así, cuando ese tiempo libre se dé, la persona que cuida tendrá objetivos y actividades con los que pasar buenos ratos, como: continuar realizando actividades de formación, deportivas, de ocio, etc. que contribuyan a satisfacer sus necesidades y les hagan sentirse bien.

Comprometerse a dedicar un tiempo al día, a la semana y al mes a hacer esas actividades.

La sección Cuidarse mejor está dedicada a la explicación de pautas de acción que pueden adoptar los cuidadores para atender mejor sus necesidades personales y mejorar el cuidado de sí mismos.

En la sección "Darse cuenta": la necesidad de cuidarse se ofrecen algunas pautas para la reflexión que pueden ayudar a los cuidadores a darse cuenta de la necesidad de cuidarse también a sí mismos.

El lugar donde se cuida

De cara a la planificación del cuidado, es importante tener en cuenta que el lugar en el que se vaya a cuidar de la persona mayor debe reunir unos requisitos mínimos de espacio y que, probablemente, requiera de modificaciones en algunos de sus elementos para adaptarlo a las necesidades de la persona mayor.

Preguntas útiles en relación al lugar del cuidado

¿Está la Unidad Geriatrica preparada para ser el escenario de los cuidados? ¿hay espacio suficiente?, ¿una habitación para el cuidador de adultos mayores?)

¿Se ha previsto la reducción del espacio físico que supondrá el cuidado de adultos mayores?

¿Esta informado de las modificaciones del entorno que pueden facilitar la vida a su familiar dependiente (p.ej., asideros, barandillas, etc.)?

La situación laboral

Es importante considerar la compatibilidad del cuidado con el trabajo, analizar hasta qué punto la situación laboral puede mantenerse igual que antes o si, por el contrario, amerita mejoras en el desempeño de sus funciones.

Preguntas útiles en relación a la situación laboral

¿Son compatibles el mantenimiento de su trabajo en las mismas condiciones y la ayuda a su paciente dependiente?

¿La situación laboral del cuidador es lo suficientemente flexible como para permitirle adaptar su horario en función de las demandas de la situación de cuidado?

La economía

El cuidado de una persona mayor dependiente supone una serie de gastos adicionales que no todas las personas pueden afrontar. En el caso de que se trate de una enfermedad progresiva, los gastos relacionados con el cuidado irán en aumento conforme la enfermedad vaya progresando. Algunas preguntas que los cuidadores pueden hacerse de cara a planificar el aspecto económico del cuidado, son:

Preguntas útiles en relación a la economía

¿Dispone el cuidador de recursos económicos para hacer frente a los gastos en medicamentos, modificaciones del ambiente y demás aspectos relacionados con el cuidado?

La persona a la que se proporcionan los cuidados, ¿tiene recursos económicos que puedan contribuir a los gastos del cuidado?

.

Los cuidadores pueden:

Averiguar todo lo que puedan acerca de la enfermedad que padece el familiar.

Conocer cómo evolucionará la enfermedad.

Preguntar qué pruebas se deberían hacer para conocer más acerca del problema

Preguntar acerca de los recursos que pueden utilizar y servicios de cuya ayuda se pueden beneficiar.

Preguntar qué gastos relacionados con el cuidado tienen cobertura social.

CUIDAR DE LA PROPIA SALUD

Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día. Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar.

Cuidar de la propia salud significa...

- Dormir lo suficiente
- Hacer ejercicio con regularidad
- Evitar el aislamiento
- Salir de casa
- Mantener aficiones e intereses
- Descansar
- Organizar el tiempo

Dormir lo suficiente

Dormir es una de las necesidades vitales. Sin un sueño reparador, las personas pueden tener multitud de problemas: falta de atención, propensión a los accidentes, irritabilidad, quedarse dormido en situaciones peligrosas, etc. La falta de sueño es un problema frecuente entre los cuidadores, porque muchas veces cuidar a un familiar significa atender también por la noche. Todo ello puede ocasionar un aumento de la tensión emocional y una mayor fatiga del cuidador.

