

Educación para la salud y atención informal a las personas mayores. Comparación de dos contextos: España y la Unión Europea

María R. Belando Montoro
Universidad de Murcia

Resumen: En la actualidad, sigue siendo fundamental el papel de la familia en el cuidado de las personas mayores. Tanto en España como en el resto de países de la Unión Europea se observa un predominio femenino (hijas, esposas o nueras) en la responsabilidad del cuidado, y se aprecian considerables consecuencias negativas para el cuidador, fundamentalmente en su salud, tanto física como psíquica y social. Por ello creemos necesaria una formación en Educación para la Salud en los cuidadores de personas mayores, y el desarrollo de medidas en relación a un beneficio económico, accesibilidad a recursos sociosanitarios, etc.

Abstract: Nowadays, it has fundamental importance the rol of the family group, in taking care their old people. In Spain like in other countries of the U.E., it is seeing a continuous female responsibility (daughters, wives, daughters-in-law) in that task, and it is observed considerable negative consequences to the caregiver, specially in their physical, psychical and social health. That is the reason due to we believe necessary a polite health educational program for those caregivers, and it is important to develop a set of measures related to their economical profit their accessibility to social and sanitary resources, etc.

Palabras clave: Cuidadores familiares- Mujer- Personas mayores- Educación para la Salud- Europa
Key words: Family caregivers- Woman- Elderly- Health Education- Europe

1. INTRODUCCIÓN.

Tradicionalmente, y sobre todo en las sociedades rurales –donde los ancianos han jugado un importante papel–, la familia se ha encargado del cuidado de éstos. Pero, en la actualidad, se considera que el cuidado de las personas mayores no es sólo responsa-

bilidad de la familia sino también del Estado, especialmente cuando la familia no puede ocuparse de él¹, ya sea por motivos económicos, por el trabajo de la mujer –fuera de casa–, o por graves problemas de salud del mayor que requieren una atención especializada, entre otros motivos.

Es de destacar que, paralelamente a este proceso, se observa un decremento tanto en el rol familiar del anciano, como en el sentimiento de obligación de los familiares hacia sus mayores (a aquéllos les sobran razones a la hora de justificar la necesidad del ingreso del mayor en una residencia)². Además, en los ancianos que conviven con sus familias, se aprecia un aislamiento de éstos con respecto al resto de miembros de la familia (el mayor es una persona molesta y poco interesante, por lo que es preferible que se quede callada y quieta en un lugar de la casa previamente asignado para ella).

No obstante, todavía muchas familias, preferentemente las de clase trabajadora, que cuentan con un menor espacio físico en sus casas y menos recursos económicos, se responsabilizan de sus mayores, y en ocasiones, con un mayor respeto y atención que otras más pudientes. En este punto se hace necesario revelar los datos obtenidos en la *Encuesta a Familiares que Viven con Ancianos* realizada por el INSERSO, en 1989, según la cuál hay una gran diferenciación social entre las familias cuidadoras de clase

1 La falta de disponibilidad de familiares que presten asistencia (económica, emocional o de otro tipo) a sus mayores es un problema que parece que va a acentuarse en los próximos años, al menos así lo demuestra el estudio realizado por Myers y Agree (1994), a través de las proporciones por estructura de edad. Se revela en dicha investigación que, tanto en las regiones más desarrolladas como en las menos desarrolladas, habrá un descenso de las proporciones de soporte de aquí al año 2025.

2 Es interesante, a este respecto, la consideración de los resultados obtenidos en el estudio sociológico realizado por de Miguel, Castilla y Cañs (1994) en el que se analiza, a través de autobiografías y entrevistas, las opiniones y actitudes de tres generaciones clave en la sociedad española de finales del siglo XX: la generación de la Guerra Civil, la generación del 68 y la generación X. La primera, en la que se incluyen personas mayores (con más de 65 años), expresa sus dudas sobre si sus hijos/as les va a cuidar, y aunque reconoce las dificultades de cuidar viejos (pues muchos de ellos cuidaron a sus padres u otros familiares), la norma social que ha interiorizado es que el cuidado de los ancianos es responsabilidad de los hijos/as. En la generación del 68 (personas entre 40 y 49 años) se mantiene que el cuidado de los mayores es deber moral de los hijos/as, sin embargo, si bien se acepta esta norma social, se ponen reparos o limitaciones: por ejemplo, no quieren que sus padres sigan teniendo el mismo nivel de autoridad de antes y se les disminuye. Además, y aunque no expresan un juicio positivo sobre las residencias de ancianos, muchos no creen que vayan a cuidar de sus padres. Por último, los jóvenes (de entre 17 y 24 años) también manifiestan un rechazo hacia las residencias, y, en contra de lo que se ha dicho en multitud de ocasiones, la mayoría dice estar de acuerdo con responsabilizarse del cuidado de sus padres; esta decisión se observa tanto en las mujeres como en los varones. Una nota que aparece, igualmente, en otros estudios es que los que pertenecen a la clase alta son más reticentes a cuidar de sus padres cuando sean mayores, pero, en opinión de de Miguel, Castilla y Cañs (1994, p.208), “esta neutralidad afectiva respecto de sus padres ancianos/as quizás depende de que en la clase alta realmente esos padres dependen menos de sus hijos/as, y tienen otras personas y otros medios para su cuidado”.

alta, y las de clase media-baja y baja. En el primer caso, se suelen ocupar de ancianos con un alto grado de independencia, y sus cuidados son, sobre todo, referidos a la compañía o en caso de enfermedad, pero esto se realiza de forma temporal, y cuando se agrava la situación siempre se cuenta con otras alternativas fuera de la familia. Sin embargo, las familias de las clases más bajas ofrecen cuidados de forma permanente y a ancianos más dependientes que requieren cuidados de salud y ayuda en su aseo personal.

Hasta ahora, y por lo que hemos estado apuntando hasta aquí, cabe pensar que el cuidado familiar de un mayor supone más bien una carga no exenta de problemas y dificultades. Pero el cuidar a un familiar mayor también tiene sus beneficios. Lehr (1994) ha analizado las ventajas y las dificultades del cuidado familiar, e indica que el cuidado de un padre o un abuelo débil por parte de los miembros de la familia puede contribuir a un incremento de la comprensión intergeneracional y al enriquecimiento de la generación más joven, siendo, por ello, una experiencia útil y valiosa. Pero esta situación puede acarrear, asimismo, problemas familiares, tales como:

- distanciamiento de los adolescentes con respecto a sus padres;
- conflictos entre marido y mujer;
- efectos negativos en el desarrollo personal de la mujer (hija o nuera), que es la que, en la mayoría de casos, se ocupa de la persona mayor. Esta ocupación dificulta la adaptación a la vejez y la independencia de estas mujeres, pues se suelen hacer cargo de los mayores en una edad en la que podría tener su última oportunidad de volver al mundo laboral, o de participar en organizaciones sociales o políticas, etc. Este desarrollo personal es, según Lehr (1994), una de las medidas profilácticas más importantes de su propio proceso de envejecimiento. Hay investigaciones que demuestran que las mujeres «centradas en la familia» se deterioran antes y disfrutan de una calidad de vida más baja;
- la política social que sugiere el cuidado familiar como la mejor forma, y la más económica, de cuidar a los ancianos dependientes, debería tener en cuenta que existe un número, cada vez mayor, de personas de edad sin hijos;
- en algunos países europeos, debido a la disminución del número de hijos, se suele encontrar la siguiente situación: un hijo adulto tiene que cuidar de cuatro o cinco ancianos (padres, padres políticos o abuelos);
- la integración creciente de la mujer en el mundo laboral es incompatible con el cuidado intensivo de un anciano dependiente;
- hay algunos abuelos, especialmente los que ejercieron de abuelos a los cuarenta o cincuenta años, que no se entusiasman con la idea de vivir en una casa de tres generaciones;
- no hay que olvidar, el incremento del número de familias de cuatro o cinco generaciones (¿debe la bisabuela cuidar de la tatarabuela?).

Es por todo ello que, como se ha señalado antes, se requiere urgentemente políti-

cas que respondan a las necesidades de las familias que tienen a su cargo a alguna persona mayor, pues aunque es cierto que ya se contemplan algunas medidas, sigue siendo un tema que precisa todavía de muchas soluciones³, y es que estas políticas son relativamente recientes en todo el mundo; así, por ejemplo, en nuestro país se han empezado a poner en práctica a finales de la década de los ochenta. Además, hasta ahora las políticas sociales se han dirigido casi exclusivamente al apoyo de la construcción de residencias de tercera edad, lo que ha supuesto un alto coste, a lo que hay que añadir la dependencia que generan y las consecuencias negativas que a nivel psicoafectivo, y con ello de salud general, han provocado en muchos ancianos ingresados. También se han adaptado los servicios sociales existentes; pero es el voluntariado⁴, que ha alcanzado un alto nivel de desarrollo en estos últimos años, la alternativa que puede suplir de manera importante las insuficiencias de la estructura y características de la familia actual. Aunque es necesario, asimismo, el fomento y el apoyo de otras estructuras y tipos de ayuda⁵.

2. ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE CUIDADORES INFORMALES A NIVEL NACIONAL.

Los estudios llevados a cabo en España sobre cuidadores familiares son, hasta el momento, bastante escasos. Es en estos últimos años, cuando este tema ha sido objeto

3 Remitimos a Conde (1993) quién realiza un análisis sobre la necesidad del soporte a los cuidadores familiares.

4 A este respecto es interesante la experiencia francesa, a través del TERPPA (Télé Entraide Région Parisienne Personnes Agées), constituido por personas mayores que trabajan voluntariamente en la ayuda a otras personas mayores con graves problemas.

