

Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol

Clara Inés Giraldo M.¹ • Gloria María Franco A.²
 • Luz Stella Correa B.³ • María Olanda Salazar H.⁴ • Adriana María Tamayo V.⁵

Resumen

Objetivo: caracterizar el perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional y describir cómo asumen su rol. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal; 39 cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional, con seis o más meses como cuidadores, sin retribución económica, que viven en Envigado. Muestreo por conveniencia. **Resultados:** 100% mujeres, edad promedio 53,9 años, 64,1% hijas de quien cuidan; 89,7% comparten vivienda con el anciano; 38,5% solteras y 38,5% casadas, 51,3% tienen hijos. Baja escolaridad: 28,1% primaria incompleta. Situación socioeconómica así: ingreso familiar promedio del 89,7% es menor de dos salarios mínimos legales mensuales. El 79,5% comparten el papel de cuidadora con otro; 64,1% sin actividad remunerada previamente. Con referencia al cuidado: 30,8% lleva entre 3 y 6 años, 12,9% más de 12 años;

76,9% dedica más de ocho horas día; 56,3% reciben apoyo fundamentalmente de familiares y, del sistema formal, el 7,7%. **Conclusiones:** en Colombia es incipiente el reconocimiento del cuidado familiar; hay similitud del perfil de cuidadores con otros países; la situación del perfil de las cuidadoras se acentúa por el escaso tiempo para enriquecimiento personal y poco apoyo sistemático; se percibe ausencia de políticas de salud para fortalecer el cuidado familiar y los cuidadores.

Palabras clave

Cuidador familiar, cuidado informal, envejecimiento, ancianos, dependencia funcional

Relatives as caregivers of the elderly: who they are and how they assume their role

Summary

Objective: to characterize the demographic profile of relatives who have the role of caregivers of functional dependant aged persons and to describe the way they assume their role. **Methods:** a descriptive cross-sectional study; 39 caregivers related to functional dependant aged people, living in Envigado and acting as caregivers for six or more months, receiving no economic retribution. Convenience sample. **Results:** 100% women, average age 53.9 years; 64.1%, daughters of the person being taken care of; 89.7% share household with the aged person; 38.5%, married and 38.5% single, 51.3% have children. Low level of education: 28.1% unfinished primary school. Socioeconomic situation: 89.7% of them with an average family income under two monthly minimum wages, 79.5% share the role of caregiver with somebody else; 64.1% have had no previous remunerated activity. With respect to care: 30.8% have

done it for 3 to 6 years; 12.9%, for over 12 years; 76.9% dedicate more than eight hours a day to it; 56.3% receive support mainly from the family; and from the formal system. 7.7% **Conclusions:** recognition of this type of care in Colombia is incipient; there is a similarity in the profile of studied caregivers with that of other countries; profile current state is accentuated both by the scarce time left for personal enrichment and by scant systematic support; an absence of health policies aimed to strengthening family care and caregivers is perceived.

Key words

Relatives as caregivers, informal care, old age, aging, functional dependence

1 Enfermera, especialista en pediatría, magíster en salud pública, profesora investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: jaiestra@epm.net.co

2 Enfermera, especialista en enfermería en rehabilitación, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: gmfranco@tone.udea.edu.co

3 Psicóloga, profesora de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: csvice @antares.udea.edu.co

4 Enfermera

5 Psicóloga, coordinadora de desarrollo integral de las escuelas deportivas de la Universidad de Antioquia, coordinadora del programa "Mientras volvamos a casa", del INDER, Medellín. Cibercorreo: adrtamayo@hotmail.com

Recibido: 26 de mayo de 2005 Aceptado: 26 de septiembre de 2005

Introducción

Las personas, en el proceso de desarrollo, requerimos alcanzar habilidades específicas para satisfacer las necesidades cotidianas, de tal manera que podamos vincularnos a los distintos roles sociales de acuerdo con la etapa del proceso vital humano en el cual nos encontremos. Sin embargo, diferentes situaciones de la vida, como la primera infancia, las enfermedades crónicas, los problemas de salud discapacitantes y, en algunas, el envejecimiento, impiden que la misma persona pueda proporcionarse el cuidado para satisfacer sus necesidades, ya sea en forma transitoria o permanente. En estas situaciones requiere del acompañamiento de otro que lo apoye o le realice las actividades que le permitan lograr su bienestar y máxima funcionalidad. Según sea el compromiso en la situación de salud de cada persona, o debido a aspectos culturales, sociales o económicos, entre otros, el cuidado podrá ser realizado en instituciones especializadas, en centros geriátricos o bien en el hogar. El cuidado en este último se ha denominado como informal o también como cuidado familiar.