Existen distintas razones por las que los cuidadores pueden no dormir lo suficiente. En cada caso, la sugerencia será diferente:

Posibles razones Orientaciones

El cuidador necesita ser atendido por la noche, en caso que vivan otras personas en casa, se pueden hacer turnos para aliviar el trabajo que supone esta atención continua.

El cuidador tiene demasiadas tareas que hacer durante el día y, por ello, no dispone de tiempo para dormir lo suficiente. Planificar el tiempo, realizar sólo aquello que es estrictamente necesario, dedicando algunos momentos del día a descansar. Esto permitirá que el cuidador se sienta mejor y, además, le ayudará a rendir más.

Descansar durante los momentos del día en los que la persona que recibe los cuidados descansa (por ejemplo, la hora de la siesta).

Deambulación nocturna del familiar. Puede ser muy útil seguir las pautas que se dan en la página dedicada a este problema (enfrentándose a la Deambulación

Hacer ejercicio con regularidad

El ejercicio físico es una forma útil para combatir la depresión y la tensión emocional. Es una forma saludable de eliminar las tensiones que se van acumulando a lo largo del día (**beneficios psicológicos del ejercicio**). Muchos cuidadores, pueden pensar que encontrar tiempo para hacer ejercicio es en sí mismo un problema. Por este motivo, se incluyen ejemplos sencillos de cómo plantearse la realización de ejercicio físico sin que éste suponga una fuente adicional de agobio o de pérdida de tiempo.

Hacer ejercicio no supone necesariamente ir a un gimnasio o practicar un deporte en una pista deportiva, etc. Existen formas más habituales de hacer ejercicio físico que son más accesibles a los cuidadores. Caminar es una de las formas más sencillas de hacer ejercicio y, por ello, se pueden aprovechar las salidas necesarias a la calle (para comprar, hacer gestiones, "papeleos", etc.) para caminar un rato, incluso dando un rodeo para caminar durante más tiempo. Igualmente, si las condiciones físicas de la persona a la que se cuida lo permiten, pueden pasear juntos, aunque sea durante un breve espacio de tiempo, o bien puede hacerse una sencilla tabla de gimnasia en casa. La bicicleta estática también es una buena opción para hacer ejercicio cuando salir de casa resulta difícil.

Evitar el aislamiento

Muchos cuidadores, como consecuencia de un exceso de trabajo, se distancian de sus amigos y familiares cuando la persona a la que cuidan requiere una dedicación intensa. Esto puede llevar a una situación de aislamiento que aumenta en el cuidador la sensación de "sobrecarga" y estrés y que le pueden ocasionar problemas físicos y psicológicos. Para evitar que esto ocurra, una buena solución es que el cuidador disponga de algún tiempo libre para hacer actividades que le gustan, mantener alguna afición, estar con otras personas (**relaciones sociales**), etc.

Si el cuidador tiene dificultades de tiempo y es necesario que otras personas le sustituyan durante algún tiempo para quedarse cuidando de su familiar, **pedir ayuda** puede dar muy buenos resultados. En cualquier caso, es importante mantener las amistades y dedicar un tiempo a estar con ellas.

Salir de casa

Dedicar algún tiempo a estar fuera de casa es también un hábito saludable aconsejable para los cuidadores. Ante una recomendación como esta, los cuidadores suelen plantear la siguiente cuestión: "Me parece muy bien, pero ¿con quién dejo a mi marido (padre, hermana, etc.)?". Evidentemente no es fácil, pero es importante buscar alternativas, ya que si no contamos con momentos para estar fuera de casa, visitar a alguien, pasear, estar con amigos, etc., podríamos llegar a tener la desagradable sensación de vivir "atrapados". Para que esto no ocurra, se puede buscar qué familiares o amigos podrían quedarse algunos momentos del día con la persona cuidada. También, dentro de la familia, ocasionalmente algunas personas le pueden facilitar que descanse durante un fin de semana algunas vedes al año. También se puede recurrir al centro de servicios sociales del barrio en que se viva, al ayuntamiento y/o a asociaciones de voluntarios, solicitar los servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales, etc. (Recursos y servicios existentes)

