



Á. M.^a Toronjo Gómez

Profesora Titular de Enfermería Geriátrica.
Universidad de Huelva.

Cuidador formal frente a cuidador informal

Formal caregiver versus informal caregiver

Conferencia pronunciada durante las 1.^{as} JORNADAS IMSERSO-SEEGG. Madrid 22 y 23 Noviembre 2000.

¿QUÉ ES EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS?

Sólo hace dos décadas (1) –alrededor de los años 80– que se viene teorizando sobre el denominado “Sistema Informal de Cuidados”. Este término incluye a 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. A partir de los años 80 es cuando aparece bibliografía al respecto, se identifican nuevos términos y denominaciones para algo que se ha realizado siempre por miembros de la sociedad, fundamentalmente, mujeres.

Esta necesidad de teorizar sobre las personas que prestan cuidados a otras personas en función de demandas concretas, posiblemente esté relacionada con el fenómeno de la “*dependencia*”, en el que se detecta una mayor sensibilización social respecto a las personas discapacitadas, a las repercusiones del aumento del número de personas muy ancianas y a la alta incidencia de procesos de carácter degenerativo. Este fenómeno no es nuevo (el de la dependencia), pero sí el papel

relevante y destacado que se le está dando, por las dificultades que el sistema de servicios tiene para poder atender las necesidades de los ciudadanos o por las demandas que la propia población expresa al ser más consciente de sus derechos y sus necesidades.

Todos somos conscientes que la atención a la salud que prestan los servicios sanitarios no es más que la punta del iceberg de toda la atención sanitaria necesaria; que el sistema *informal constituye el verdadero sistema oculto* (2) y que, de forma sistemática, se está produciendo un flujo de atención de salud desde los servicios sanitarios hacia la red social; en este caso, fundamentalmente, a los/las Cuidadores/as Informales.

De nuevo se pone de manifiesto que la salud no es un asunto exclusivo de los servicios ni de los profesionales sanitarios, sino que compete a la sociedad en general. Y que el sistema, en sus formas y modelos de intervención, potencia, teoriza y permite participación a los ciudadanos en función de condicionantes sociales, básicamente de carácter económico, como ocurre en este momento.

Todos hemos comentado con anterioridad que la inmensa mayoría de los cuidados necesarios durante la vejez se suministran por el apoyo informal.



60 DEFINIR DEPENDENCIA

Para comprender el papel de los Cuidadores/as Informales en el proceso de cuidados conviene recordar qué se entiende por "DEPENDENCIA". Éste es un término polisémico, y se refiere, en el contexto de la protección, a la *necesidad de atención de cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana* (3).

El Consejo de Europa (1998), después de largas deliberaciones para operativizar el concepto propuso la siguiente definición: "*Son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de actividades de la vida diaria*". En este caso, la *ayuda importante* es equivalente a la ayuda de otra persona. Al operativizar de esta forma la dependencia el Sistema Informal de Cuidados adquiere todo su sentido en la medida en que se identifica como esa ayuda.

DE QUÉ TIPO DE CUIDADOS ESTAMOS HABLANDO

Observamos que la dependencia se relaciona con la ayuda de otra persona que realiza actividades de cuidados allí donde uno mismo no puede llegar.

Desde la perspectiva profesional en la que me sitúo como enfermera, estimo que se hace necesario matizar qué tipo de cuidados son los que se deben ofrecer. Sobre qué enfoque de cuidados deberíamos hablar.

Los cuidados, de una forma genérica, comprenden toda una serie de acciones muy diversas, que al mismo tiempo presentan un nivel de complejidad variable en función de múltiples factores. Probablemente las acciones de cuidados que desempeña el Sistema Informal pueden incluirse en un nivel de complejidad básico en la mayoría de las ocasiones.

Además los cuidados requieren de una dotación estructural en función de los ámbitos de intervención, así como de profesionales cualificados que garanticen que esas acciones cuidadoras se desarrollen de forma adecuada a las necesidades reales que presentan los clientes.

DEFINIR CUIDADOS

En este punto del desarrollo de "*los cuidados*" me gustaría unirme a la diferenciación del tipo de cuidados que expone Colliere en su libro "*Promover la vida*" (4). Colliere recoge las dos acepciones que la lengua inglesa utiliza para referirse a los cuidados. Utiliza los términos CARE y CURE.