Ahora bien, el cuidado familiar conforma casi en su totalidad el sistema informal de cuidados; frente a este sistema, Toronjo Gómez¹ expresa: “Este término incluye todas las personas que no pertenecen al sistema formal de servicios y que por una u otra razón atienden necesidades de cuidados de otras personas dependientes y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. También señala cómo el sistema informal no es normativo, pues está constituido por una experiencia del diario vivir, contiene una fuente de afecto y reciprocidad a largo plazo y está abierto a todos los conocimientos de las personas y de los contextos.

Según De la Cuesta,² “tradicionalmente la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros”; en este sentido, el cuidador familiar ha realizado una contribución importante al sistema formal de salud en el cuidado de las personas mayores con dependencia. También en la literatura científica se encuentran estudios que señalan la magnitud del cuidado familiar; así, “el 88% del tiempo empleado en el cuidado de la salud es ofrecido como asistencia informal, frente al 12% del tiempo que dedica el sistema formal [...]”, según datos presentados por Francisco del Rey Mazarrasa.³

Además, como lo menciona Domínguez-Alcón,⁴ las nuevas formas de atención sanitaria, como el cuidado domiciliario, la hospitalización a domicilio y la cirugía ambulatoria, que apuntan a disminuir la estancia hospitalaria y por ende los altos costos en la atención, hacen que el interés sea cada vez más creciente por mantener a las personas mayores en su domicilio; situación que ha logrado que cada día cobre mayor importancia el cuidado familiar.

Por otra parte, el cuidador familiar, según Rosenbaum⁵ “es aquella persona de la familia que asume primordialmente

la responsabilidad de proveer acciones de soporte, que asiste o ayuda a un miembro de la familia con necesidades evidentes o anticipadas, objetivando una mejora de la calidad de vida”; también el cuidado familiar, además de incorporar el apoyo o la realización de las actividades cotidianas, se acompaña del afecto, en tanto quienes lo ejecutan son familiares o allegados a la persona cuidada.

Es importante tener en cuenta que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento. Estas personas, que fundamentalmente son mujeres —como lo señala la literatura revisada⁶⁻⁸ y los resultados del presente estudio—, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella.

Como existen muchas definiciones sobre cuidado familiar, el presente estudio retoma la planteada por Soldo, Agree y Wolf; así, es la “asistencia proporcionada por la familia, los amigos o los vecinos a personas con necesidades de cuidado instrumental o personal, en actividades de la vida cotidiana. Se trata de una fuente de cuidados no pagados, para que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas discapacitadas u otros grupos, puedan seguir viviendo en su hogar, o en la comunidad y no ser institucionalizadas”.⁹ Anteriormente mencionamos que las personas en edad avanzada, por los cambios que sufren y por otras situaciones, hacen parte del grupo de quienes requieren del cuidado familiar.

Veamos qué ocurre en Colombia con este grupo poblacional. En los últimos años, como respuesta a los desarrollos del país, la pirámide poblacional ha tenido cambios significativos que muestran tendencias hacia el incremento de la población adulta mayor, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y al cambio en el estado y estructura de salud. En este sentido, como lo expresa Rueda Plata, “Colombia inicia el nuevo milenio con tres millones de personas mayores de sesenta años, dentro de 25 años serán más de ocho millones, y hacia el 2050 alcanzará los 15,5 millones”.¹⁰

Las cifras anteriores, tomadas por el autor de la referencia de las proyecciones del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, de Colombia), plantean cambios tan importantes como pasar de una población mayor de 60 años representada en el 6,9% del total poblacional en el año 2000, a una correspondiente al 21,6% del total de la población en el año 2050. Estas transformaciones muestran una sociedad en fase de envejecimiento, lo que obliga a considerar los cambios orgánicos, fisiológicos y psicosociales que sufren las personas en edad avanzada y que a la vez generan variaciones importantes en la estructura y estado de salud de la población.

Desde el punto de vista de enfermería, mucha parte de este grupo de personas puede requerir cuidados específicos o apoyo en su cuidado, cada vez por períodos más prolonga-

dos según el incremento en la esperanza de vida y por la prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes. En este sentido, se infiere que en Colombia, como en otros países, se incrementa cada día más el número de cuidadores familiares, específicamente de personas en edad avanzada; sin embargo, aún es poco lo que se conoce de ellos, en tanto apenas se tiene información de algunos estudios que ya comienzan a describir esta forma de cuidado que va insertándose en la red de cuidado a la salud en el país; estudios adelantados por el Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional,¹¹⁻¹⁵ otros, por profesoras de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia¹⁶ y otros, por otras entidades del país. En síntesis, no se tiene una caracterización de las personas que en Colombia son cuidadores familiares, específicamente de las personas de la tercera edad.