Mantener aficiones e intereses

Muy frecuentemente, las personas que cuidan familiares mayores tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de éstos y a emplear la mayor parte de su tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades. Sin embargo, aunque resulte difícil, lo ideal es mantener un equilibrio entre las propias necesidades e intereses personales y las obligaciones que implica cuidar a un familiar. Por eso, en el caso de que se hayan ido abandonando aficiones, actividades, contacto con amistades, etc., es conveniente que poco a poco se vayan incorporando otra vez a nuestra vida. Así, el cuidador puede empezar por hacer una lista de las actividades que le gustaría hacer y, a partir de ahí, elegir aquellas que resulten más viables y comenzar haciendo éstas. Gradualmente se podrán ir seleccionando otras actividades para incorporarlas y, de esta forma,

conseguir que el disfrute personal sea una parte natural de la vida diaria del cuidador.

Descansar

Las personas que están cuidando a un familiar se ven sometidas a lo largo del día a un esfuerzo continuo. Por ello, es importante que introduzcan en su vida diaria momentos de descanso sin que sea necesario para ello salir de su casa ó dejar solo a su familiar. Existen formas sencillas de distraerse y "tomar un respiro" para relajarse que se pueden llevar a cabo con facilidad. Por ejemplo, respirar profundamente durante unos instantes, mirar durante un tiempo a lo lejos por la ventana, pensar durante unos momentos en algo agradable, hacer una breve interrupción en el quehacer cotidiano para descansar, darse una pequeña satisfacción como tomar un refresco, etc. También puede ser muy útil practicar alguna técnica de relajación. La relajación es un buen método para, dedicando una mínima cantidad de tiempo al día, conseguir grandes beneficios físicos y psicológicos. Para conocer algunas técnicas de relajación muy sencillas, pinche en: técnica de relajación

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

De acuerdo con Arias (1999), la definición de términos básicos “Consiste en dar significado preciso y según el contexto a los conceptos principales, expresiones y variables involucradas en el problema formulado” Los términos básicos relacionados con la presente investigación son:

CUIDADOR: Persona que se encarga de cuidar a otra, una cosa o un lugar, especialmente, preparador o entrenador.

ADULTO MAYOR: Persona de 60 años y mas.

PATRON: Persona que emplea a obreros en su propiedad o negocio, especialmente para trabajos de tipo manual. Dueño de una casa de huéspedes, en relación con estos.

PATRONO: Individuo o persona jurídico bajo cuya dependencia y por cuya cuenta se ejecuta el trabajo o se presta el servicio que ha sido material del contrato celebrado con el trabajador.

FOMENTAR: Aumentar la intensidad o actividad de algo.

PROPUESTA: Proposición o idea que se manifiesta o expone a alguien con un fin determinado.

PROGRAMA: Programación ordenada de las distintas partes o detalles de un trabajo. Exposición general de las intenciones o proyecto de una persona.

ANSIEDAD: Angustia que acompaña a muchas enfermedades, especialmente a muchas neurosis.

FATIGA: Sensación de perdida de fuerza que se experimenta después de un trabajo físico o intelectual, prolongado e intenso.

BASES LEGALES

Por que una ley de salud mental

“La legislación en Salud Mental es un valioso instrumento que contribuye a superar las desigualdades en salud y atención psiquiatrita evitables e injustas, que padecen las personas con trastornos mentales”
Pedro Alcalá Afanador. (2003)

En el sistema publico nacional de salud, deben integrarse las políticas, planes, programas y proyectos de salud mental y atención psiquiatrita, por que en la realidad sanitaria actual, esto no es así, debido a la escasa integración de la atención psiquiatrita al sistema sanitario, lo cual se expresa en la negativa frecuente para atender a las personas con trastornos mentales en los establecimientos de salud públicos y privados cuando requieren de atención por presentar una afección somática.

Por su parte la comisión Ministerial interdisciplinaria e intersectorial, creada mediante decreto presidencial No 549 del 6 de febrero de 1995, cumplió su cometido y en julio de 1997 entrego al ministro de sanidad y asistencia social para la época, Dr., José Félix Oletta un anteproyecto de ley de protección y atención integral a las personas con trastornos mentales, el cual fue remitido a la procuraduría general de la republica para su debida consideración.