Se entiende por "Care" los cuidados habituales, relacionados con los valores, las costumbres, el cuidado del día a día, de la cotidianidad. En ellos se ponen de manifiesto, de forma sistemática, habilidades y conocimientos que la persona tiene interiorizados como resultado de los aprendizajes que ha adquirido a lo largo de la vida y del contexto social. Son cuidados que pueden orientarse a la promoción, prevención y resolución de situaciones de alteración, pero en los que la tecnología de nivel complejo o el conocimiento experto no es la base de la intervención.

A lo largo de la historia los individuos se han suministrado sus propios cuidados. Ya sea cuidados a sí mismo, si tenían las habilidades, los conocimientos y la motivación necesaria; o "cuidados a otros" (a los cercanos, a los allegados), si el sujeto que los requería no tenía los elementos básicos para autocuidarse. La totalidad de los cuidados se administraban desde los propios sujetos o grupos y, sólo en ocasiones, determinados personajes que adquirían unos conocimientos y habilidades más especiales, ofertaban cuidados a otros de una forma más especial. En cualquier caso, todos ellos eran personajes de la propia comunidad, de la *red social o de soporte* del lugar.

Los cuidados de Curación —"cure"— tienen como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. Los cuidados de curación suelen aislar al paciente de su entorno, de su nicho ecológico, de su grupo, porque así lo requiere la mayoría de las veces el proceso. De forma progresiva aniquilan todas las fuerzas vivas de la persona, agotan sus fuentes de energía. Por ello, si no se trabaja conjuntamente con los cuidados del "care", situamos a los pacientes, en este caso personas mayores, en situaciones de irreversibilidad respecto de los procesos que padecen, y se hacen más vulnerables a sufrir nuevos problemas.



Históricamente el mantenimiento de la vida, los cuidados habituales —“care”— predominaban sobre el “cure”. Posteriormente, con el avance de la sociedad, aparece una diferencia importante en las actividades de cuidados. Surgen espacios delimitados para la ejecución de cuidados más sofisticados, de una determinada tecnología. El “cure” se va identificando como la intervención relevante y, progresivamente, se van desechando, al menos a nivel ideológico, los cuidados “cotidianos”. Estos se siguen realizando, pero no son integrados por los grupos de profesionales de la salud como algo significativo del cuidar, y van adentrándose en una zona oscura, en la que dejan de ser importantes.

En la actualidad todos los profesionales tenemos conciencia de que los cuidados de enfermería no pueden disociarse de las situaciones de la vida de las personas cuidadas. Por tanto, deben desarrollarse teniendo en consideración las dos vertientes. Todos los profesionales del cuidado —enfermeros/as—, asumen dentro de su quehacer los dos ámbitos de los cuidados.

Colliere (5) también hace una distinción entre el *cuidar* y el *tratar*. *Cuidar* potencia todas las áreas de la persona con objeto de movilizar todas las capacidades que esta persona posee (las acciones de cuidados son liberadoras); potencia lo que en las personas mayores denominamos las CAPACIDADES RESIDUALES (las capacidades que aún permanecen y son fundamentales para que la persona pueda seguir percibiéndose como alguien que aún puede hacer); enseña a compensar las deficiencias; reconoce los conocimientos de las personas cuidadas, los utiliza y ayuda a aumentarlos.

Tratar pretende controlar la enfermedad, eliminar el obstáculo que daña la vida de la persona. Los cuidados del “care” se focalizan en desarrollar las capacidades de los usuarios para compensar las alteraciones causadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social que conlleva la enfermedad.

Cuando se confunde *cuidar* y *tratar*, todas las fuerzas vivas de la persona que es cuidada permanecen inactivas, pasivas, no se movilizan.

Todos necesitamos de los dos enfoques de cuidados, pero en el caso de las personas depen-

dientes y, en general, de los mayores, los cuidados habituales, de costumbres... son esenciales, ya que la persona anciana encuentra mayores dificultades para cubrirlas por sí misma si presenta alguna alteración de salud.

Los cuidados habituales están arraigados en la historia de las personas, tienen claves individualizadas de interpretación de la realidad. Son las personas cuidadas y sus familiares quienes tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación que necesitan.

Si me sitúo desde el modelo de V. Henderson, los problemas que surgen para llegar a identificar la Fuente de Dificultad que limita la satisfacción de las Necesidades básicas, pueden, en muchas ocasiones, estar relacionados con este nivel.

Ofertar de forma complementaria acciones de cuidados referidas al “cure” y al “care” requiere un conocimiento amplio de dónde se sitúa el individuo, qué costumbres tiene, qué valores, qué acciones realiza por sí mismo para dar respuesta a sus necesidades... Cuidar no es un acto aislado del contexto social en el que se encuentra la persona.