Ahora bien, según estudios adelantados en países anglosajones, se ha permitido caracterizar el cuidado familiar en los siguientes términos: es una forma de cuidado que fundamentalmente prestan las mujeres, considerada como una función natural inherente al sexo femenino, transmitida de madre a hijas, para crear así “una red de mujeres en torno al cuidado”. Una sola persona es la que asume gran parte de la responsabilidad y es reconocida como cuidadora principal; la cuidadora convive con la persona que cuida en el mismo hogar y ordinariamente es un trabajo invisible, en tanto en la práctica esos cuidados son ignorados por la sociedad y por el sistema de salud.¹⁷

Frente al cuidado familiar se ha llegado a expresiones como estas: “Cuidar implica costes familiares, sociales y de salud. La atención a personas dependientes en el hogar provoca, entre otros, sentimientos contradictorios, exclusión, restricción de libertad personal e impacto sobre la propia salud”.¹⁸

Estudios de Brasil, España y Estados Unidos¹⁹⁻²² sobre el cuidado familiar nos informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros. En cuanto al nivel educativo predominante de quien cuida, es el medio bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado, lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales.

Otros estudios²³⁻²⁵ han ahondado en cómo el rol de cuidador familiar afecta la vida de quien lo asume; en este sentido, se habla de las consecuencias psicosociales —sentimientos de soledad, sobrecarga emocional, depresión, ansiedad, aislamiento social— y físicas —como tensión arterial y problemas cardiovasculares, entre otros—, generalmente negativas para el cuidador. Estos efectos están directamente relacionados con el tipo y evolución de la enfermedad, el grado de discapacidad del anciano, el tiempo dedicado al cuidado y la ayuda con que cuenta el cuidador. Específicamente hablando de las consecuencias que trae

el rol de cuidador en quien asume este trabajo, se menciona el “concepto de *burden* o carga para referirse al impacto que tiene en el bienestar del cuidador la responsabilidad de proporcionar cuidados”.²⁶

Ahora bien, mediante el acercamiento a la problemática del cuidado familiar en Colombia, al conocimiento de la realidad social de este en los diferentes contextos sociales y culturales, describir a quienes desempeñan este rol permitirá a la enfermería identificar cada vez con mayor precisión elementos que son partícipes de la dinámica del cuidado y del mundo familiar y, con base en ellos, desarrollar propuestas de acompañamiento, apoyo y capacitación a los cuidadores familiares, en la perspectiva de contribuir con la calidad del cuidado y con la calidad de vida y bienestar de los cuidadores y de quienes reciben el cuidado.

Este artículo presenta resultados preliminares de una investigación en curso, “*Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos*”, proyecto financiado por el CODI (Comité para el Desarrollo de la Investigación, de la Universidad de Antioquia) y por el municipio de Envigado, Colombia. Para esta parte de la investigación se adelantó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal en 39 cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional, del municipio de Envigado, Colombia, quienes constituyeron la población de estudio mediante un muestreo de conveniencia (no aleatorio), orientado a caracterizar a los cuidadores en términos de su perfil sociodemográfico y en cuanto a cómo cuidaban y cómo era la dedicación al cuidado del adulto mayor en el hogar.

Los principales hallazgos muestran cómo todos los cuidadores eran mujeres, con una edad promedio de 53,9 años, con igual proporción de casadas y de solteras; cada grupo con un 38,5%. La mayoría (el 64,1%) eran hijas de la persona que cuidaban, y contaban con baja escolaridad, en tanto el 28,1% tenían primaria incompleta y otro porcentaje igual con secundaria incompleta. El 79,5 % compartían el rol de cuidadora con otra labor, pero solo el 7,7% realizaban una ocupación calificada paralela con el cuidado. El 66,7% llevaban como cuidadoras entre 6 meses y 6 años; con una dedicación al cuidado superior a 8 horas diarias para el 76,9% de ellas. El 56,3% de las cuidadoras recibían apoyo en esta actividad en que la familia fue la fuente principal de ayuda, y el sistema formal solo representó el 7,7% del apoyo.

Materiales y métodos

El estudio hace parte de la investigación “*Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos*”, investigación que incorpora dos componentes metodológicos: uno cualitativo y otro empírico analítico. En particular, este artículo se refiere a una parcela del componente cuantitativo y para ello adelantó un estudio descriptivo de corte transversal para describir el perfil de los cuidadores familiares y la manera como realizaban su rol de cuidadores, recurriendo a la determina-

ción de las variables de persona, tiempo y lugar requeridas, con la aplicación de las medidas estadísticas como distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, entre otras. Así, en el cuidador familiar se estudiaron las variables de edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, relación de parentesco con la persona cuidada, escolaridad, lugar de residencia, convivencia o no con la persona que cuidaba, trabajo que desempeñaba paralelo a su rol de cuidador, trabajo o actividad social previa a la de cuidador familiar, tiempo en meses como cuidador familiar, promedio de tiempo diario dedicado al rol de cuidador y apoyos formales e informales con los que contaba el cuidador, entre otras.