Los cambios acontecidos en el país, luego de las elecciones de 1998, han postergado la elaboración y discusión de un anteproyecto de ley al respecto, mas sin embargo, por haber participado en el anteproyecto de ley de 1997, creemos que el mismo contiene los elementos fundamentales que con los debidos ajustes, puede ser un anteproyecto de ley discutible y perfectible.

En relación a esto, como premisas legales apuntaremos:

El Artículo 43 de nuestra constitución, que reconoce “El derecho a la protección de la salud”, así como “La obligación de competencia de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud publica a través de prestaciones, medidas preventivas y servicios necesarios”

La ley general de sanidad (1986) equipara al enfermo mental con el reto de los usuarios en el acceso a los servicios sanitarios, e integra plenamente las actuaciones de Salud Mental en la sanidad general. Dicho Articulo, expone aspectos muy importantes como:

1.- “La atención de salud Mental se realizara en el Ámbito comunitario potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, la Atención a domicilio, para reducir al máximo la hospitalización”

2.- “La hospitalización psiquiatrita se realizara en las unidades psiquiatritas de hospitales generales, con la necesaria coordinación con los servicios sociales”. “Se deberá, así mismo, cubrir la atención psico-social que acompaña la perdida de salud en general”.

3.-“Los servicios de rehabilitación social se desarrollaran buscando una adecuada atención integral, en coordinación de los servicios sociales, necesaria para los problemas del enfermo mental”.

EL Art. 10, en que se regulan los derechos del ciudadano frente a la administración sanitaria, expone:

El respeto a la dignidad, intimidad, a la no discriminación por raza, sexo, ideología etc.

El derecho a la confidencialidad, a la información plena y a ser advertido de procedimientos terapéuticos que puedan ser utilizados en investigación que, en ningún caso, podrán comportar peligro para la salud. Será imprescindible “La autorización previa y por escrito del paciente”, es decir el consentimiento informado.

El ciudadano deberá obtener una información comprensible del tratamiento, el diagnostico, el pronostico y las alternativas del tratamiento.
Derecho “a negarse” al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6 de este mismo articulo, que contemplan la “ no intervención” como un riesgo para la salud publica, y la situación de urgencia: riesgo de muerte o posibilidad de lesiones irreversibles.

Art, 200, del código civil, en el que se especifican como requisitos:
Que exista un trastorno mental o físico con entidad suficiente.

Que este trastorno sea persistente o se prevea, razonablemente, que va a continuar en el tiempo.

Que como consecuencia de este trastorno, el enfermo no pueda atender a sus necesidades, es decir no tenga capacidad de obrar.

CAPITULO III
MARCO METODOLOGICO

El presente capitulo contiene los aspectos relacionados con la metodología en la cual se circunscribe la investigación.

TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación se desarrolla aplicando la modalidad de proyecto factible, apoyado en una investigación de campo de tipo descriptivo

EL PROYECTO FACTIBLE: Según Upel, (2006). Consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales.

EN LA INVESTIGACION DE CAMPO: Según Ramos (1984) Se presentan, describen, analizan e interpretan en forma ordenada los datos obtenidos en el estudio en función de las preguntas o hipótesis de la investigación, con el apoyo de cuadros y gráficos, de ser el caso, y se discuten sobre las bases de la fundamentacion teórica del trabajo o la tesis y los supuestos de la metodología.

Además del tipo de investigación de campo, se empleo la investigación bibliografica- documental que según Ramos (1984), tiene entre sus usos los siguientes: En la etapa preparatoria de toda investigación donde hay que investigar antecedentes del problema, el investigador debe apoyarse en

determinadas sumas de conocimiento teóricos” Esta se utilizo en el marco teórico con el fin de conformar el mismo.