Si el profesional de enfermería, en los diferentes contactos que tiene con los pacientes y sus Cuidadoras, se limita a controlar la enfermedad —cuidados del “Cure”—, posiblemente esté potenciando la dependencia de los usuarios respecto al sistema sanitario y amputando un área funcional fundamental en su oferta de servicios.

Si partimos de este enfoque de cuidados, en los casos en los que aparece la figura del Cuidador/a Informal, se hace imprescindible trabajar con ellos. Por tanto, nuestro cliente es el binomio cuidador/a-persona cuidada o Anciano/a-CI.

Trabajar con el binomio /cuidador/a-persona cuidada hace a la población más autónoma, más independiente del sistema sanitario y de Servicios sociales. En este caso parto del supuesto de una relación a tres: Enfermera (CF); Anciano/a y Cuidador/a Informal (CI).

El denominado sistema Quasi-Infomal (personas que no tienen ningún vínculo familiar o afectivo con la persona cuidada, que no son profesionales de los cuidados, que reciben una formación básica para atender áreas de dependencia y una retribución económica como pago de los servicios) no lo abordaré. Considero que requiere otro tipo de enfoque.



62 ¿QUIÉNES SON LAS/OS CUIDADORAS/ES?

El *perfil de las/los cuidadoras/es* creo que no necesitamos ampliarlo. Durante el día de ayer ya se comentó que suele ser una mujer; de mediana edad; con un nivel de instrucción medio-bajo; con responsabilidades compartidas con otros miembros de la familia; con renuncia, en muchas ocasiones, de actividad laboral fuera del hogar y relaciones sociales, y con una dedicación de tiempo a la persona dependiente significativa, que se suma a otras cargas y responsabilidades familiares.

DEDICACIÓN DE TIEMPO

En cuanto al tiempo, y volviendo a los cuidados habituales, de mantenimiento de la vida, son precisamente las personas allegadas, los cuidadores/as, los que dedican una mayor cantidad de tiempo a estas actividades. Estos se encuentran permanentemente en el escenario de acción.

Podríamos decir que la actividad cuidadora del Sistema Informal se incluiría en los Servicios de Larga Duración, ya que prestan cuidados continuados a personas dependientes que precisan mantener al máximo sus limitados niveles de funcionalidad, salud, bienestar mental y social.

¿EN QUÉ ESCENARIOS APARECEN LAS/OS CUIDADORAS/ES INFORMALES?

Tampoco es una novedad que, aunque en estas Jornadas estamos focalizando nuestra atención en los cuidados de los mayores en su medio domiciliario, los escenarios donde participan los llamados "Cuidadores/as Informales" no se limitan al domicilio.

Si analizamos el uso de los servicios sanitarios por las personas mayores, como ya se comentó ayer, el número de ingresos y la estancia media de hospitalización es mayor que en otros colectivos poblacionales; el uso de los servicios de Atención Primaria también es mayor, así como las necesidades de los servicios domiciliarios. Si estos son los escenarios de las personas mayores, también lo es el de sus cuidadoras habituales.



Las propias instituciones sanitarias son espacios de la atención a la salud del Sistema Informal mediante una amplia gama de acciones que comprende desde la gestión de la relación con los propios servicios hasta la provisión directa de cuidados durante el ingreso del paciente en instituciones sanitarias. No podemos olvidar que la participación real de los Cuidadores/as Informales desde la propia institución ayuda a reinsertar más rápidamente a la persona mayor a su medio habitual, que es el domicilio.

El Sistema Formal (6) aporta sólo una pequeña parte de las necesidades de cuidados de las personas (el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud); el resto (el 88%), forma parte del trabajo realizado en el ámbito doméstico.

En cualquier caso, el espacio por excelencia de la actividad cuidadora del Sistema Informal es el domicilio. Y como bien se ha comentado a lo largo de estos 2 días en las diferentes ponencias, el domicilio es un espacio básicamente sociosanitario.

Con estas cuestiones trato de poner de manifiesto 4 aspectos: el reconocimiento de la existencia del denominado "Sistema Informal de Cuidados"; la sensibilización social sobre el impacto que el aumento de la dependencia está provocando en diferentes escenarios —comunitario, domiciliario, sanitario—; la complejidad que conllevan los servicios de cuidados para compensar las áreas dependientes de las personas y la necesidad de profesionales cualificados y formados en el campo de los cuidados que garanticen un me-



jor servicio ya sea por acciones directas hacia las personas dependientes o indirectamente ayudando a los Cuidadores/as Informales.