Población y muestra

Como en el sistema de salud o en otros sistemas oficiales de Envigado no encontramos información precisa sobre cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional, recurrimos a la Pastoral de Salud del Municipio, organización social que en su programa de asistencia y acompañamiento a los enfermos en casa disponía de la información mínima requerida para este estudio, entidad que nos ofreció su disposición para apoyar este trabajo.

Para seleccionar el grupo de los cuidadores familiares, realizamos un muestreo no probabilístico, específicamente un muestreo por conveniencia; en este sentido, determinamos seleccionar el 50% de las parroquias de Envigado que adelantaban el programa Pastoral de Salud. Para cada parroquia asignamos una cuota de participantes calculada de manera ponderada, teniendo como referente el programa que tuviese mayor número de participantes, y según el porcentaje que representó este número en la población de cuidadores, fue el porcentaje de participación de cada parroquia.

En la Pastoral de Salud participaban 15 parroquias; las 8 que seleccionamos representaron el 53,3% de ellas, las cuales tenían en su programa de salud 135 cuidadores (y ancianos) que cumplieron los criterios de inclusión, número que representó la población de estudio. La parroquia con mayor número de cuidadores familiares tenía 39, valor que representó el 29% de la población. Este porcentaje nos orientó a seleccionar de cada parroquia el 29% de manera aleatoria y así obtuvimos un total de 39 cuidadores familiares como muestra.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a cuidadores familiares de personas de 65 o más años, con algún grado de dependencia funcional, que llevasen asumiendo este rol por seis o más meses, que no recibiesen retribución económica por este cuidado, que estuviesen interesados en participar en el estudio y que las personas a quienes cuidasen en el momento del estudio vivieran en el Municipio de Envigado. Para la recolección de la información recurrimos a una encuesta con las diferentes

variables definidas en consonancia con los objetivos, la cual fue diligenciada directamente por las investigadoras.

Aspectos éticos

El estudio no ofreció riesgo para los participantes, en tanto no tenía procedimientos o técnicas que pudieran afectar a los individuos en sus aspectos orgánicos o psicológicos; la incorporación a él se hizo de manera voluntaria, y después de una explicación precisa a cada cuidador familiar sobre los alcances y objetivos de la investigación, nos dieron su autorización por escrito, es decir, mediante el consentimiento informado exigido por ley. Por otra parte, en todo el proceso del estudio dimos un manejo confidencial a la información para preservar la identidad de las personas e instituciones participantes. Asimismo, se dio la posibilidad del retiro voluntario en el momento en que cada participante lo quisiera hacer. Lo anterior, según la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia (1993).²⁷

Resultados

Para acercar al lector a la labor que adelantaban los cuidadores familiares, en otro componente de esta investigación se determinó el perfil de los adultos mayores a quienes cuidaban, en los siguientes términos: ellos se distribuyeron entre los 67 y los 98 años, con una edad promedio de 84,1 años, además, el 82,5% de ellos eran mujeres. En términos de su situación de salud, encontramos que los sistemas orgánicos más afectados eran el cardiovascular, el osteomuscular y el neurológico, por cuanto entre el 47,5% y el 27,5% de los ancianos los tenían comprometidos. Identificamos dos tendencias: por un lado, los hombres y por otro, las personas de edad más avanzada presentaron mayores grados de dependencia en las actividades básicas y en las instrumentales de la vida diaria, valoradas por el índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody. Las seis actividades básicas del diario vivir estaban afectadas; así, entre el 67,5% y el 55% de los ancianos requerían ayuda en ellas, y las ocho actividades instrumentales estuvieron altamente comprometidas, de modo que entre el 95% y el 75% de los ancianos eran totalmente dependientes en ellas.

Perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares

Edad, estado civil e hijos

Al recoger la información encontramos que todos los cuidadores de los adultos mayores eran mujeres; el estado civil de la mayoría era soltera o casada, en tanto presentaron igual proporción estas dos situaciones, cada una con 38,5%. El 51,3% de las cuidadoras tenían hijos, y de las que tenían hijos, el 75% tenía entre 1 y 4 hijos. Es preciso considerar cómo el 65% todavía tenía a su cargo el cuidado de algunos hijos.

Con relación a la edad, el rango estuvo entre los 32 y los 75 años; los grupos de edad más representativos fueron el de 41 a 50 años y el de 51 a 60 años, que congregaron el 28,2% y el 23,1% respectivamente. La edad promedio correspondió a 53,9 años, con una desviación estándar de 12,5307. Es de resaltar cómo todas las cuidadoras eran personas mayores de 31 años y el 15,4% tenían más de 70 años.

Situación socioeconómica

El 89,7% de las cuidadoras vivían en la misma vivienda con el anciano y el 7,7% solo lo hacía parcialmente. Cabe anotar que el 79,4% poseía vivienda propia.