Villafranca (1996) Señala que, “una investigación descriptiva, es cuando permite describir las características, los factores, los procedimientos, las conductas de hechos o fenómenos de una manera ordenada”

Tamayo y Tamayo (1996) señala que, “Una investigación descriptiva, comprende la descripción, registros, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos… trabaja en realidades de hechos y su característica fundamental es de presentarnos una interpretación correcta.

Por ultimo y no menos importante la técnica de” Observación

Para Tamayo y Tamayo (1995), La observación “…Es la mas común de las técnicas de investigación, apunta y motiva los problemas y conduce la necesidad de sistematización de los datos”.

Cabe destacar que las impresiones obtenidas mediante la observación influenciaran en el sentido que requiere conocer la situación, actividades, procedimientos y alteraciones de los mismos en el área de estudio.

POBLACION

Según Tamayo y Tamayo (op. Cit), La población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de la población poseen una característica común.

Selltiz citado por Hernández y otros (1995), nos indica que una población es “El conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones”

La población en estudio es el personal que labora en la Unidad Geriátrica y Gerontológica “Dr. Francisco Lazo Marti”, que se encuentra ubicada en San Juan de los Morros, estado Guarico, la cual abarco en su totalidad de setenta (70) trabajadores.

MUESTRA

Para Tamayo y Tamayo (1998), Cuando seleccionamos algunos elementos con la intención de averiguar algo sobre la población de la cual están tomados, nos referimos a ese grupo de elementos como la muestra.

Según Ander citado por Tamayo y Tamayo (1998), la muestra “Es el conjunto de operaciones que realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo”.

A pesar de que el universo en este proyecto factible de investigación de campo, de una u otra forma está vinculado con los cuidados a los adultos mayores, la muestra en estudio consta de trece (13) enfermeros que laboran en la unidad Geriátrica Dr.” Francisco Lazo Marti”, por ser estos los que proporcionan la atención directa a los mismos y llevan consigo la responsabilidad de velar por su seguridad y bienestar.

Aplicación de la Técnica de Recolección de Datos:

De acuerdo con Arias (1999), “Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información“.

Se empleo la técnica de la encuesta con la finalidad de interrogar a las personas que laboran en la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Marti”, Las cuales están vinculadas directamente con la problemática objeto de estudio.

Arias (2004), afirma que “La encuesta es una técnica que pretende obtener información que suministre un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismo, o en relación con un tema en particular”.

C.Alvarado y Pineda (1994), afirman que la encuesta “Consiste en obtener la información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos sobre opiniones, actitudes o sugerencias…”

En otro orden de ideas. Según el mismo autor “Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información”.

Para este estudio se utilizo como instrumento de recolección de datos el cuestionario. Dicho instrumento intenta indagar sobre el estado mental de las personas encuestadas, y consta de doce preguntas cerradas dicotómicas con valores subjetivos de si o no.

Las preguntas cerradas dicotómicas son: las que tratan de indagar sobre lo percepción de los cuidadores de la Unidad Geriátrica Francisco Lazo Martí. Sobre la salud mental y la relación con su quehacer laboral. Así

como las medidas de seguridad necesarias para el fomento de la salud mental en su ámbito de trabajo.

Validación del Instrumento:

Los autores Fernández, Fernández y Baptista (1998), expresan que “La validez, en términos generales, que se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”.

El instrumento fue sometido a revisión por expertos metodólogos.

Tabulación y Análisis

Para la tabulación de los resultados se utilizo el programa excel, y para el análisis de los mismos la frecuencia absoluta y relativa.

De acuerdo al estudio de campo realizado, mediante una encuesta aplicada a trabajadores asistenciales de la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Martí”, de San Juan de los Morros, Edo. Guárico, se presenta a continuación la graficación y análisis de los resultados obtenidos:

Cuadro Nº1

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Conoce usted el significado d y para el e Salud Mental?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, edo. Guárico.