Si esta es la situación se hace inevitable establecer modelos de intervención en los que se detecta una relación a 3: la enfermera y el binomio anciano/a-Cuidadora Informal.

Trabajar conjuntamente con las Cuidadores Informales requiere en primer lugar tener en consideración aspectos generales del enfoque de atención sanitaria que se pretende para las personas mayores. En este caso voy a tomar como referencia las *características que debe reunir la atención sanitaria a las personas mayores, recogidas de la publicación del I Informe del Defensor del Pueblo sobre la Atención sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos 2000*, donde se observa que los servicios y los profesionales que atienden a la población anciana deben tener en cuenta aspectos tales como:

- Atención Integral.
- Integrada en el sistema de servicios que se oferta a la población mayor.
- Integradora, es decir, que garantice la incorporación de las personas mayores a su entorno social habitual lo antes posible.
- Terapéutica, precoz en la detección e intervención; que le garantice la readaptación para desarrollar las AVD o Satisfacción de NB.
- Progresiva en todas las fases del proceso de salud-enfermedad.
- Continuada en el tiempo, con independencia de los escenarios donde se desarrolle.
- Con estructuras físicas y organizativas adaptadas a las distintas situaciones de salud-enfermedad que presentan los mayores.

- Coordinada con los diferentes niveles e instituciones.

Si tenemos en cuenta estas características, posiblemente muchas de ellas no podrían alcanzarse si no se integra al Cuidador/a Informal en aquellos casos en los que exista.

Para garantizar una atención integral u holística hay que tener en consideración que es precisamente la persona cuidadora la que posee la globalidad de la persona mayor. En la incorporación del anciano/a a su medio social, son los CI quienes tienen este papel de bisagra entre los servicios y el entorno social. Y sobre la detección precoz de cambios tienen la información (la acción terapéutica que realizan lo comentaremos más adelante), y así mismo ocurre con la continuidad de los cuidados y la atención progresiva.

En segundo lugar se hace necesario tener presente las diferencias que existen entre el denominado Sistema Formal y el Sistema Informal (tabla 1).

Estas diferencias obligan a desarrollar metodologías flexibles y abiertas a las situaciones que van apareciendo; obliga a desarrollar instrumentos que se adecuen a estas situaciones cambiantes como las que pueden surgir en el medio domiciliario y en las relaciones familiares.

En cualquier caso, el reparto actual de responsabilidades y tareas entre el sector formal y el informal no está suficientemente trabajado.

Identificar las áreas de trabajo y la metodología a utilizar está condicionado por el propio *perfil del CI* (experiencias previa de cuidados, edad, cargas familiares, vínculos respecto a la persona cuidada...); por las *características de la persona cuidada* (muy anciana, procesos degenerativos, tiempo de evolución, nivel de dependencia para

Tabla 1.

Sistema Formal	Sistema Informal
Leyes, reglas, normas, procedimientos.	No normativo.
Autoridad legal, racional.	Autoridad afectiva.
Universal en su enfoque.	Particularista.
Neutral, objetivo.	Fuente de afecto, reciprocidad a largo plazo o relaciones inalienables.
Conocimiento formal.	Experiencia diaria. Abierto a todos los conocimientos de las personas y de los contextos.



64 satisfacer las Necesidades Básicas); *por el escenario donde se desarrollan esos cuidados*, en este caso el domicilio, y los recursos de su entorno más cercano a los que puede acceder.

La metodología de trabajo debe garantizar 3 objetivos fundamentales respecto al CI:

- Debe entender el proceso.
- Es necesario integrarle dentro del proceso de salud-enfermedad de la persona cuidada.
- Debe cuidársele dentro del proceso.

El enfoque de la intervención (7) puede ser de *complementariedad o de especificidad de tareas*, en el que los cuidadores informales y la enfermera proporcionan cuidados en función de sus características. Este modelo permite ser flexible, ya que trabaja a partir de las características de los dos grupos. También se observa el *modelo de sustitución* en el que cada personaje presta cuidados cuando la otra fuente no está disponible. Este modelo, desde mi punto de vista, tiene riesgos. Se puede recurrir al CI, sólo en aquellos casos en los que no existen recursos humanos suficientes para atender las demandas. Ejemplo de ello es la delegación de actividades cuidadoras a los CI cuando a los profesionales les falta tiempo para desarrollar las actividades del día en las unidades de hospitalización.