5 Las medidas que se explicitan en el Plan Gerontológico para solventar la necesidad de las familias cuidadoras son las siguientes:

1. Establecer un incremento en las deducciones del I.R.P.F. para estas familias.
2. Apoyar a las personas que atiendan a mayores en situación de dependencia física o psíquica, tanto mediante la realización de actividades de formación continuada, como facilitándoles el acceso a las ayudas técnicas y nuevas tecnologías.
3. Crear plazas residenciales destinadas a la estancia temporal de ancianos que convivan con su familia o en régimen de «Acogida Familiar». Divulgación de este servicio de estancia temporal y evaluación al año de su funcionamiento.

Más recientemente, en la obra del Colectivo IOÉ y otros (1995), se ha elaborado una triple propuesta para una política de apoyo a las personas cuidadoras en base al análisis realizado de una investigación desarrollada sobre el tema, y llevada a cabo por el INSERSO en colaboración con el Colectivo IOÉ, CIS e Instituto de la Mujer. Esa triple propuesta está estructurada en torno a tres amplios grupos: las propias personas cuidadoras, los poderes públicos y otros agentes sociales (organizaciones no gubernamentales, empresas, etc.), y la opinión pública en general.

de un mayor interés en la investigación gerontológica y en la política de atención a la vejez. Y, parece ser que va a convertirse en uno de los principales puntos de discusión en las futuras políticas sociales, debido a los graves problemas que los cuidadores familiares vienen presentando, y a que este apoyo informal constituye el más importante sistema de atención y cuidado para las personas mayores necesitadas de ello. Es por todo lo expuesto que hemos creído pertinente abordar este tema, y lo hemos hecho estructurando y desarrollando este apartado en torno a tres de las más representativas investigaciones realizadas sobre cuidadores familiares. Dos de ellas son de ámbito nacional: a) la primera está basada en la *Encuesta a Familiares que viven con Ancianos*, realizada por el INSERSO en 1989; y, b) la segunda está formada por una encuesta realizada entre el INSERSO, el CIS y el Instituto de la Mujer en 1994, y una investigación cualitativa entre personas cuidadoras de ancianos/as llevada a cabo por el Colectivo Ioé en 1994. Asimismo, hemos incluido la investigación realizada por J.A. Rodríguez, en 1991, sobre cuidadores de ancianos en el medio rural, en el área metropolitana de Barcelona y en la propia ciudad, porque hemos creído interesante conocer las peculiaridades de este apoyo en el ámbito rural, y además, los resultados de esta investigación apoyan los de las anteriores, lo que les añade una mayor solidez y validez.

En 1989 el INSERSO realizó la *Encuesta a Familiares que Viven con Ancianos* a 156 mujeres y 35 hombres que convivían y cuidaban a personas con más de 65 años, y pese a que se trata de una muestra pequeña queremos señalar algunos datos obtenidos en ella, pues apenas se han realizado estudios sobre este tema y, de los pocos que existen, éste es probablemente uno de los más representativos a nivel nacional.

– La mayor parte de los cuidadores (para un 40% de los encuestados) son las hijas del anciano. La razón de vivir juntos suele ser el que la persona mayor se ha quedado sola (ha perdido a su cónyuge) y, progresivamente, va necesitando los cuidados de otra persona. Aunque también hay un considerable porcentaje (36%) de personas que convive con familiares porque piensa que necesita a alguien que les atienda.

– Queremos poner de relieve aquí el dato siguiente: cuando a estos cuidadores se les pregunta su opinión sobre el ingresar al anciano en una residencia, la mayoría (un 79%) responde que lo vería mal y piensa que en su hogar están mejor cuidados; no obstante, cuando se les pregunta si a pesar de tener a una persona mayor a su cargo pueden realizar una vida normal, un 70,3% responde negativamente (hay que destacar que esta proporción disminuye a medida que aumenta la edad del cuidador).

– Igualmente queremos subrayar el hecho de que la mayoría de ancianos (el 61,5%) que conviven con familiares siempre ha vivido con éstos, o sea, que son los hijos con los que conviven los que asumen su cuidado.

– En cuanto a la propiedad, en el caso de los hombres cuidadores, un 74,3% de éstos viven en casas que son propiedad de los ancianos, mientras que el 55,8% de las mujeres

cuidadoras reciben en su propia casa al anciano. Según J.A. Rodríguez (1994), y como vamos a ver más adelante, la herencia de la titularidad de la vivienda del anciano es una variable importante a la hora de responsabilizarse del cuidado de padres y suegros, y, sobre todo, de los abuelos.

– Sobre el sentido de la obligación de cuidar a los ancianos, éste es condicionado por la relación de parentesco (se sienten más obligados cuando es alguien más cercano, especialmente los padres), pero asimismo incide el sexo (las mujeres, sobre todo las de clase trabajadora, se responsabilizan mayormente en estos cuidados) y la clase social (los cuidadores de un alto nivel social tienen menor sentido de la obligación y opinan más positivamente sobre las residencias como una alternativa al cuidado de sus mayores).

Posteriormente, en 1991, J.A. Rodríguez (1994) realizó 27 entrevistas a cuidadores de ancianos de más de 75 años en el medio rural, en el área metropolitana de Barcelona y en la propia ciudad. Los resultados obtenidos son similares a los señalados anteriormente de la investigación del INSERSO; así, se destaca que los cuidados son realizados básicamente por mujeres, y normalmente, son los padres o suegros los que reciben estos cuidados. Otro dato de interés es que una gran parte de las mujeres cuidadoras han convivido siempre con los ancianos.

Este autor llevó a cabo, igualmente, un detallado análisis de las diferencias que existen entre el mundo rural y el urbano en cuanto al cuidado de los familiares mayores. Las conclusiones referidas al medio rural denotan que el cuidado se realiza en la propia casa del anciano, y suelen ser las nueras (que se van a vivir, al casarse, a la casa de los padres de su marido, y asumen el cuidado de sus suegros como contrapartida por la herencia que su marido recibirá), o las hijas solteras o viudas, las que se ocupan de sus padres, con los que siempre han vivido; a este respecto hay que decir que los viejos deciden quiénes van a ser sus cuidadores, y es la herencia junto con la tradición (en el caso de ser las hijas las cuidadoras) las bases del poder que tienen para esta decisión. Sin embargo, en el medio urbano la herencia no es tan importante, y generalmente, suelen ser las hijas las que se responsabilizan del cuidado de sus padres. Aquí, además, es el anciano el que se va a vivir a casa de sus cuidadores, y lo hace o bien por pérdida del cónyuge o por razones de salud. En este medio se observa, del mismo modo, más viejos cuidando a viejos, –o sea, cuidadores de la misma generación–, que en el medio rural.

En este estudio se contempla, asimismo, la dependencia de la vida del cuidador en relación a los cuidados que presta a la persona mayor, lo que provoca, muchas veces, angustia y desesperación en el cuidador. No obstante, se advierte que en el medio rural se da mayormente esta situación de dependencia, ya que en el urbano algunos cuidadores consiguen desligarse de una dedicación total, bien por trabajo o por ayuda externa.

J.A. Rodríguez (1994) denota, por otro lado, lo importante que para los cuidadores es el recibir apoyo familiar y social, y, a la vez, el sentir que son valorados social-

mente. Estos factores son esenciales para evitar una crisis emocional, pues muchos piensan que sus vidas son tristes, y se sienten aislados y dedicados totalmente al cuidado de los ancianos, lo que les agota no sólo físicamente sino también mentalmente, ya que esta circunstancia condiciona su vida personal, familiar, social y laboral. Generalmente, y según el estudio realizado por J.A. Rodríguez (1994), la responsabilidad suele ser individual y realizada en solitario; pero, en ocasiones, el marido o hijas de la cuidadora le suelen ayudar. En cuanto al apoyo emocional, éste suele provenir de la familia y de los vecinos; aunque hay casos en que los médicos y sacerdotes cumplen un importante papel, especialmente en el medio rural. Por lo que se refiere a la ayuda formal, ésta es muy escasa. Y, en lo concerniente al aspecto económico, J.A. Rodríguez (1994) apunta que en la mayoría de situaciones los cuidadores utilizan las pensiones de los ancianos como compensación de los gastos que generan los cuidados que les prestan.

Por último, el más reciente estudio, hasta el momento, sobre los cuidados en la vejez y las personas cuidadoras, es el recogido en una obra colectiva editada por el INSERSO a finales de 1995 y titulada "Cuidados en la vejez. El apoyo informal". Esta obra consta de dos libros. En el primero se recoge una investigación cualitativa realizada por el Colectivo Ioé sobre las personas cuidadoras de ancianos/as, y desarrollada mediante grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. El segundo libro es un informe que revela los resultados más importantes de una encuesta nacional sobre la ayuda informal a las personas mayores, y llevada a cabo en el marco de un Convenio de colaboración suscrito entre el INSERSO y el CIS.

En relación a la investigación realizada sobre los cuidadores de ancianos/as, queremos destacar los siguientes aspectos:

– Los cuidadores principales siguen siendo, como se extrae de los estudios anteriores, las hijas, el cónyuge y otros parientes, en este orden.

– En lo que concierne a la motivación para realizar los cuidados, difiere sustancialmente dependiendo de quién preste esta ayuda. En el caso de cónyuges cuidadores, éstos tienen asumida su responsabilidad. A los ancianos que cuidan a otros familiares les mueve la solidaridad y el mutuo apoyo familiar. Cuando se trata de hijos que cuidan a sus padres, la motivación suele ser una combinación de cariño y obligación. Pero en este último caso, se hace una referencia concreta a las hijas, de entre 40 y 60 años, que deben atender a sus padres y a sus hijos, y, en ocasiones, en diferentes casas, lo que les dificulta una atención adecuada a todos y les ocasiona conflictos, sentimientos de culpabilidad, impotencia, etc.