Pregunta Nº1	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Conoce usted el significado de Salud Mental?	13	100%	0	0	100%
Total	13	100%	0	0	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Cuadro Nº2

Pregunta Nº6. Distribución por frecuencia a la pregunta ¿En caso de padecer de alguna enfermedad mental, conoce las instituciones encargadas de atender a los usuarios que en dado caso lo ameriten?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº6	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿En caso de padecer de alguna enfermedad mental, conoce las instituciones encargadas de atender a los usuarios que en dado caso lo ameriten?	13	100%	0	0	100%
Total	13	100%	0	0	100%

Análisis de Cuadros Nº1 y Nº2

La salud mental forma parte de la condición de vida y desenvolvimiento del individuo en todos los aspectos que le envuelven, por ello cuando se sondea a un grupo de personas en lo referente a salud mental y los organismos encargados de su diagnostico, evaluación y tratamiento, se encuentra que las frecuencias en la respuesta afirmativa coinciden, quedando demostrado que ambas interrogantes están estrechamente relacionadas, según los encuestados

Cuadro Nº3

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Conoce los riesgos de padecer de alguna enfermedad mental en el sitio de trabajo?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº2	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Conoce los riesgos de padecer de alguna enfermedad mental en el sitio de trabajo?	07	54%	06	46%	100%
Total	07	54%	06	46%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Cuadro Nº4

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Usted siente cansancio, agotamiento, fatiga en el sitio de trabajo?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

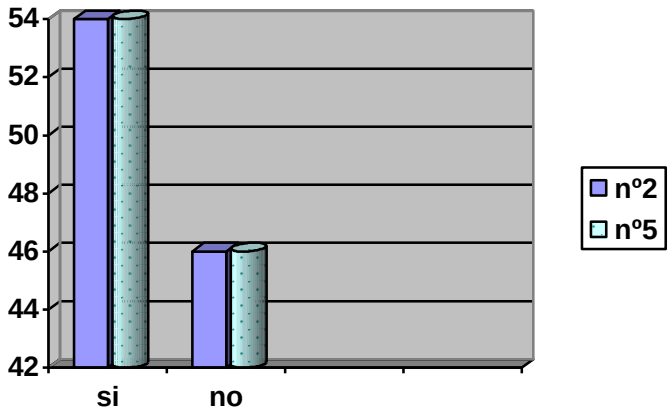
Pregunta Nº5	SI	Fx	NO	Fx
¿Usted siente cansancio, agotamiento, fatiga en el sitio de trabajo?	07	54%	06	46%
Total	07	54%	06	46%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Análisis de Cuadros Nº3 y Nº4

Si se compara la frecuencia en ambas preguntas, se puede observar que existe igualdad en las frecuencia afirmativa y negativa de las mismas; por tanto, la sintomatología que se genera en el trabajador asistencial durante su período laboral presenta una relación estrecha de los riesgos a padecer un desequilibrio en la salud mental de los mismos.

Gráfico de las preguntas Nº2 y Nº5



Análisis del Gráfico anterior

Se puede observar con mayor exactitud, la igualdad en porcentaje de respuesta a ambas interrogantes planteadas en la pregunta nº 2 y nº 5, que conlleva a inferir que los síntomas que expresan los trabajadores, según la pregunta aplicada, coincide con un signo de alarma ante la presencia de problemas de salud mental.

Cuadro Nº5

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Diariamente usted siente deseos de ir a trabajar?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº3	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Diariamente usted siente deseos de ir a trabajar?	08	62%	05	38%	100%
Total	08	62%	05	38%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Análisis del cuadro Nº5

Esta pregunta guarda relación con las preguntas nº2, nº5 y nº 10, puesto que sería una sintomatología presente en los trabajadores ante la rutina laboral diaria; más sin embargo no se puede dejar de omitir otros aspectos exógenos que también pueden estar afectando la salud mental de los mismos y disminuyendo en estos la motivación al trabajo.