La condición socioeconómica se estudió según el comportamiento de tres variables: el ingreso familiar promedio mensual, la estratificación socioeconómica según clasificación por los servicios públicos que realizaba la Secretaría de Planeación del Municipio de Envigado y la tenencia de vivienda. Al analizar esta información, encontramos que la gran mayoría de las cuidadoras tenían la siguiente situación socioeconómica: el 89,7% de ellas solo contaban con un ingreso familiar mensual igual o menor de 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) para 2003, lo que se acentuó al considerar que el 61,5% solamente disponía de 1 SMLMV. Además, la estratificación socioeconómica de todas las viviendas de las cuidadoras correspondió a los tres estratos más bajos; así, el 92,2% se clasificaron en los estratos tres y dos.

Parentesco de la cuidadora familiar con el anciano

La mayoría de las cuidadoras eran hijas de la persona que cuidaban, representada en el 64%. También fue considerable el parentesco de hermana, que correspondió al 13%. El 7,7% cuidaba a sus esposos y los parentescos de sobrina, nieta y nuera participaron cada uno con un 5,1%.

Escolaridad de la cuidadora familiar

En términos generales, se apreció una baja escolaridad de las cuidadoras familiares, en tanto el 28,1% de ellas informaron primaria incompleta, otro 28,1% registró secundaria incompleta y solo el 17,6% tenía secundaria completa. Llamó la atención cómo ninguna de ellas relacionó estudios de educación superior.

Ocupación de la cuidadora familiar

La mayoría de las cuidadoras familiares (79,5%) compartían su rol de cuidadora con otro oficio o labor y solo el 20,5% de ellas se dedicaban exclusivamente al cuidado del anciano. Al analizar las ocupaciones que compartían con el cuidado del adulto mayor, encontramos que solo el 7,7% realizaba una ocupación calificada (profesoras y asesoras comerciales) y la gran mayoría realizaba ocupaciones de ninguna o baja remuneración; así, el 53,7% se dedicaba a las tareas del hogar y el 18,2% se desempeñaba en ocupaciones no calificadas.

Ocupación anterior de las cuidadoras en relación con su ocupación como cuidadoras

En cuanto a la labor que tenían antes de asumir el cuidado del adulto mayor, se encontró que la mayoría (64,1%) no tenía actividad productiva, frente al 35,9% que sí desempeñaba alguna actividad de este tipo. Ahora bien, solo el 23% continuaba con alguna actividad productiva, y resaltamos cómo el 12,8% conservaba la misma actividad pero el 10,2% la modificó. Por otra parte, el 17,9% seguía como amas de casa.

Dedicación al cuidado del anciano por las cuidadoras familiares

La mayoría de las cuidadoras familiares (66,7%) llevaba cuidando al adulto mayor entre 6 meses y 6 años y el 20,4%, entre 6 años y un día y doce años. Es de anotar cómo el 12,9% de ellas llevaban más de doce años al frente del cuidado de su familiar.

En cuanto a las horas que las cuidadoras dedicaban diariamente al cuidado de sus familiares, se identificó cómo el 76,9% dedicaba más de 8 horas al día. Al desagregar esta información, encontramos que el 48,7% de ellas invertían más de 16 horas y el 28,2%, entre 8 y 16 horas por día. Llamó la atención cómo solamente el 7,8% dedicaba menos de 4 horas al día a esta actividad (tabla 1).

Apoyos que recibían las cuidadoras para el cuidado

Es relevante anotar cómo el 56,3% de las cuidadoras recibían algún apoyo para realizar el cuidado, frente al 43,7% de ellas que no disponía de ayuda en esta tarea. Los apoyos eran brindados fundamentalmente por la familia, como se observa en el 28,2% de los casos. El sistema formal de salud tenía poca presencia en el apoyo para el cuidado en casa, en tanto solo el 7,7% de las cuidadoras refirieron este tipo de ayuda (tabla 2).

Discusión

A diferencia de España, Brasil y Canadá, por mencionar algunos países, en Colombia ha sido poco explorado el perfil sociodemográfico de quienes asumen el cuidado familiar; sin embargo, los resultados del presente estudio, aunque no representan a toda la población de cuidadores colombianos, muestran similitud del perfil sociodemográfico de estas personas con lo descrito en la literatura.²⁸⁻³⁴ En este sentido, encontramos en nuestro estudio que el total de las cuidadoras eran mujeres; la gran mayoría eran hija o esposa de la persona dependiente del cuidado; eran amas de casa, cuyo desempeño era paralelo al rol de cuidadora, con un nivel educativo medio bajo, con una dedicación bastante significativa de tiempo al cuidado, con escasa ayuda del sistema formal de salud y, por ende, con restricciones para las actividades laborales y sociales y para las relaciones interpersonales por fuera del hogar.