– La mayoría de cuidadores tiene, a su alrededor, diversos círculos de apoyo informal (en la familia, vecinos, amigos o voluntarios de asociaciones locales). Sobre los voluntarios, se hace distinción entre los organizados en parroquias (éstos son los habituales en el medio rural), y los que pertenecen a asociaciones de mutua ayuda (más pre-

sentes en el medio urbano). De los primeros, se menciona que suelen ser personas mayores que rotan por las casas de las personas necesitadas, pero no se vuelcan en cada caso, y evitan, en lo posible, que la persona atendida se haga dependiente de ellas. También se alude a la aparición, en determinados casos, de actitudes paternalistas por parte de los voluntarios. En cuanto a la ayuda mutua, ésta se refiere a la colaboración voluntaria que se da entre los miembros de estas asociaciones.

– Sobre el predominio femenino en la relación de cuidado, se explica que el argumento aducido por los entrevistados es doble: uno, la obligación, y otro, que ello es algo connatural a la mujer. Esto se apoya en el hecho del reparo manifestado por las madres y los hijos varones (o por nuera/suegra, hija/padre) en relación a la higiene íntima. Cuando ésta se hace necesaria se suele acudir a auxiliares domiciliarias. Sin embargo, este tabú se suele romper con el paso del tiempo. Por último, hay que mencionar un dato importante, y es que en el caso de que el cuidador sea el cónyuge o un hijo único, éstos aceptan sin dificultad su papel.

– En lo relativo a las diferencias de hábitats, se perciben grandes similitudes a lo mostrado en el estudio presentado anteriormente, por lo que no cabe realizar ningún comentario al respecto.

– Un tema interesante es el de la competencia. En general, los cuidadores consideran que realizan su papel con suficiente competencia, ya que se trata de actividades de la vida cotidiana. Pero, en relación a nuevas actividades, hay que diferenciar entre el aprendizaje a partir de la propia experiencia, y el que proviene del exterior (médico de cabecera, hospitales, enfermeros del servicio domiciliario, recuerdo de lo que hacían sus padres en estos casos, experiencia de otros cuidadores, amigos, lecturas sobre la enfermedad o invalidez que atienden, asociaciones de autoayuda y asociaciones de voluntariado altruista). Aunque se advierte una gran diversidad de medios de aprendizaje, queremos aludir a la deficiencia observada en relación a los canales formales, especialmente, a los médicos que atienden a estos enfermos y que apenas asesoran o lo hacen de forma incomprensible para los cuidadores.

– En lo concerniente a los recursos económicos, parece ser que éstos condicionan, en muchos casos, la ayuda informal. Sin embargo, y aún cuando muchos ancianos aportan su pensión, constituyendo casi el sostén de la familia, los hijos minusvaloran esta ayuda económica.

– Particularmente importante en estas relaciones de ayuda son los efectos en la vida cotidiana del cuidador. Entre ellos, destacan los problemas de salud, tanto física como psíquica, debido a los esfuerzos físicos que realizan (sobre todo, los que cuidan a personas con problemas de locomoción), y a la tensión emocional que suele conllevar este tipo de relaciones. Evidentemente, también queda afectada la vida familiar del cuidador, y, especialmente, suelen aparecer problemas entre los familiares de la persona

objeto de cuidado, cuando unos colaboran en su cuidado y otros no. Igualmente, se observa que en muchos casos el cuidador, ya sea hombre o mujer, ha tenido que dejar el trabajo. Pero la mayoría suele ser amas de casa sin trabajo remunerado o jubilados. Y, por último, suele influir, asimismo, en el abandono de las aficiones de tiempo libre y de las relaciones sociales. No obstante, y aunque reconocemos la importancia del estudio y la valoración de estos efectos negativos en la vida del cuidador, echamos de menos estudios que revelen las consecuencias que tiene la relación de cuidado para la persona objeto de ello, y que, en nuestra opinión, pueden ser tanto o más negativos que los que sufre el cuidador, porque la persona cuidada suele estar en una situación de inferioridad con respecto a aquel.

Vamos a pasar ahora a destacar las principales conclusiones a las que se llegó en la encuesta nacional sobre la ayuda informal a las personas mayores, realizada en 1994 a 1702 cuidadores que prestan ayuda informal:

– En primer lugar, y para confirmar la importancia del tema que estamos tratando, se revela que en un 12% de las viviendas familiares se presta ayuda informal a personas mayores.

– Los cuidadores son preferentemente mujeres (83% frente a un 17% de hombres), que tienen entre 35 y 65 años, y suelen ser las hijas de la persona objeto de cuidado. Otra característica predominante es la que atañe a la situación laboral: son amas de casa, en su mayoría (50%). También hay un considerable porcentaje (15%) de personas jubiladas o pensionistas. En lo que concierne al nivel de estudios, se trata mayormente de personas con pocos estudios (un 37,5% con estudios de primaria, un 28,1% sin estudios y un 20,9% ha realizado la secundaria).

– En este estudio también se han incluido las características de los mayores receptores de cuidados. En este grupo predominan, igualmente, las mujeres (69,3%), sobre todo, cuando se consideran las cohortes de más edad. Un dato que es diferente según el sexo, es el estado civil, ya que entre los hombres hay mayoría de casados (55%), y entre las mujeres destacan las viudas (70%). Asimismo, en las personas que reciben ayuda informal se observa una alta tasa de analfabetismo, especialmente entre las mujeres (27% frente a un 13% de los hombres), y, son personas con bajos ingresos. Es, igualmente, diferente por sexo la modalidad de convivencia; así, en los hombres predominan los que conviven con su cónyuge (un 48%) y un porcentaje significativo (25%) con alguno de sus hijos, y en las mujeres, hay una mayoría que convive con alguno de sus hijos (un 46%) y una proporción menor con su pareja (un 17%), o solas (16%).

– Otra de las preguntas realizadas a los cuidadores hace referencia a la existencia de una serie de comportamientos en las personas a las que prestan su ayuda, y también se les pregunta cuánto les molesta, a los cuidadores, estas conductas. Las conductas más practicadas son, por este orden: alteraciones del sueño, quejas constantes de la situación,

pérdida de memoria y reiteraciones. Sin embargo, no son estos comportamientos los que resultan más molestos para el cuidador. Entre las conductas más molestas destaca, en primer lugar, la agresión física hacia los demás, pero igualmente obtienen altos porcentajes las siguientes pautas de comportamientos: agresión verbal hacia los demás, comer alimentos que no debe, negativa a ducharse/bañarse, perderse por la calle, y automedicación. La incidencia de estas conductas es muy variable, oscilando entre el 6% para la automedicación y la agresión física, y el 26% para la negativa a ducharse/bañarse.

– Un aspecto estudiado con frecuencia en las investigaciones sobre atención a personas mayores es el del tipo de ayuda que se presta. En esta investigación se han agrupado en tres tipos genéricos de ayuda, cuyo alcance, según sexo, aparece plasmado en el siguiente cuadro:

ALCANCE DEL TIPO DE AYUDA SEGÚN SEXO DE QUIEN LA PRESTA

	TOTAL	HOMBRE	MUJER
Tipo A: Gestiones bancarias, hacer las cuentas, hacer recados o compras esporádicas, salir con ella, invitarla los fines de semana, acompañarla al médico.	77%	85%	76%
Tipo B.1: Le ayuda en las tareas del hogar (cocinar, lavar, planchar, hacer la compra, etc.).	80%	71%	82%
Tipo B.2: Le ayuda en su cuidado personal (vestirla, bañarla, comer, moverse o andar, etc.).	60%	49%	62%

FUENTE: *Colectivo IOE y otros, 1995, p. 231.*

Como se advierte, no hay un predominio significativo de un tipo de ayuda sobre otra, pero evidentemente las tareas referidas al cuidado personal son las menos citadas por los cuidadores. Por lo que respecta a las características de estas ayudas, destacan especialmente: una ayuda permanente (no por turnos), única (o sea, la persona receptora del cuidado no recibe otras ayudas) o principal, diaria y con una duración superior a cinco horas. Probablemente, y en relación a la duración de la ayuda, el cuidado es más bien constante, pues un 62% de la muestra declara prestarlo indistintamente a cualquier hora del día.

– Una cuestión que suele aparecer al tratar el tema de la atención a los mayores, es la referida a la preferencia de hombres o mujeres para tal tarea. En la mayoría de estudios predomina la opción femenina, o sea, son las mujeres (en especial, las hijas) las que deben cuidar de los mayores. En la investigación que estamos analizando también se pretende averiguar esta preferencia, y el resultado quedó como sigue: un 53% de la muestra se inclinó por la respuesta que no asigna el rol a un género determinado, y el 31%

respondió que es preferible que sean las mujeres las que deben cuidar de las personas mayores. Es interesante observar, a este respecto, que la primera opinión fue mayormente dada por los hombres, y la segunda por las mujeres. Y, en cuanto a la edad del cuidador, es en los más jóvenes donde hay un mayor predominio de la opinión de que a las personas mayores pueden cuidarlas igual hombres que mujeres, y a medida que aumenta la edad se va igualando la proporción de ambas respuestas.