Cuadro Nº6

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Conoce de algún incentivo recreacional efectivo, dirigido a los trabajadores por parte de la institución?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran de la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº4	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Conoce de algún incentivo recreacional efectivo, dirigido a los trabajadores por parte de la institución?	03	23%	10	77%	100%
Total	03	23%	10	77%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Cuadro Nº7

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Está de acuerdo que se fomente un programa para fortalecer la Salud Mental de los cuidadores de los adultos mayores de la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Martí”?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran de la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº12	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Está de acuerdo que se fomente un programa para fortalecer la Salud Mental de los cuidadores de los adultos mayores de la Unidad Geriátrica “Dr. Francisco Lazo Martí”?	12	92%	01	8%	100%
Total	12	92%	01	8%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Análisis de los Cuadros Nº 6 y Nº7

Ciertamente se puede observar que existe similitud en las interrogantes anteriormente señaladas, más sin embargo las respuestas afirmativas y negativas varían en ambas, puesto que en la pregunta nº 4 el cuidador de los adultos mayores no ha sido beneficiado con actividades recreativas que le permitan mantener su condición mental estable y/o saludable; por tanto en la pregunta nº 12, este expresa afirmativamente la necesidad que se implementen estrategias efectivas que contribuyan en su salud mental, todo ello por parte de la institución donde labora.

Cuadro Nº 8

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Implementa la institución medios de seguridad dirigido a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la U.G.F.L.M.??, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran de la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº7	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Implementa la institución medios de seguridad dirigida a los cuidadores de los adultos mayores que laboran en la U.G.F.L.M.?	6	46%	7	54%	100%
Total	6	46%	7	54%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Cuadro Nº 9

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Cree usted que es necesario implementar algún medio de seguridad que evite daños mentales a los cuidadores de A.M. de U.G.F.L.M.?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran de la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº 11	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Cree usted que es necesario implementar algún medio de seguridad que evite daños mentales a los cuidadores de A.M. de U.G.F.L.M.?	12	92%	01	8%	100%
Total	12	92%	01	8%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Análisis de los cuadros Nº 8 y Nº 9

Aún cuando la diferencia porcentual de las respuestas es notoria, existe igualdad y relación en la pregunta, puesto que en la institución debe existir un coeficiente de seguridad en diversos aspectos en pro del beneficio del cuidador, sin embargo en la pregunta Nº7 se puede inferir que las de medidas de seguridad adoptadas por la institución pueden ser afianzadas sólo hacia la parte física y no la mental del cuidador, dando como resultado un porcentaje alto en el punto negativo. En el mismo orden de ideas en el cuadro Nº 9 referente a la implementación de medidas de seguridad para evitar daños mentales, los cuidadores encuestados afirmaron la necesidad de acciones que impidan un daño en la salud mental de estos; por tanto el desarrollo de estrategias que favorezcan la condición de salud integral del

cuidador, en especial las de salud mental contribuirá a la optimización de sus servicios y rendimiento en sus actividades diarias.

Cuadro Nº 10

Distribución por frecuencias a la pregunta ¿Maneja información acerca de las leyes relacionadas con la Salud Mental?, aplicada a los cuidadores de los adultos mayores que laboran de la Unidad Geriátrica Dr. Francisco Lazo Martí de san Juan de los morros, Edo. Guárico.

Pregunta Nº 9	SI	Fx	NO	Fx	Total
¿Maneja información acerca de las leyes relacionadas con la Salud Mental?	04	31%	09	69%	100%
Total	04	31%	09	69%	100%

Encuesta elaborada y aplicada por autor. 2007

Análisis del cuadro Nº 10

En esta interrogante planteada, resulta interesante observar como un porcentaje reducido de cuidadores tiene conocimiento sobre las leyes que pueden brindar un beneficio óptimo a la salud mental de quienes brindan un servicio asistencial a terceras personas; de igual manera se hace notoria la desinformación presente en los prestadores de servicio asistencial en cuanto a las leyes mismas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Ciertamente la salud mental va íntimamente ligada a la salud física como lo expresa M.Alfonso, s/f. “La salud mental es un estado personal susceptible de variación por la influencia de factores biológicos, psíquicos y sociales, que mantienen la armonía interpersonal, que permite establecer buenas relaciones con los semejantes y enfrentar armoniosamente las exigencias de la vida, que favorece al individuo en la obra constructiva del medio ambiente físico y social donde se desenvuelve. Y por ultimo, que dota a la persona de energía sobrante para emplearla en actividades extralaborables”.