Tabla 1. Tiempo en años como cuidadora familiar frente a horas promedio día dedicadas al cuidado

<i>Tiempo en años como cuidadora</i>	<i>N.º de horas por día de cuidado</i>											
	<i>Menos de 4</i>	<i>%</i>	<i>De 4 a 8</i>	<i>%</i>	<i>De 8 a 12</i>	<i>%</i>	<i>De 12 a 16</i>	<i>%</i>	<i>De 16 a 20</i>	<i>%</i>	<i>Total horas</i>	<i>%</i>
De 6 meses a 3 años	1	2,6	2	5,1	1	2,6	4	10,3	6	15,4	14	35,9
De 3 años 1 día a 6 años	1	2,6	2	5,1	1	2,6			8	20,5	12	30,8
De 6 años 1 día a 9 años	1	2,6	2	5,1	1	2,6			1	2,6	5	12,7
De 9 años 1 día a 12 años					1	2,6			2	5,1	3	7,7
De 12 años 1 día a 15 años					1	2,6					1	2,6
De 15 años 1 día a 18 años					1	2,6			2	5,1	3	7,7
Más de 18 años 1 día					1	2,6					1	2,6
Total	3	7,8%	6	15,3%	7	17,9%	4	10,3%	19	4,7	39	100

Lo anterior es compatible con lo expuesto por Montoro Rodríguez: “[...] la familia es el principal proveedor de asistencia al anciano dependiente [...] y dentro de la familia las mujeres son las cuidadoras principales que asumen la responsabilidad de la asistencia de forma más intensa y prolongada”.³⁵ Por otra parte, es de resaltar cómo en el presente estudio encontramos un número significativo de cuidadoras ancianas, como consecuencia de la mayor longevidad de la mujer en Colombia,³⁶ asimismo, en consonancia con lo expresado por Rueda Plata,³⁷ “[...] la mayor esperanza de vida de la mujer contrasta con sus condiciones más precarias de existencia: múltiples roles y obligaciones, entre ellos la de cuidadora de generaciones jóvenes y viejas en la familia. Roles por los que generalmente no percibe remuneración y a los que se agregan por lo común ausencia de seguridad social —particularmente en pensiones— y pocas probabilidades de encontrar ella misma cuidadores en su propia familia, si llegare a requerirlos, sobre todo en su vejez”.

Tabla 2. Apoyos que reciben para el cuidado las cuidadoras familiares de ancianos

<i>Otras personas o instituciones de apoyo con las que cuenta el cuidador</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
Ninguno	17	43,7
El médico	2	5,1
La Pastoral de Salud	1	2,6
ISS visita domiciliaria	3	7,7
Otros familiares (más de uno)	4	10,3
Amiga	1	2,6
Otro familiar	11	28,2
Total	39	100

Al revisar la historia del cuidado en diferentes países, encontramos que culturalmente se identifica a la mujer como la principal persona sobre la cual recaen todas las tareas inherentes a él, bien sea el cuidado de los hijos, de los enfermos, de los ancianos y la atención en salud, situación de la cual no escapa nuestro país, como lo relatan Londoño y Jaramillo.³⁸ También en Colombia,³⁹ por razones de género, la mujer ha sido socialmente excluida de diferentes roles de importancia social y de derechos, como en el acceso a la educación que le permitirían un ascenso en la estructura social. En los diferentes estratos sociales varía el reconocimiento de los derechos, de las capacidades y de las aptitudes de la mujer; en este sentido, en Colombia, el acceso a la educación superior y a la formación en especializaciones y doctorados no ha tenido igual comportamiento que para los hombres, por ello es frecuente encontrar cómo en los niveles socioeconómicos más bajos predomina la baja escolaridad en las mujeres.^{40, 41}

Lo anterior puede encontrar respuestas en la escasez de formulación y ejecución de políticas públicas para las mujeres, asunto descrito por Sánchez⁴² cuando expresa que hay varios factores que inciden en la elaboración de las políticas, como son la falta de autonomía y autoestima de las mujeres, la permanencia de la división sexual del trabajo y el ejercicio restringido de la ciudadanía. En contraste con estos resultados, Escuredo Rodríguez,⁴³ en su investigación desarrollada en Barcelona, encontró un grupo de cuidadores más jóvenes y del género masculino, que eran los hijos y nietos de los ancianos cuidados en un porcentaje del 12,4% y 18,8% respectivamente. Dichos resultados están relacionados con posiciones más igualitarias por parte de los hombres para desempeñar todo tipo de actividades y roles sociales, al igual que se reflejan comportamientos más solidarios de las generaciones más jóvenes.

No obstante, en nuestro medio “los roles son asimétricos dentro de la familia, porque a pesar de que la pareja tenga una

participación en lo laboral, la prioridad asignada socialmente a la mujer está en la familia y la del hombre, en el mercado de trabajo remunerado".⁴⁴ Como bien lo describe Gutiérrez,⁴⁵ la mujer encuentra lugar en la administración del hogar, donde ejerce todo su poder, y es la encargada del cuidado del esposo, de los hijos y de las diferentes labores de la casa, mientras que el hombre, por su parte, encuentra su rol fundamental en la actividad económica fuera del hogar.