– Sobre el fundamento y las motivaciones de la prestación de ayuda, hay que destacar, en primer lugar, que casi un 60% de las personas proveedoras de cuidados a los que se entrevistó declaró que prestan esta ayuda por iniciativa propia (en esta opinión no hay diferencias significativas por edad o género). Sin embargo, hay una serie de circunstancias que rodean la prestación de esta ayuda y que fueron recogidas en una serie de afirmaciones. De ellas, los entrevistados se sintieron identificados, sobre todo, con las que aludían a una obligación moral (un 90% de la muestra), valoración personal (un 47%), valoración y agradecimiento por parte de la persona beneficiada (un 46%), e imposición externa ineludible (un 42%). Cabe añadir que ni la edad ni el género de la persona que presta la ayuda introducen variaciones significativas en los aspectos considerados.

– En lo que concierne a la existencia o no de recompensa económica, hay que señalar que la mayoría de los cuidadores (un 63%) negaron recibir dinero de la persona a la que cuidan a cambio de su ayuda. No obstante, habría que decir aquí que, probablemente, en el caso de las personas mayores que viven con alguno de sus hijos y que aportan su pensión para los gastos del hogar, estos hijos cuidadores no califican esta ayuda económica como recompensa a la ayuda prestada.

– El 62% de los cuidadores entrevistados manifestaron que el Estado debía ofrecer un apoyo económico, en forma de “salario mensual”, a los que cuidan de las personas mayores de su familia. Esta es la medida, a tomar por las Administraciones Públicas, que es considerada como más necesaria. En menor medida, se demanda el servicio de ayuda a domicilio, apuntada como ayuda más necesaria por el 14% de los entrevistados.

– Por último, queremos mencionar los datos recogidos en esta entrevista, sobre las aspiraciones y las expectativas de los cuidadores en su vejez. La mayoría expresa su deseo a ser cuidado por sus familiares más próximos, particularmente los hijos. Y se manifiesta una preferencia por las hijas, lo que es habitual en todos los estudios realizados sobre este tema. Pero, cuando a los que declararon su aspiración a ser cuidados por familiares se les pidió imaginar el supuesto de que carecieran de familiares directos cuando necesitaran esta ayuda, entonces las respuestas tendieron principalmente a señalar los cuidados institucionales o en residencia colectiva, frente a otras opciones como la ayuda de vecinos o amigos, o el cuidado de profesionales particulares remunerados. En lo que concierne al lugar donde le gustaría recibir los cuidados, en el caso de que no

podiera ser atendido en su casa o en la de un familiar, los encuestados mostraron su inclinación hacia las residencias (un 57% de la muestra), frente a la opción de ser atendido en la vivienda de una persona que no perteneciera a su familia (este supuesto fue elegido por el 24% de los encuestados). Por último, y para saber si dichas aspiraciones son muy diferentes a las expectativas, se les planteó la siguiente pregunta: “¿dónde espera recibir los cuidados?”. La mayoría, un 50%, respondió que en su casa, un 20% en una residencia de mayores, y un 10% en casa de algún hijo o familiar. Hay que añadir que, para cada uno de los aspectos recogidos en este apartado, sobre aspiraciones y/o expectativas, la distribución de éstas se mantiene casi invariable en ambos géneros y en todos los grupos de edad.

Una vez expuestos los principales datos nacionales en relación al tema del cuidado informal a los mayores, creemos pertinente, y más aún necesario, elaborar una especie de esquema donde aparezcan las características más importantes. Ello es posible debido a que en las investigaciones analizadas se obtienen resultados muy similares. Y ello nos parece adecuado en pro de una mayor claridad y precisión para abordar el siguiente apartado donde se ahonda aún más en el tema, extendiendo su campo de conocimiento al de la Unión Europea.

* En primer lugar, y sin ninguna duda, destaca el elemento femenino en diferentes cuestiones: son las mujeres, especialmente las hijas del anciano, las que prestan cuidados a las personas mayores de la familia; son las mujeres las que reciben, mayormente, los cuidados; y, son las mujeres las preferidas para realizar dicha tarea.

* El perfil del cuidador es el siguiente: mujer de entre 35 y 65 años, ama de casa, con bajo nivel de estudios, y de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo. Además, suelen ser personas con las que siempre ha vivido el anciano objeto de cuidado.

* Entre las motivaciones de la prestación de cuidados destacan las siguientes: sentimiento de obligación, solidaridad, valoración personal, cariño, valoración por parte de la persona beneficiada, e imposición externa. En relación al primero, se revela que el sentido de obligación está condicionado principalmente por tres factores: a) la relación de parentesco (se sienten más obligados cuando esta relación es mayor), b) el sexo (obviamente, el hecho de ser mujer condiciona en un alto grado la prestación de estos cuidados), y c) la clase social (es mayor el sentido de obligación en los niveles más bajos, lo que ha sido explicado por las mayores opciones a las que pueden acceder las personas con mayores recursos económicos e información).

* La mayoría de cuidadores declaran que el tener a una persona mayor a su cargo les dificulta el llevar una vida normal; sin embargo, están en contra de llevarle a una residencia. Parece ser, según esto, que los cuidadores tienen asumido su rol, y que a pesar de los efectos negativos que éste conlleva piensan continuar prestando cuidados. A pesar de ello no podemos obviar, al tratar el tema del cuidado informal, las consecuencias

negativas en la vida del cuidador y que pueden repercutir, en gran manera, en la vivencia de su propia vejez. Entre los problemas más importantes debemos mencionar los de salud, tanto física como psíquica, pero, asimismo, aparecen problemas familiares, en las relaciones sociales, económicos, etc. Parece ser que la dependencia de la vida del cuidador en relación a la ayuda que presta se da mayormente en el medio rural.

* Aunque es cierto que, generalmente, el cuidador se encuentra solo en sus tareas como tal (la ayuda la realiza en solitario), no podemos dejar de aludir a la existencia del apoyo informal, ya sea por parte de familiares, amigos o vecinos, así como de voluntarios de diversas asociaciones. Este apoyo informal es de gran importancia para el cuidador, pudiendo ayudarlo a evitar una crisis emocional. Otro factor también esencial es el sentirse valorado socialmente (en su comunidad, particularmente).

* Pero además de la ayuda informal, se hace necesario, en la mayoría de casos, ayuda formal, sobre todo, a nivel económico. Al menos este es el aspecto más demandado por los cuidadores. Y, aunque la mayoría niega recibir una recompensa económica por la ayuda que prestan, muchos utilizan las pensiones de los ancianos como compensación de los gastos que éstos generan y como ayuda en el hogar (cuando el anciano y el cuidador viven en la misma casa). Otro factor que aparece en los diversos estudios es la importancia de la herencia de la titularidad de la vivienda del anciano a la hora de responsabilizarse de su cuidado; esto se da, especialmente, en el medio rural. Por último, hay que señalar la valoración que los cuidadores están dando al servicio de ayuda informal como ayuda necesaria en su tarea.

* Si bien los dos aspectos citados anteriormente (ayuda económica y servicio de ayuda a domicilio) son fundamentales para los cuidadores, hay otros aspectos no menos importantes para una prestación adecuada de la ayuda. Nos estamos refiriendo a toda aquella información y aprendizaje necesario para que los cuidadores realicen su tarea con suficiente competencia. Generalmente, y según denotan ellos mismos, su tarea es competente, ya que se trata, muchas veces, de actividades de la vida cotidiana, pero, en ocasiones, se requieren nuevos conocimientos, y para ello, además del aprendizaje a partir de la propia experiencia, cuentan con otros medios como: médico de cabecera, hospitales, enfermeros del servicio hospitalario, amigos, lecturas sobre la enfermedad o invalidez que atienden, asociaciones de autoayuda o de voluntariado, etc. No obstante, se revela una deficiencia en relación a los canales formales, especialmente, a los médicos que atienden a estos enfermos y que apenas asesoran.

* En lo que concierne al tipo de ayuda que se presta, ésta es muy diversa (ayuda en las tareas del hogar, en el cuidado personal y en las actividades a realizar en el exterior –gestiones bancarias, ir al médico, etc.–). Y, como hemos dicho antes, todas estas ayudas son prestadas, generalmente, por la misma persona, y su dedicación es más bien constante.

* Por último, y en relación a las aspiraciones y expectativas de los cuidadores en su vejez, la mayoría expresa su deseo de ser cuidado por sus familiares más directos, especialmente los hijos, y que este cuidado se realice en su casa o en la del familiar que le cuide. Pero en el caso de que carecieran de estos familiares, preferirían cuidados institucionales o en residencia colectiva. Y, por lo que se ha comprobado, estas aspiraciones corresponden a sus expectativas, pues los cuidadores manifiestan, en su mayoría, que esperan ser atendidos en sus casas.

3. EL CUIDADO FAMILIAR EN LA UNIÓN EUROPEA.

En 1993 la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo publicó un informe sobre los cuidadores familiares de la Unión Europea. Este informe está basado en la investigación realizada a través de entrevistas en seis países (Alemania, Francia, Grecia, Países Bajos, Portugal y España) y en los datos ya existentes sobre el resto de países de la Unión Europea excepto Luxemburgo (los datos recogidos sobre este país proceden de otras fuentes). Asimismo se hicieron estudios de caso.

Se afirma en dicho informe que la familia constituye la base de la prestación de cuidados a las personas mayores en toda Europa, pero este hecho es ignorado o no es reconocido por la sociedad en general, incluyendo, incluso, a los propios cuidadores. La creencia popular es que las familias se desentienden de sus mayores, y quizá esta falacia persiste, entre otros motivos, por la falta de medidas de apoyo a los familiares cuidadores; la adopción de éstas supondría el reconocimiento de la fundamental función cuidadora de las familias.