Si bien es cierto, que cada uno de los seres humanos tenemos en algún momento de nuestras vidas misiones que cumplir. El cuidador por supuesto no escapa de esa realidad. Pero debe cuidar su propia salud mental.

Se evidencio la falta de integración de parte del patrono con los trabajadores del inass. En especial como en este caso, con el personal de enfermería que labora en la Unidad Geriátrica Dr.” Francisco Lazo Marti” de San Juan De Los Morros.

La propuesta para el fomento de la salud mental de los cuidadores de la Unidad Geriátrica Dr. “Francisco Lazo Martí”. Permitió brindar conocimientos, herramientas de investigación, afianzar las relaciones intersectoriales (Trabajador-Institución).

Pretende mejorar la calidad de vida de los cuidadores que laboran en la Unidad Geriátrica Dr:”Francisco Lazo Marti”. En miras a solución de los problemas y necesidades sentidas.

RECOMENDACIONES

1.- Implementar medios o medidas de seguridad dirigida a los cuidadores.

2.- Clasificar a los adultos mayores que ingresan a la Unidad Geriátrica Dr. “Francisco Lazo Marti” de San Juan De Los Morros Estado Guarico. Con discapacidad psiquiatrita o senilidad.

3.- Que conste de instalaciones y equipos adecuados dependiendo de las patologías las cuales padezcan los adultos mayores.

4.- Informar al personal en relación a los centros encargados de la atención de personas afectadas mentalmente, como lo son; IVSS (seguro social), MINISTERIO DE SALUD, INASS. Entre otros.

5.- Mantener al personal actualizado mediante talleres, jornadas, cursos etc; sobre temas de salud mental.

6.- Incremento de personal de atención directa.

7.- Proporcionar los 10 Díaz de alto riesgo cada tres meses, los cuales se les otorga al personal que labora en arreas de riesgo en otras instituciones de salud.

8.- Incentivo económico.

9.- Incentivo recreacional efectivo dirigido a los cuidadores.

10.- Tener una visión futurista que sirva de incentivo a todas y cada una de las personas que laboran en instituciones de este tipo, que corran el riesgo

de padecer de alguna enfermedad mental, donde se fomente la equidad, igualdad social, la tolerancia y el amor al prójimo.

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcalá, P . (2004) Ensayo sobre Salud Mental.

UPEL. (1936-2006) Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales.

Coronel, M. (2006) Normas para Elaborar y Presentar Trabajos de Especialista Técnico. Resolución Nº 2006-07-635-09. UNERG.

Salud de los Trabajadores (Revista) Volumen 14, Nº1. Enero – Junio 2006.

Inspección Sanitaria (Revista) Año 7, Nº14. salud Mental. Un Problema de Todos.

Referencias WEB

Internet – Salud Mental.

INSTRUMENTO

1.- ¿Conoce usted el significado de salud mental?

2.- ¿Conoce los riesgos de padecer alguna enfermedad mental en el sitio de trabajo?

3.- ¿Diariamente usted siente deseos de ir a trabajar?

4.- ¿Conoce de algún incentivo recreacional efectivo dirigido a los trabajadores por parte de la institución?

5.- ¿Usted siente cansancio, agotamiento, fatiga en el sitio de trabajo?

6.- ¿En caso de padecer de alguna enfermedad mental, conoce las instituciones encargadas de atender a los usuarios que en dado caso lo ameriten?

7.- ¿Implementa la institución medios de seguridad dirigido a los cuidadores de los A.M. que laboran en la Unidad Geriátrica F.L.M.?

8.- ¿Está de acuerdo que realice una propuesta dirigida al fomento de la salud mental de los cuidadores de la U.G.F.L.M.?

9.- ¿Maneja información acerca de las leyes relacionadas con la salud mental?

10.- ¿Desea continuar laborando en este ambiente de trabajo?

11.- ¿Cree usted que es necesario implementar algún medio de seguridad que evite daños mentales a los cuidadores de A.M. de U.G.F.L.M.?

12.- ¿Está de acuerdo que se fomente un programa para fortalecer la salud mental de los cuidadores de los A.M. de la U.G.F.L.M.?