Por otro lado, otros autores (8) (Twigg) plantean concepciones alternativas:

- El cuidador como recurso.
- El cuidador como co-trabajador.
- El cuidador como co-cliente.

Tomando como referencia estos enfoques (de recurso, co-cliente y co-trabajador), y volviendo al concepto de cuidados comentado anteriormente, las áreas a trabajar con el CI las podemos situar en 3 niveles:

1) El CI es una fuente de información a la que no se puede renunciar si pretendemos trabajar los cuidados habituales.

2) El CI es un recurso terapéutico para el paciente anciano/a: emocional e instrumental (enfoque de recurso).

3) El CI es un cliente en sí mismo, ya que aparecen necesidades propias como consecuencia de la actividad cuidadora que desarrolla.

En cuanto al primer apartado, el C.I como *fuentes de información* a la que no se puede renunciar (enfoque Care), es importante el cono-

cimiento que tienen de las costumbres, de las habilidades adquiridas a lo largo de la vida para autocuidarse o cuidar a la persona dependiente, de las claves de interpretación y la facilidad que poseen para captar los signos o señales de los pacientes y el entorno. A todos estos datos la enfermera no puede renunciar cuando atiende a las personas mayores. El conocimiento del fundamento de las creencias es básico para orientar los cuidados habituales. Las costumbres dan lugar a la adhesión al grupo que cree que tal o cual forma de hacer las cosas es buena. Ellos (los CI) son los que están en posesión del hilo conductor, es decir, del sentido, significado y dirección de las actuaciones.

El trabajo de la Enfermera en el espacio domiciliario con los Cuidadores Informales y los pacientes o usuarios ancianos se convierte en un encuentro con lo desconocido. Este encuentro puede producirse gracias al dominio de elementos y datos conocidos y a la comprensión de la forma en que interfieren.

Los profesionales para trabajar con los ancianos y/o sus Cuidadores Informales deben volver a aprender a ver; volver a aprender los lenguajes coloquiales...

El CI, como fuente de información, permite que la enfermera pueda entrar en el espacio desconocido y complejo que puede ser el medio doméstico y las relaciones familiares. La acción de cuidados es descifrar los simbolismos del espacio de los usuarios de los cuidados para ver en ellos cómo reajustarlos cuando la situación así lo exige. Es necesario iniciar un camino a lo desconocido donde se aprende a reconocer los elementos conocidos, a encontrar los fenómenos que se hacen familiares a medida que se recorre el trayecto, sirviéndose así para pasar a intervenciones contextualizadas a las demandas reales que tienen los usuarios.

El CI tiene el conocimiento global sobre el proceso de la persona cuidada, aunque en ocasiones no sea consciente de ello. El profesional de enfermería ayuda con el método, que se podría identificar como los principios operativos que posibilitan pensar por sí mismos; ayuda a orientar la organización de los conocimientos y cómo utilizarlos.

Esta forma de trabajar contribuye a pensar en la complejidad de lo real en lugar de deshacer esta complejidad y sin tener que amputar parte de esa realidad.



El método de la complejidad pasa de lo desconocido a lo conocido para volver a lo desconocido; de la incertidumbre a las zonas de certeza.

El CI como *recurso terapéutico* para el paciente anciano/a trabaja en sus 2 vertientes: emocional e instrumental (enfoque de recurso). Emocional, porque en la mayoría de las situaciones el CI es también la persona significativa para el/la anciano/a, es la persona que le ofrece el soporte emocional, que le hace sentirse seguro/a; es el referente visual que le ayuda a soportar situaciones conflictivas y le potencia para recuperar el equilibrio dentro de esas situaciones y entornos poco conocidos. Es el soporte emocional que a través del acompañamiento, el contacto físico o la palabra hace que la persona anciana perciba un mayor bienestar. Los miembros de la familia tienen una acción terapéutica en situaciones de déficit. De todos es conocido la fuerte relación entre la calidad de vida y el apoyo de redes sociales de las personas. La falta de red o apoyo, actúa como determinante de mala salud.

Por otro lado también es el soporte instrumental para la mayoría de las AVD y las AI, si el nivel de dependencia de la persona cuidada es muy alto. Es aquella persona que conociendo las *señales, los signos* de la persona cuidada, es capaz de orientar adaptaciones que se adecuen mejor a las necesidades que presenta. En este caso, el profesional de enfermería, en su planificación de cuidados debe integrar estos aspectos para poder dar una respuesta real a los déficit de cuidados de la persona mayor.