Según este informe, en los Estados miembros se ha producido una falta de preparación ante el proceso de envejecimiento demográfico, lo que ha provocado un desfase entre la oferta y demanda de los servicios adecuados para los problemas y necesidades de este grupo de población. Ante ello, la familia ha tenido que solventar todas las lagunas y deficiencias del Estado, tanto en los países o zonas en las que prevalece un modelo de familia tradicional, como en los que se ha extendido la denominada familia moderna. Ésta ha tenido que adaptarse a las nuevas circunstancias y problemas de sus mayores que ahora viven más años y que desarrollan nuevas enfermedades. Pero la familia no puede hacerse cargo de todo, ya que la prestación de cuidado puede prolongarse durante mucho tiempo y ser muy intensa. Y, si a ello unimos las condiciones de vida de las familias que viven en las zonas urbanas: mayores distancias, viviendas más pequeñas, necesidad de trabajar ambos cónyuges, etc., se hace inevitable el solicitar una urgente adopción de medidas que ayuden a las familias cuidadoras.

En todos los Estados miembros coexisten tres estructuras de apoyo: la familia (y otras redes informales), los servicios formales de cuidado a domicilio y las residencias.

Sin embargo, y pese a que sus prestaciones se superponen, no existe una coordinación entre ellos, lo que lleva a su mal funcionamiento y unos costes más elevados. Además, existe otra descoordinación entre los servicios sociales y sanitarios, no sólo en las estructuras de apoyo al hogar sino también en las residencias. Y a todo ello hay que añadir la competencia observada entre los diferentes organismos que ofrecen apoyo en el cuidado de los mayores, lo que impide la coordinación entre ellos.

Por otro lado, y volviendo al tema de la familia, hay que decir que, aunque en la teoría se ha reconocido la importancia fundamental de ésta en la prestación de cuidados, hay que señalar que a pesar de que en la mayor parte de los Estados miembros se encuentran iniciativas de apoyo⁶, en ninguno de ellos se ha desarrollado una política explícita de apoyo a los cuidadores. Y aún más, en países como Alemania, Francia y Grecia se responsabiliza a la familia de sus miembros más ancianos.

A continuación, vamos a desarrollar el tema del cuidado familiar a través de los principales puntos y conclusiones encontradas en el informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, y del cual ya hemos mencionado algunos aspectos relevantes para el abordamiento inicial del tema que nos ocupa.

A) Cambios de la estructura familiar.

Se suele considerar que con la decadencia de la estructura familiar tradicional se pierden, al mismo tiempo, sus valores; pero, en la práctica, se sigue observando relaciones afectivas y solidarias dentro de la familia, aunque en un entorno y circunstancias diferentes (un ejemplo de ello es la permanencia de la familia como principal elemento en el cuidado de sus miembros mayores no autónomos).

En el modelo familiar que se encuentra en nuestra sociedad es característico, entre otros, el hecho de que las diferentes generaciones no suelen vivir en la misma vivienda. Las tendencias en la UE son las siguientes: decremento de las tasas de matrimonio y nacimiento, paralelamente a una demora de la edad de casamiento y alumbramiento; aumento de divorcios y nuevos casamientos, de la cohabitación, de los nacimientos fuera del matrimonio, y de las familias monoparentales; reestructuración de la composición de los hogares provocado por el abandono de la coresidencia y el incremento de los hogares unipersonales; cambio de las relaciones conyugales, que pasan a convertirse en una

6 En este informe se distinguen dos grupos de países según la amplitud y diversidad de los servicios para el cuidado comunitario de las personas mayores:

- Estados de bienestar clásicos como Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Países Bajos y Reino Unido en los que se han desarrollado dichos servicios con cierta extensión. En ellos (excepto Alemania) se ha dado prioridad a la ayuda a domicilio y al cuidado en el hogar.

- En el resto de los Estados miembros apenas se han desarrollado dichos servicios.

asociación de dos personas económicamente independientes y en las que, consecuentemente, se da una mayor relación de igualdad; además, hay un aumento en la actividad laboral de las mujeres y un decremento en las horas de trabajo, a lo que se une una jubilación temprana y más vacaciones pagadas.

B) Sobre los cuidadores.

Como ya habíamos visto en los datos españoles, también a nivel europeo hay un predominio femenino; no obstante, habría que señalar algunos matices en relación con el tipo de cuidado al que nos refiramos. La mayor parte de los cuidadores –excepto en España y probablemente otros países del sur de Europa– son los cónyuges, tanto hombres como mujeres, en los países del centro y norte de la Comunidad. En cuanto a los descendientes de los receptores del cuidado, se indica que en todos los Estados miembros son las mujeres las que en mayor medida ofrecen los cuidados, y entre éstas, son las hijas preferentemente y, en menor medida, las nueras, las que destacan como principales cuidadoras.

Otro dato a destacar es que, generalmente, los cuidadores y los receptores de sus cuidados viven en la misma casa, especialmente en los países meridionales.

Se ha observado, además, cierto orden a la hora de elegir el cuidador principal. Según los informes nacionales de Bélgica, Grecia y Reino Unido e Italia, sería como sigue: cónyuge–hija–nuera–hijo–otros parientes de sangre–otros. Aunque se encuentran algunas variaciones en datos aislados (así, en la familia rural catalana la primera y única cuidadora es la esposa del heredero o, en su ausencia, la heredera; la esposa no ejerce la función de cuidadora en este modelo de familia), comúnmente se acepta esta jerarquía para todos los Estados miembros.

Por otro lado, se aprecian varias diferencias entre el cuidado de hijos e hijas hacia sus padres mayores no autónomos:

– En primer lugar, y teniendo en cuenta que la mayor parte de las personas mayores no autónomas son mujeres (debido a su mayor esperanza de vida y a que padecen más enfermedades crónicas y discapacidad que los hombres), la relación de cuidado que se da con mayor frecuencia es entre los hijos y la madre. Pero como en el cuidado se requiere un contacto con el cuerpo, se advierte una cierta ansiedad procedente de la imagen del incesto, lo que explica la tendencia a que sean los hijos los que cuiden de sus padres y las hijas de sus madres; si bien – a consecuencia de factores demográficos– es la última situación la que más se suele dar.

– Se indica, también, que en los hijos la responsabilidad hacia el cuidado se inicia con un sentimiento de distancia interior; por el contrario, en las mujeres (tanto en las esposas como en las hijas) esta circunstancia tiene una fuerte implicación emocional, de

ahí los problemas psicológicos que aparecen en muchas de ellas (sentimientos de culpa, pérdida de identidad, angustia, etc.). Esta actitud masculina explica también el que los varones marquen los límites en la relación de cuidado, y es por ello que no suelen aceptar su responsabilidad cuando sus padres tienen una fuerte pérdida de autonomía. Además, a los hombres les cuesta menos tomar la decisión de ingresar a sus padres en una residencia de ancianos.

– Consecuentemente, los hombres conservan su tiempo libre y sus relaciones sociales, su vida profesional y sus aficiones, en mayor medida que las mujeres en una situación de cuidado; y, para ello, cuentan con colaboraciones de mujeres de su entorno inmediato y con servicios profesionales de apoyo.

– Socialmente, se valora al hombre cuidador, mientras que cuando se trata de una mujer, se considera que simplemente está cumpliendo con su deber, y se desaprueba que no ofrezca cuidados a sus padres mayores no autónomos; en este sentido, hay que añadir que la mujer misma se siente culpable cuando se toma algún tiempo libre.

– Por todo ello, se puede explicar que los hombres tengan menos dificultad en aceptar ayuda exterior que las mujeres. Aunque, en el informe, se afirma que está apareciendo un nuevo tipo de cuidadora más sana psicológicamente y que sabe que necesita conservar su actividad laboral para mantener su equilibrio, sin embargo, se siente culpable por esta actitud.

– Por último, los hijos cuidadores centran su apoyo en tareas de tipo social (visitar a sus padres, sacarles a pasear, hacer tareas administrativas, hacer la compra, etc.) y menos en las labores domésticas. Éstos suelen mantener una actitud negativa hacia la ayuda en la higiene y el cuidado personal.

C) Razones para convertirse en cuidador y para seguir cuidando.

Este aspecto es uno de los más complejos; generalmente, suelen influir diferentes factores, entre los que cabe destacar: “la tradición del país, las normas sociales, la fase de evolución de las estructuras familiares cambiantes, el concepto de forma de vida y la historia de cada individuo” (p.52). Se subraya, principalmente, la noción de deber, que aparece en todos los informes nacionales, pudiendo afirmar que es la razón más poderosa y, probablemente, la predominante. Pese a que en dichos informes se revela una cierta diferencia en la definición de vejez entre el norte y el sur –marcada por el hecho de un deber como norma y ley social, ya que en estos países prevalece el modelo tradicional de familia, mientras que en el norte el deber tiene un carácter moral–, las investigaciones señalan que dichas categorías del deber están entremezcladas y que sus límites son fluidos.

Se indica también la diferencia que se observa entre la sociedad rural y la urbana,

y se pone el ejemplo de Cataluña, donde, como ya hemos dicho anteriormente, es la esposa del hijo heredero la que se hace cargo de todos los cuidados a los miembros del grupo familiar –es un deber que tiene hacia su esposo debido a la herencia–. Cuando no hay un hijo heredero, suele ser una de las hijas, normalmente la menor (que deberá mantenerse soltera) o una hija viuda, la que será la heredera, y, por tanto, tiene una responsabilidad hacia todos los miembros de la familia. Sin embargo, hay que denotar que este deber de las nueras no debe considerarse como sacrificio, ya que al convertirse en «señora» del hogar adquiere mucho poder, así como un prestigio social y reconocimiento como «mujer responsable, honorable y como debe ser». Por el contrario, en las zonas urbanas las herencias no son tan frecuentes y son más pequeñas, por lo que el padre–suegro tiene un menor poder social; a esto se suma las dimensiones más reducidas de las viviendas urbanas, lo que dificulta la convivencia de varias ramas familiares y descendientes, además de la actividad laboral de muchas mujeres, y, consecuentemente, su independencia económica. De ahí que, en estas sociedades, sea usual encontrar que es el cónyuge el cuidador, si bien tampoco es ninguna excepción encontrar a hijos cuidadores; no obstante, la mujer –ya sea hija o nuera– sigue siendo la principal cuidadora.