La situación del perfil socioeconómico de las cuidadoras se acentúa con la poca disponibilidad de tiempo que tienen para su enriquecimiento personal en lo cultural, lo académico y lo lúdico, por cuanto el cuidado que requieren las personas a su cargo, quienes presentan altos grados de dependencia funcional, les demanda largas jornadas de trabajo en que el descanso, la recreación y el apoyo son escasos o nulos, por cuanto es preciso considerar que las cuidadoras de este estudio dedicaban bastantes horas del día al cuidado del paciente. Así, el 76,9% lo hacía por más de 8 horas y el 48,7%, entre 16 y 20 horas, actividad que permaneció por muchos años, lo que conduce cada vez a mayores limitaciones en la vida social y personal de los cuidadores.

Los resultados también sugieren a una mujer enfrentada a una doble jornada laboral, unas asalariadas y otras sin retribución económica alguna, lo que posiblemente puede contribuir, con el paso del tiempo, al desgaste físico y psicológico de quien asume este cuidado.

Lo anterior orienta a analizar la carencia de apoyo por parte del sector formal de la salud a los cuidadores familiares. En Colombia todavía no se ha construido una red de cuidados o una estrategia de articulación de los cuidados, en tanto apenas se comienza a incorporar en el sistema de salud la hospitalización domiciliaria, en que el sector formal asume responsabilidades frente al cuidado en casa de las personas adultas mayores o con problemas de salud crónicos, sin embargo, las otras formas de cuidado no son reconocidas, dejando de lado el valor y la importancia de los cuidadores familiares como agentes de salud, quienes con apoyo de los sectores de salud y educación podrían aliviar su responsabilidad y mejorar la calidad de cuidado y por otro lado su calidad de vida.

Es de anotar cómo este grupo de cuidadoras, cuando recibían apoyo, en buena medida provenía de otro miembro de la familia, de conformidad con lo que se ha encontrado en estudios adelantados en España: "[...] la familia es el principal recurso para los cuidados, sobre todo en el caso de ancianos con deficiencias cognitivas [...] y el sistema formal ha ofrecido poca ayuda a las familias".⁴⁶

Es claro que los cuidadores familiares y el sistema formal de salud tienen un objetivo común, como es dar soluciones oportunas a un problema de salud existente, en este caso, el cuidado de los adultos mayores, aportando cada uno según sus posibilidades, experiencias, conocimientos y recursos. Como ambas partes comparten dicho objetivo, en consonan-

cia con lo que dice Francisco del Rey y Mazarrasa,⁴⁷ "el sistema formal debe reorientar su oferta de servicios y contemplar en todas sus acciones a los cuidadores familiares como agentes de salud"; en consecuencia, el sector salud y los profesionales adscritos a él debemos inquietarnos y conocer la situación y necesidades de los cuidadores familiares para desarrollar planes de acción dirigidos a ellos.

Así como hemos sugerido compromisos para el sector salud, las autoras consideramos que las instituciones que tienen a su cargo la formación del personal de salud deben asumir responsabilidades con el cuidado familiar, mediante la asistencia, el apoyo y el acompañamiento en esta importante tarea con la ejecución de programas y actividades de extensión o proyección universitaria y, por otra parte, mediante la adecuación de los currículos o programas académicos en que las diferentes formas de cuidado, como parte de una red, se consideren en su importancia y trascendencia para lograr un cuidado de calidad y digno de seres humanos.

Reconocimientos

La investigación "*Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos*", de la cual se ha derivado el presente artículo, contó con el apoyo financiero del Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI), de la Universidad de Antioquia, de la Facultad de enfermería y de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia y de la Secretaría de Desarrollo Social, Desarrollo Comunitario y Económico del Municipio de Envigado, Colombia.

Referencias

1. Toronjo AM. Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos* 2001;12(2):59-66. p. 59.
2. De la Cuesta C. Familia y salud. *Rev Rol Enferm* 1995; 203:21-24.
3. Francisco Del Rey C, Mazarrasa L. Cuidados informales. *Rev Rol Enferm* 1995; 202:61-65.
4. Domínguez-Alcón C. Familia, cuidados informales y políticas de vejez En: Simon A, Compton L. (eds). *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México, D.F.: McGraw Hill; 1997.
5. Rosenbaum JN. Comparison of two theorists on care: Orem and Lininger. *J Adv Nurs* 1986;11(4):409-419.
6. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Rev Rol Enferm* 2001;24(3):23-29. p. 26.
7. García M. La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales. *Gerokomos* 2001;12(2):67-70. p. 69.
8. Toronjo A. *Op. cit.* p. 62.
9. Soldo BJ, Agree EM, Wolf DA. The balance between formal and informal care. In: Ory M, Bond K. (eds). *Aging and health care: social science and policy perspectives*.