Los/as CI necesitan de los profesionales adiestramiento específico en técnicas que se correspondan con lo que ellos/as estiman más oportuno para la persona cuidada, siempre con una orientación profesional. También se deben ofertar contenidos que sin ser demandados por los CI, el propio profesional estima necesarios una vez valorada la situación. Técnicas de estimulación, movilización de paciente (método Dotte), identificación de riesgos, técnicas... son algunos de los contenidos a trabajar. Conviene recordar que la ayuda que debe ofertar a la persona mayor debe ser la estrictamente necesaria y en tiempo limitado si no son procesos irreversibles. Debe entenderse como recurso de apoyo y sólo de suplencia cuando sea estrictamente necesario.

Se debe, además, potenciar la globalidad de las capacidades de la persona y no potenciar una sola.

La complejidad en conocimientos y habilidades que el CI necesita para cubrir su rol viene determinado por la capacidad en sí que presenta. La tecnología que se incorpora al domicilio tiene que ser compatible con el entorno doméstico, el CI y la persona cuidada. La tecnología de baja complejidad tiene prioridad en el medio domiciliario.

Estos dos apartados nos responden a la cuestión de qué aportan los familiares/cuidadores al proceso de salud-enfermedad.

- Apoyo emocional.
- Soporte físico.
- Soporte social.

Por último, *el/la CI como cliente en sí mismo*, ya que aparecen necesidades propias o derivadas de la actividad cuidadora que desarrolla. Muchas de las técnicas o procedimientos comentados anteriormente (método Dotte) son recursos preventivos para que los/as CI no entren en situación de alteración de salud.

También los programas de respiro, la Ayuda Domiciliaria, los Centros de Día... son recursos que tratan de *cuidar al cuidador*.

El perfil del CI, la casuística de la persona cuidada, el tiempo que el CI lleva desempeñando ese rol, la intensidad de la demanda, el tipo de relación que le une a la persona cuidada... son, entre otros, elementos que determinan las necesidades implícitas o explícitas que pueden presentar los CI.

En ocasiones son necesidades referidas a servicios de salud, otras al área social y emocional. Atender las áreas específicas de cuidados y derivar a otros profesionales para dar soporte son algunas de las actividades que se pueden desarrollar.

Es importante desarrollar técnicas para afrontar las situaciones en las que se produce un conflicto de intereses entre el bienestar del Cuidador y el de la persona cuidada.

La dinámica de trabajo con el CI, establece los límites de la acción enfermera. Estos se pueden mover y desplazar conforme evoluciona la situación.

Para finalizar, es necesario enfatizar la relación de co-trabajador entre la enfermera y la CI. Debe ser una relación de iguales, en la que cada par-



66 te aporta al proceso algo esencial. Esto es posible siempre que se desarrolle una metodología de trabajo donde la actitud de los profesionales entiendan la aportación de los CI en el proceso como un requisito y como un derecho en sí mismo del propio CI.

Para concluir resaltamos que:

– Las necesidades de cuidados de las personas mayores no se atienden adecuadamente si no se incorporan los CI en los casos en que existen.

– Es necesario una relación de co-trabajador con el CI.

– Aunque para todos es evidente el protagonismo de los CI en el espacio domiciliario, esta

participación es limitada si no se corresponde con una integración real en los otros escenarios, como puede ser el hospital.

– La participación real no será posible en tanto no se contemple como un derecho de los propios Cuidadores.

– Trabajar conjuntamente con los CI requiere metodologías creativas, flexibles y abiertas a los acontecimientos particularistas que surgen en el domicilio y en las relaciones familiares.

– Los instrumentos de valoración a trabajar con las personas mayores deben contemplar indicadores referidos a los cuidadores o ser compatibles con instrumentos específicos para los CI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamienson A, Illsley R. Comparación de políticas de atención a las personas mayores. SG Editores S.A. Fundación Caja Madrid. 1993.
2. García Calvente M^a M, Mateo Rodríguez I. ¿Quién ciuda de quién? Rev INDEX de Enfermería 1994;8-9.
3. Informe y Defensor del pueblo. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Informes, estudios y documentos. Madrid 2000.
4. Colliere F. Ídem, op. cit.
5. Colliere F. Promover la vida. Madrid 1993.
6. Servicios Sociales. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). 1996.
7. Jamienson A, Illsley R. Ídem, op cit.
8. Jamienson A, Illsley R. Ídem, op cit.