Por otro lado, y en cuanto al deber moral, en los informes nacionales se distinguen diferentes formas y orígenes, entre los que sobresalen:

– “Devolver el respaldo que se ha recibido” (p.54).

– “Evitar la culpa, conservar la buena conciencia, evitar la vergüenza, mantener la estima (la propia y la ajena)” (p.54).

– Haberse comprometido a ello (ya sea libremente o no).

Otras motivaciones que se citan en los diferentes informes son los sentimientos positivos, los vínculos y solidaridad familiar, el deseo de evitar que un familiar ingrese en una residencia (ello es debido a la imagen negativa de las residencias y a la pérdida de estima, a lo que se añade el hecho de que el ingresar a un familiar puede ocasionar vergüenza y culpa). Existen otras circunstancias calificadas como prácticas, y que llevan a la asunción de las tareas de cuidado, éstas son: *corresidencia prolongada, proximidad geográfica del cuidador y el receptor del cuidado, falta de estructuras asistenciales a domicilio o de atención residencial*, y el alto coste de una residencia para las familias de renta baja.

En cuanto a los motivos por los que se sigue ofreciendo el cuidado, son los mismos que los que han llevado a iniciar la situación de cuidado.

D) Características del cuidado.

La carga del cuidado suele ser cada vez mayor, y la duración de la situación suele ser impredecible, aunque con frecuencia suele ser larga. Por otro lado, se ha de explici-

tar que, generalmente, se señalan unos límites que cambian a medida que se avanza en el cuidado: al principio se marcan unos determinados por las circunstancias y motivaciones que han llevado a esta situación, pero la implicación en el proceso de deterioro físico o psicológico del familiar dificulta el reconocer que se han logrado, e incluso superado, los límites iniciales. Cabe decir aquí que la experiencia hace descubrir a algunos capacidades que no creían poseer. Sin embargo, hay dos situaciones que parecen delimitar más frecuentemente el cuidado, éstas son el inicio de la demencia senil o de incontinencia; pero, a pesar de ello, muchas veces se continúa ofreciendo el cuidado adaptado a las nuevas necesidades.

E) Consecuencias para la vida del cuidador.

La vida cotidiana del cuidador viene condicionada por tres criterios (citados en el informe del Reino Unido): a) el tipo y nivel de dependencia del paciente y las necesidades de cuidado que de ello se deriven; b) el grado de implicación personal del cuidador; y, c) el tipo de hogar y la posible presencia en él de otras personas además del cuidador y el familiar a cargo.

Se señala, asimismo, la importancia de una cierta rutina –pese a que ésta es cansadora–, porque cuando hay una inestabilidad por parte del paciente se puede llegar a alterar el ritmo normal de la vida cotidiana.

Por lo que se refiere a las consecuencias que para el cuidador tiene la situación de cuidado, aunque hay poca investigación en este tema, queremos hacer referencia a los datos observados en los seis estudios cualitativos, ya que, como vamos a ver, el papel de cuidador durante un período más o menos largo de tiempo suele condicionar, en gran medida, la vida presente de este individuo, pero también influye en su futura salud, entendida de modo integral. Así, pese a que no podemos decir taxativamente que dicha circunstancia provoque deterioro en la salud del cuidador, sí se puede afirmar que, excepcionalmente, tiene efectos positivos sobre su salud. Por otro lado, en el caso de ser el cónyuge el cuidador, debido a su edad, lógicamente son susceptibles de sufrir más alteraciones en su salud que cuando se trata de los descendientes. En las situaciones de cuidado se advierte en el cuidador una falta de dedicación a su propia salud (no descansan cuanto necesitan, o no hacen nada por mantenerse en forma), esto suele ser debido a su falta de tiempo o a que su cansancio le impide realizar más actividades, aunque sean en su propio beneficio. Esto ocurre tanto cuando el cuidador es el cónyuge como cuando son los descendientes, lo que les convierte en potenciales receptores de cuidado en el futuro. Este es uno de los muchos motivos por los que proponemos una urgente adopción de medidas que ofrezcan una ayuda a los cuidadores de personas mayores, y esto debe ser promovido desde las adecuadas estructuras sociales, –ya sean del ámbito públi-

co o privado-; pero, particularmente, es necesario que esta situación y sus probables efectos queden reflejados en las políticas sociosanitarias de atención a la vejez a través de sus objetivos más inmediatos. Por último, existe, además, una tendencia por parte de los cuidadores, ya sean cónyuges o hijos, a sufrir reacciones psicósomáticas. No obstante, y como se ha indicado al principio, no todos los cuidadores experimentan deterioros en su salud. Habría que efectuar investigación al respecto para ver en qué medida afecta a la salud o cuáles son los factores más relacionados con los problemas de salud.

Pero, obviamente, la situación de cuidado no sólo tiene posibles efectos en la salud física del cuidador. Igualmente, la salud social queda, en muchas ocasiones, afectada. Cuando hablamos de cambios en las relaciones, no sólo nos referimos a las relaciones externas a la familia (ya que el cuidador apenas puede salir de casa y esto le impide mantener relaciones con sus amigos), sino también a las internas: sufren cambios la relación entre el cuidador y la persona receptora de su cuidado, sus relaciones conyugales, las relaciones entre hermanos, etc. Así, se puede concluir diciendo que se alteran todos los niveles de relaciones; sólo hay una excepción, y es la observada en la sociedad rural de Cataluña. Del mismo modo pueden surgir problemas o dificultades a nivel psicológico y/o emocional. A este respecto hay que decir que se ha hablado muchas veces de la aparición de sentimientos de culpa por parte del cuidador, éstos pueden estar generados por diversos factores: en ocasiones, la opresión provocada por la situación de cuidado puede llevar a desear la muerte del familiar al que se está cuidando⁷, pero dichos sentimientos pueden provenir, asimismo, del pensamiento de no estar haciendo todo lo necesario o no hacerlo suficientemente bien, así como por haber expresado palabras o gestos violentos en momentos de crisis, el haberse tomado cierto tiempo libre, etc.

Con alguna frecuencia aparece una cierta angustia por la muerte, no sólo por la de

7 La ONU, en uno de sus documentos publicados sobre el tema de la familia (ONU, 1993), declara que, a veces, la presión generada por la carga de la responsabilidad puede originar una reacción de maltrato; la persona maltratante puede sentirse resentida por la pérdida de relaciones sociales, de la vida profesional, por la falta de tiempo libre, decepcionada porque no se aprecian sus desvelos y furiosa porque ningún otro miembro de su familia comparte esta tarea. Consiguientemente una definición de malos tratos en el hogar a los ancianos puede desarrollarse a través de los siguientes factores: a) control ilegítimo (es el caso de los familiares que asumen la custodia del anciano sin ser necesario, pudiendo llevar a su internamiento o control sin garantía de sus bienes); b) malos tratos físicos (tanto a través de violencia como privación de alimentos, calor o medicinas, o sobredosis de fármacos); c) malos tratos psicológicos (se incluye la intimidación y aislamiento, amenazas de violencia o de reclusión en una institución mental, negación de seguridad o afecto, confinamiento en la cama en contra de la voluntad del anciano, etc.); y, d) malos tratos económicos (se refiere a la apropiación indebida de la pensión o el dinero de un anciano).

También Flórez Tascón y López-Ibor (1994) hacen alusión a esta situación y exponen la necesidad de ayudar a las familias cuidadoras pues, como se ha dicho, el estrés del cuidado del anciano puede ser generador de malos tratos a éste.

la persona a la que se cuida sino por la suya propia. La preocupación por la muerte del otro puede provenir por la dependencia económica de la pensión del paciente, pero igualmente puede estar originada por la existencia de estrechos vínculos afectivos, ya sea entre hijo/a–madre o entre esposos.

Por otro lado, la carga que supone el cuidado de otra persona genera habitualmente estrés, frustración, nerviosismo, irritabilidad, inquietud, etc. Ante esto el cuidador debe mostrar una gran paciencia, aunque la falta de desahogo agrava el estrés del cuidador.

Pero no siempre la situación de cuidado tiene efectos negativos en las relaciones. Algunos cuidadores destacan que su relación con el receptor de su cuidado tiene una evolución positiva manifestada por: a) *el (re)descubrimiento de antiguos lazos recíprocos de afecto*; b) *la construcción de una nueva relación adulta sobre la base del reconocimiento de la identidad de cada persona y la creación de fuertes vínculos de afecto; esta construcción exige diálogo*; y, c) *la maduración del cuidador mediante un proceso interior* (p. 62).

Extendiéndonos un poco más en los aspectos positivos, queremos hacer alusión a una observación realizada en este informe, y es que muchos de los cuidadores entrevistados hablan por primera vez de sus dificultades y sufrimientos, y esto les impide en un primer momento valorar las ventajas o elementos positivos de su situación. De aquí que se subraye la importancia de que el cuidador cuente con un grupo de apoyo con el que poderse comunicar, pues hablando de los problemas se *deja sitio* para estudiar y desenmascarar los elementos positivos de su situación.

Las ventajas pueden ser, como ya se ha señalado anteriormente, materiales o no. Las primeras se concentran especialmente en los beneficios económicos, ya sea en el presente (expresándose una reciprocidad en la ayuda, cuidados a cambio de vivienda, comida o dinero, entre otros) o para el futuro (herencia).