- Londres: Rouledge; 1989. p. 193-216. Citado por: Domínguez-Alcón C. Familia, cuidados informales y políticas de vejez En: Simon A, Compton L. (eds). Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento. México, D.F.: McGraw Hill; 1997. p. 464-475.
10. Rueda JO. La demografía nacional en el contexto de la crisis. Ponencia. En: Seminario Internacional sobre Políticas Migratorias; Bogotá 7 de noviembre de 2000. En prensa.
 11. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest Educ Enferm* 2001;19(2):36-49.
 12. Díaz LP. Cómo perciben los cuidadores la situación crónica de enfermedad de un niño. p. 227-229. En: Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
 13. Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. p. 373-385. En: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. *Op. cit.*
 14. Pinto N. El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. p. 247-252. En: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. *Op. cit.*
 15. Pinto N, Sánchez B. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. p. 172-183. En: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. *Op. cit.*
 16. De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2004.
 17. Robledo J. Los cuidadores familiares: su evolución en el ámbito rural en el último siglo. *Index Enferm (Gran)* 2003;12(40-41):25-29.
 18. Durán A *et al.* El cuidado de la salud. Cap. 4. En: Durán A. De puertas adentro. Madrid: Instituto de la mujer; 1987. Citado por: Escuredo B, Díaz E, Pascual O. *Op. cit.* p. 23.
 19. Millán JC, Gandoy M, Cambeiro J, Antelo M, Mayán JM. Perfil del cuidador familiar del enfermo de Alzheimer. *Geriatría* 1998;14 (9): 33-37.
 20. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. *Op. cit.*
 21. García M. La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales. *Gerokomos*. 2001;12(2): 67-70.
 22. Heierle C. Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia. Granada: Fundación Index, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2004. p. 30-31. (Cuadernos Index, No. 3).
 23. Montoro J. Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Rev Int Sociol* 1999; (23):7-29.
 24. Stefani D, Seidmann S, Pano C, Acrich L. Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Rev Latinoam Psicol* 2003;35(1):55-65.
 25. Cortés M. Consideraciones sobre el demente y su cuidador en la enfermedad de Alzheimer. *Geriatría* 1995; 11(2): 103-106.
 26. De la Cuesta C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004;13(1):139.
 27. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, 4 de octubre, por la cual se establecen las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
 28. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. *Op. cit.*
 29. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatría* 2001; 17(2):39-43.
 30. Frías A, Pulido A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index Enferm (Gran)* 2001;10(34):27-32. p. 29.
 31. Millán JC, Gandoy M, Cambeiro J, Antelo M, Mayán JM. *Op. cit.* p. 34-36.
 32. Artaso B, Goñi A, Huici Y, Gómez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia institucionalizado. *Geriatría* 2002;18(6).
 33. Amendola F, Finzch E, de Campos MA. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes atendidos em domicílio por uma equipe de saúde da família da unidade básica Jardim Boa Vista. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); 2004. p. 87.
 34. Heierle C. *Op. cit.* p. 30.
 35. Montoro J. *Op. cit.* p. 22.
 36. Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Carvajal LM, Camacho G. Envejecimiento, comunicación y política. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones, Centro de Psicología Gerontológica (Cepsiger); 2004. p 47.
 37. *Ibíd.*, p. 49.
 38. Londoño A, Jaramillo GM. Las mujeres remiendan la pobreza: diagnóstico del estado de las organizaciones de las mujeres en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Sociales (CIS); 1994. p. 23.
 39. Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Carvajal LM, Camacho G. *Op. cit.* p. 26.
 40. Gutiérrez M. Mujeres y vinculación laboral en Colombia. p. 301-318. En: Colombia. Presidencia. Consejería Presidencial para la Política Social. Las mujeres en la historia de Colombia. Bogotá: La Presidencia; 1995.
 41. Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Carvajal LM, Camacho G. *Op. cit.* p. 49.
 42. Sánchez O. Las políticas públicas para las mujeres. En: Memorias del Encuentro Mujer, Poder y Estado; Bogotá 12 de mayo de 1995. Medellín: Corporación para la Vida Mujeres que Crean; 1996. p. 42.
 43. Escuredo B, Díaz E, Pascual O. *Op. cit.* p.27.
 44. Ramírez M. Estrés y la cultura del género en la enferme-

- ría. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.: Iztalaca; 2000. p. 18.
45. Gutiérrez V. Familia y cultura en Colombia: tipologías, funciones y dinámica de la familia. Manifestaciones múltiples a través del mosaico cultural y sus estructuras sociales. 3.^a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1994. p. 95-96.
46. Heierle C. *Op. cit.*
47. Francisco Del Rey C, Mazarrasa L. *Op. cit.* p. 64.