Pero también se indica en algunos informes que estas transferencias materiales suelen causar conflictos entre los hermanos de los cuidadores.

Las ventajas no materiales pueden ser consideradas por algunos cuidadores más importantes que las económicas. Entre éstas se enfatiza la siguiente: la relación entre el cuidador y la persona cuidada puede favorecer un enriquecimiento y maduración de la persona. Hemos de mencionar, asimismo, la satisfacción, –que se destaca en algunos informes–, cuando se ve como la persona receptora del cuidado está más feliz (que cuando vivía sola en una institución), o al recibir su agradecimiento, o al evitar con su ayuda que acabe en una residencia.

Además de las relaciones con la persona a cargo, las que se desarrollan con la familia pueden favorecer, igualmente, elementos positivos, como puede ser: la solidaridad entre los hermanos ante un problema de salud de uno de los padres, lo que les puede

crear unos vínculos más fuertes o consolidar los que ya tenían.

No menos importante es el *camino interior* que recorre el cuidador al acompañar a su padre (o cónyuge) hacia la muerte; esta situación ayuda al cuidador a reflexionar y a afrontar la realidad cotidiana de la pérdida de autonomía de las personas mayores, –y que puede ser su propio futuro–. Igualmente interesante es la ineludible meditación sobre la muerte.

Hay otros muchos cambios positivos revelados por los cuidadores entrevistados: su función da sentido a su vida; descubrimiento de capacidades y aptitudes mejores de lo que creía; autosuperación; la satisfacción del *deber cumplido*, de ser útil o indispensable para alguien; etc.

La incertidumbre del desarrollo de la situación de cuidado hace difícil la planificación del futuro del cuidador. Generalmente, la realización de sus planes está condicionada por la muerte de la persona a la que se cuida o en su ingreso en una institución. El futuro, por otro lado, lo ven como una liberación, aunque no lo auguran muy positivo por lo que han experimentado sobre la vejez de las personas receptoras de su cuidado.

F) Necesidades del cuidador y elementos de apoyo.

Se acepta, comúnmente, que los cuidadores requieren de un gran apoyo práctico, material, emocional y social. Por lo que se refiere a la ayuda informal, se señala que es fundamental la integración social del cuidador para evitar que éste acabe en un aislamiento total. En relación a la familia se observa que los hijos/as se manifiestan solidarios con sus padres cuando uno de éstos ejerce una función de cuidado. En el caso de que sea un descendiente el cuidador principal, se pueden producir dos situaciones: la colaboración de los hermanos con éste o el distanciamiento, esto último suele suceder en el caso de que sea una hermana la que ejerza de cuidadora. Pero en ambos casos se suelen generar conflictos.

La investigación analizada revela que, con frecuencia, los cuidadores reciben ayuda y apoyo moral por parte de su familia. Se menciona desde la ayuda económica, hasta la distribución de tareas o períodos de tiempo; también se da el caso de una serie de cuidadores complementarios (el cónyuge u otros hermanos/as) que realizan la denominada contribución social, la cual engloba tareas como acompañar al paciente al médico o al banco, hacerle visitas, y/o sacarlo a pasear, igualmente llevan a cabo las tareas administrativas, hacen trabajos caseros (reparaciones) o hacen la compra. No obstante, lo que es especialmente fundamental para el cuidador es que su situación sea aceptada por el resto de la familia (sobre todo la más directa, cónyuge e hijos).

En cuanto a la ayuda proporcionada por los vecinos, los informes de los Estados

miembros del norte concluyen que ésta es limitada y suelen ser tareas prácticas y concretas como: visitas, uso del teléfono, comprar, o sustituir al cuidador durante un determinado período de tiempo (de una o dos horas), entre otras. Así, la responsabilidad de los vecinos es muy limitada. Pero en otros países, como España, Portugal y Francia, los vecinos adquieren una importante función social tanto para el cuidador como para la persona cuidada.

En España, al menos en el mundo rural, se observa una importante labor por parte de médicos y sacerdotes a través de su consejo y su apoyo moral. Por el contrario, en Alemania y Francia los médicos generalistas son criticados por su falta de formación geriátrica y gerontológica, por lo que resultan ineficaces en el ámbito del asesoramiento, ya que no comprenden la situación de cuidado.

Tras el planteamiento de los diversos elementos de apoyo del cuidador, se hace más fácil la comprensión e identificación de los factores que condicionan las necesidades de los cuidadores, éstos son: *ubicación, accesibilidad, capacidad y profesionalismo de los servicios a domicilio; tipo y grado de pérdida de autonomía de la persona de edad avanzada; estado de salud, fuerza emocional y bienestar físico del cuidador; nivel económico; aislamiento geográfico; aislamiento social; participación (o no) en el mercado de trabajo; ausencia o presencia de cuidadores informales complementarios; quizá, el sexo del cuidador; coresidencia o no (p. 80).*

Ahondando en el tema de las necesidades, se comenta que, además de las obvias necesidades económicas del cuidador, –cuando éste pertenece a un grupo social desfavorecido y debido a los gastos generados por la persona a la que se cuida–, éste tiene necesidad de unos beneficios de jubilación independientes que garanticen su futuro. También requiere ayudas para las tareas del hogar y servicios de cuidado de enfermería e higiene a domicilio, pues algunos cuidadores están incapacitados, por ejemplo, para realizar tareas que exigen un gran esfuerzo físico (como cuando hay que bañar o levantar al paciente). Otras ayudas relativas a ofrecer un cierto tiempo libre al cuidador requieren la existencia de:

- a) Servicios de canguro para personas mayores.
- b) Centros de día (en éstos se señala el problema del transporte que, según el informe francés, puede acentuar problemas de desorientación espacial y temporal). Más que centros recreativos para personas autónomas son estructuras que ofrecen determinados tipos de cuidado y terapia para personas con autonomía reducida.
- c) Estancias temporales en residencias.
- d) Vacaciones para personas mayores no autónomas. Esta opción puede ser especialmente aconsejable para los cónyuges (cuando uno de ellos cuida del otro).

En lo referente al servicio de hospital a domicilio, éste no supone una ayuda para el cuidador, ya que en estos casos sus tareas y responsabilidades se amplian, aunque es

positivo para las personas mayores no autónomas. Sin embargo, un equipo técnico adecuado (cama, silla de ruedas, muletas, etc.) puede ser un elemento facilitador en la tarea de los cuidadores.

Se hace alusión, asimismo, a las necesidades psicosociales del cuidador; lo que subyace en este aspecto son dos objetivos básicos: evitar su aislamiento y que pueda hablar con otras personas de sus sufrimientos, dificultades, etc. El cuidador requiere, igualmente, de un reconocimiento, e incluso agradecimiento, por su labor.

Queremos hacer un singular hincapié en la necesidad de información sobre servicios, subsidios y derechos, especialmente al principio y si la pérdida de autonomía es originada por un acontecimiento repentino. Además, y pese a que en algunos países, como España, los cuidadores declararon que es en la práctica diaria como mejor se aprende, en otros Estados miembros se señaló la necesidad de un aprendizaje en relación a los conocimientos prácticos que enseñen a levantar a una persona que se ha caído, sentarla en la cama, lavarla, cambiar las sábanas de una cama ocupada, etc. Asimismo se requiere la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, la pérdida de autonomía y su evolución, particularmente en el caso de deterioro mental del paciente.

No obstante, no siempre se acepta la ayuda externa con facilidad, pues esto supone la aceptación de los propios límites, además de una intrusión de personas extrañas en su tarea y su intimidad con el paciente, pérdida de su poder, etc. Sobre todo, son las mujeres las que manifiestan más problemas, en este sentido, que los hombres, por su particular implicación emocional. La aceptación de la ayuda vendría pues determinada por un respeto mutuo derivado de las funciones y trabajos realizados por cada parte, lo que llevará a una colaboración que hará la ayuda más eficaz.

4. EL CUIDADO FAMILIAR EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA. CUADRO COMPARATIVO.

A continuación presentamos un cuadro en el que, a modo de resumen, hemos querido comparar los principales aspectos o elementos que conforman el cuidado familiar en los contextos estudiados en los dos apartados precedentes: España y la Unión Europea. Creemos que el cuadro es lo suficientemente claro y explícito, por lo que no se hace necesario ningún comentario al respecto. En todo caso, subrayar las numerosas similitudes en ambos contextos.

**CUADRO-RESUMEN COMPARATIVO DEL CUIDADO FAMILIAR
EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA**

	ESPAÑA	UNIÓN EUROPEA
SOBRE LOS CUIDADORES	<p>Predominio femenino en la prestación de cuidado. Preferentemente son las hijas del anciano.</p> <p>Suelen ser personas que siempre han vivido con el anciano objeto de cuidado.</p> <p>Perfil del cuidador: Mujer de entre 35 y 65 años, ama de casa, con bajo nivel de estudios y de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo.</p>	<p>Predominio femenino. Pero, se especifica que, en los países del Centro y Norte de la Comunidad, la mayor parte de los cuidadores son los cónyuges, tanto hombres como mujeres.</p> <p>Especialmente en los países meridionales, destaca el hecho de que los cuidadores y los receptores de sus cuidados viven en la misma casa.</p> <p>Se observan diferencias importantes entre la prestación de cuidados por parte de hombres y mujeres. Los hijos cuidadores inician su responsabilidad con un sentimiento de <i>distancia interior</i>, mientras que para las hijas esta circunstancia tiene una fuerte implicación emocional. Por ello, los hombres suelen conservar sus aficiones, sus relaciones sociales y su vida profesional, y cuentan con colaboraciones por parte de mujeres de su entorno y con servicios profesionales. Se valora más al hombre cuidador que a la mujer. Los hijos prestan, mayormente, tareas de tipo social (visitas, paseos, tareas administrativas, etc.) y, en menor medida, labores domésticas y de higiene y cuidado personal.</p>

	ESPAÑA	UNIÓN EUROPEA
MOTIVACIONES DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS	Se observan diferentes motivos, entre ellos destacan preferentemente: sentimiento de obligación, solidaridad, valoración personal, cariño, valoración por parte de la persona beneficiada, e imposición externa.	La noción de deber (tanto social como moral) aparece como la razón más poderosa en todos los informes nacionales. Otras motivaciones que se mencionan son: sentimientos positivos, vínculos y solidaridad familiar, y el deseo de evitar que un familiar ingrese en una residencia.
EFFECTOS EN LA VIDA DEL CUIDADOR	<p><u>Efectos negativos:</u></p> <p>a) En la salud, tanto física (artrosis, osteoporosis, lumbagos, etc.) como psíquica (estrés, nerviosismo, depresiones, insomnio, etc.).</p> <p>b) Problemas familiares.</p> <p>c) En las relaciones sociales y actividades de tiempo libre.</p> <p>d) Problemas económicos, laborales, etc.</p> <p><u>Efectos positivos:</u></p> <p>Se mencionan algunos casos en que la necesidad de cuidado por parte de un familiar mayor ha reforzado los lazos preexistentes de solidaridad familiar.</p>	<p><u>Efectos negativos:</u></p> <p>a) En su futura salud.</p> <p>b) Reacciones psicósomáticas.</p> <p>c) En las relaciones sociales.</p> <p>d) En la relación con la persona receptora del cuidado, y también con los familiares.</p> <p>e) Problemas psicológicos y/o emocionales (ej. sentimientos de culpa).</p> <p>f) Angustia ante la muerte de la persona a la que se cuida y de la suya propia.</p> <p>g) Otras consecuencias (estrés, frustración, nerviosismo, irritabilidad, inquietud, etc.).</p> <p><u>Efectos positivos:</u></p> <p>a) Evolución positiva en la relación con la persona objeto de cuidado (ej. redescubrimiento de antiguos lazos recíprocos de afecto, etc.).</p> <p>b) Maduración del cuidador.</p> <p>c) Satisfacción por su tarea, satisfacción del deber cumplido, autosuperación, satisfacción de sentirse útil, etc.</p> <p>d) Mayor solidaridad familiar y fortalecimiento de vínculos familiares.</p> <p>e) Meditación sobre la muerte.</p>

	ESPAÑA	UNIÓN EUROPEA
ELEMENTOS DE APOYO	<p><u>Apoyo informal:</u> Los cuidadores suelen recibir ayuda por parte de familiares, vecinos, amigos y voluntarios de asociaciones locales. En este sentido, es también importante que el cuidador se sienta valorado socialmente.</p> <p><u>Ayuda formal:</u> A pesar de contar con importantes círculos de apoyo informal, los cuidadores demandan ayuda a nivel económico. También se solicita, como ayuda institucional necesaria, el servicio de ayuda a domicilio.</p>	<p>f) Beneficios económicos en la actualidad (ej. se presta el cuidado a cambio de vivienda, comida o dinero) o en el futuro (herencia).</p> <p><u>Ayuda informal:</u> Se alude a la necesidad de la integración social del cuidador y de que su situación sea aceptada por su familia más directa (cónyuge e hijos). La ayuda informal se recibe por parte de la familia, ya sea de tipo económico, o distribución de tareas, o periodos de tiempo en el cuidado. Los vecinos suelen realizar tareas prácticas (ej. visitas, compras, etc.). Por último, se menciona la labor de médicos y sacerdotes a través de su consejo y apoyo moral.</p> <p><u>Ayuda formal:</u> Se cita, entre otros: ayuda económica, beneficios de jubilación que garanticen su futuro, servicio de ayuda a domicilio, servicios de canguro para personas mayores, centros de día, estancias temporales en residencias, vacaciones para personas mayores no autónomas, etc.</p>

* Cuadro elaborado a partir de los datos revelados por Colectivo IOÉ y otros (1995), J.A. Rodríguez (1994) y Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1993).

5. CONCLUSIONES. EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CUIDADO FAMILIAR A LOS ANCIANOS.

Como hemos visto en los apartados anteriores, las referencias a la salud, tanto física como psíquica y social, son constantes. Las implicaciones de la relación de cuidado sobre la salud del cuidador son múltiples y muy diversas, y en ello habría que destacar un factor esencial: los efectos sobre la salud no se limitan al período de cuidado sino que producen, generalmente, problemas en su futuro, lo que lleva a convertirles en potenciales receptores de cuidado en su ancianidad. Todo ello nos lleva a hacer hincapié sobre la necesidad de aconsejar a los cuidadores una formación en Educación para la Salud, centrada en los principales elementos que suelen incidir en las relaciones de cuidado. No obstante, hay que aclarar, que esta formación⁸, si bien es fundamental, no es suficiente. Creemos que es necesario la elaboración de políticas sociales y sanitarias que contemplen la ayuda a los cuidadores desde las diferentes instituciones involucradas en la atención a los mayores, además de un apoyo o beneficios de tipo económico, y la accesibilidad a determinados recursos sociosanitarios.

La Educación para la Salud dirigida a estos cuidadores debería abarcar temas en torno a tres ejes fundamentales: salud física, salud psíquica y salud social, ya que, como hemos visto, su salud se suele ver afectada en estas tres áreas. En primer lugar, y en relación a la salud física, hay que hacer referencia al hecho de que generalmente el cuidador no suele recibir una preparación especial⁹ para llevar a cabo su tarea, y considera que la mejor forma de aprender es la práctica y la experiencia, ello evidentemente no sólo repercute en la calidad y eficacia de sus cuidados y, consecuentemente, en la salud de la persona receptora de la ayuda, sino también en su propia salud, pues puede ocurrir que se realicen esfuerzos innecesarios, o posturas o movimientos incorrectos (en el caso del cuidado a encamados, o mayores con dificultades de movilidad) que pueden originar, entre otros, problemas de espalda. De ahí que consideramos fundamental una formación específica en relación a las necesidades de cuidados físicos de la persona mayor que se

8 A este respecto, el INSERSO (1995), en su documento sobre los centros para personas mayores, indica que los Hogares o Centros de Día de Tercera Edad, -entendidos como centros base de los servicios comunitarios para mayores-, deben ser la sede del Control de Programas sobre apoyo y formación de los cuidadores informales, especialmente familiares.

9 En el estudio del INSERSO, el CIS, y el Instituto de la Mujer (Colectivo IOÉ y otros, 1995) se revela que el uso de fuentes informativas como la asistencia a cursos o charlas sobre el cuidado de personas mayores, o la lectura de algún libro o informe sobre ello es muy minoritario (entre un 4,2 y un 8,5 por ciento de la muestra). Sin embargo, al considerar la reunión periódica con el médico para intercambiar información y decidir qué cuidados se debe realizar, se observa que un 56,8% de la muestra realiza estas reuniones, pero no lo considera como una "preparación especial".

vaya a cuidar, a la vez que se pueden sugerir algunas orientaciones en pro de la salud física del cuidador, en relación a su alimentación, períodos de descanso, actividad física e higiene. El área de la salud psíquica puede ser abordada desde los siguientes temas: afrontamiento de las situaciones de estrés y soledad, prevención de la depresión, orientaciones sobre los problemas afectivos, los sentimientos de culpa, y la angustia por la muerte, formación en métodos de relajación, etc. Y, por último, el área de la salud social deberá abordar no sólo el ámbito familiar sino también las relaciones con amigos, vecinos, y con la comunidad. En este área se trabajará, evidentemente, el tema del tiempo libre, para el cual se hace imprescindible el que los cuidadores conozcan y utilicen los servicios o ayudas institucionales¹⁰ que existen para los mayores y que pueden ayudarles en su tarea, facilitándoles períodos de tiempo para sí mismo: para estar con el resto de su familia o con sus amigos, para ir de vacaciones, para trabajar, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Colectivo IOÉ/INSERSO/CIS/Instituto de la Mujer (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO.
- CONDE, J.L. (1993). Soporte a los cuidadores familiares. *Revista de Gerontología*, 3(2), 95-97.
- FLÓREZ TASCÓN, F.J. y LÓPEZ-IBOR, J.M. (1994). *Saber envejecer. Cómo vivir más y mejor*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1993). *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- INSERSO (1995). *Guía-directorio de Centros para personas mayores*. Documento Técnico, 75. Vol.I. Madrid: INSERSO.
- LEHR, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 353-371). Madrid: Siglo XXI de España.
- MIGUEL, J.M. DE, CASTILLA, E.J. y CAÍ, J. (1994). *La sociedad transversal*. Barcelona: Fundación "La Caixa".

¹⁰ Nos referimos a servicios y ayudas tales como las estancias temporales en residencias, la atención en centros de día, la ayuda a domicilio, la ayuda para la adaptación de la vivienda, las ayudas por parte de asociaciones de voluntarios, etc.

- MYERS, G.C. y AGREE, E.M. (1994). El mundo envejece, la familia cambia. *Revista de Gerontología*, 4(2), 126-133.
- ONU (1993). Las personas mayores en la familia: facetas de potenciación. *Occasional Papers Series, n°4,5,6* (pp. 5-28). Madrid: Centro de estudios del menor.
- ORMAZA SIMÓN, I. (1995). *Grupos de apoyo en la vejez*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- RODRÍGUEZ, J.A. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: CIS y Siglo XXI.