



Tesis en opción al Título Académico de Máster en Intervención psicosocial en el desarrollo humano

Programa de intervención psicosocial para potenciar
estilos de vida desarrolladores en cuidadores
primarios adultos mayores

Autora: Lic. Yailén Rodríguez Rosa

Tutoras: Dra. C. Rosa María Reyes Bravo

Ms. C. Larissa Beatriz Turtós Carbonell

Santiago de Cuba, 2016

DEDICATORIA

*A mi abuelito, por los cuidados que me faltaron por darte, porque siento que pude
haber hecho más por ti...*

A mi papá, que supo hacer del cuidado de mi abuelo una tarea de infinito amor.

Por tu entrega, que te permitió dejarlo ir estando en paz contigo mismo.

A todos los que cuidan...

AGRADECIMIENTOS

A las cuidadoras, por abrirme las puertas de sus casas y de sus vidas.

A mis tutoras, Rosa María y Larissa, a quienes admiro. Gracias por el tiempo dedicado y por la guía certera.

A la psicóloga Mirtha Lavigne por su significativa colaboración.

A los profesores y compañeros de la maestría, por el camino transitado juntos, por los aprendizajes compartidos.

A mis padres y mi hermana, por el amor, por la familia que somos. A mami y Mayi por su preocupación a pesar de la distancia, por darme siempre ánimo; a papi porque ha sido mi mano derecha en este tiempo. ¡No me olvido de nuestro trato!

A mis amigas y amigos, los de toda la vida, y los que llegaron más tarde pero igual son para toda la vida, a pesar de las distancias y los rumbos inciertos...

A Susel, Betty, Larissa, Aymara, Carlos, María Esther, Yanet, Lisandra por la amistad y el cariño, porque sé que puedo contar con ustedes. Los voy a extrañar...

A mis tesoritos: Angélica, Abraham, Anyeline y Dante, porque un beso, una caricia de su manitas o unas palabras de cariño tuyas son el regalo más sublime.

A todos los que han puesto un granito de arena en este resultado, a los que hasta sin saberlo me animaron con una palabra o un gesto en los días que más lo necesitaba.

RESUMEN

El presente estudio tiene como Objetivo: Diseñar un programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores, para lo cual se sistematizan los indicadores teóricos de la categoría estilo de vida, se caracterizan los estilos de vida de los cuidadores primarios adultos mayores y se evalúa el diseño del programa de intervención. Se empleó la metodología cualitativa y el método etnometodológico a partir de un estudio de casos múltiples, aplicando la entrevista en profundidad. La evaluación del diseño del programa fue realizada a través del criterio de especialistas.

Se revela como condición necesaria para la existencia de un estilo de vida desarrollador en cuidadores primarios adultos mayores, la capacidad de reflexión crítica de sus circunstancias vitales, que rompa con la familiaridad acrítica con que se asume el rol de cuidador; capacidad para conjugar las demandas de la labor con la esfera íntimo-personal, empleo de capacidades comunicativas que posibiliten la solución de conflictos; empleo de estilos de afrontamiento que permitan la adaptación activa del adulto mayor frente a sus circunstancias, así como una articulación coherente entre el conocimiento de sí mismo y las aspiraciones para el futuro, permitiendo reorientar el comportamiento hacia nuevas metas a partir de la reestructuración desarrolladora de los procesos motivacionales en la etapa. El programa de intervención psicosocial a nivel individual, sustentado en la orientación psicológica como modo de actuación, resulta pertinente para potenciar estilos de vida desarrolladores, a partir de la reflexión crítica sobre el desempeño del rol de cuidador.

ABSTRACT

The objective of this study is: Design a psychosocial intervention program to improve developmental lifestyles in elderly primary caregivers; for getting this, the theoretical indicators of the lifestyle category are systematized, the lifestyles of elderly primary caregivers are characterized and the design of the intervention program is evaluated. The study was carried out using the qualitative methodology, the ethnomethodological method based on a multiple case study; the applied technique was the interview in depth. The evaluation of the program design was realized with the judgement of specialists.

It is revealed as a necessary condition for the existence of a developmental lifestyle in elderly primary caregivers, the capacity of critical reflection of the subjects of their vital circumstances, which breaks with the uncritical familiarity that is assumed to the caregiver role; the capacity to combine the demands of the work with the intimate-personal sphere, the use of communicative capacities that allow the solution of conflicts; the use of affront styles that allow the active adaptation of the older adult to their circumstances, as well as a coherent articulation between self-knowledge and aspirations for the future, allowing to reorient their behavior towards new goals. The program of psychosocial intervention at the individual level, based on psychological orientation as a mode of action, is relevant to foster developmental lifestyles, based on critical reflection on the role of caregiver.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 7 |
| 1.1 Referentes teóricos y epistemológicos en el tratamiento de la categoría estilo de vida..... | 7 |
| 1.1.2 Hacia una conceptualización del estilo de vida como eje articulador del desarrollo personal..... | 10 |
| 1.2 El cuidado informal de personas dependientes y sus implicaciones psicológicas: el rol de cuidador primario..... | 22 |
| 1.3 Características sociopsicológicas de la tercera edad: cuando el que cuida es un adulto mayor. | 29 |
| CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA Y RESULTADOS | 35 |
| 2.1 Diseño Metodológico | 35 |
| 2.2 Definiciones conceptuales | 37 |
| 2.3 Descripción del acceso al campo y selección de los sujetos de investigación..... | 38 |
| 2.4 Métodos para la recogida y análisis de la información..... | 39 |
| 2.5 Análisis de resultados por casos..... | 40 |
| 2.6 Integración de los resultados de la caracterización del estilo de vida de cuidadoras primarias adultas mayores | 56 |
| 2.7 Fundamentación de la propuesta de intervención | 59 |
| Sobre los programas de intervención para cuidadores... .. | 59 |
| ¿Por qué la perspectiva psicosocial en esta investigación? | 61 |
| 2.7.1 Fundamentos teóricos y metodológicos del programa de intervención psicosocial | 62 |
| 2.7.2 Diseño del Programa | 67 |
| 2.8 Evaluación del diseño del Programa..... | 75 |
| CONCLUSIONES | 78 |
| RECOMENDACIONES..... | 80 |

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en Cuba es similar al de muchos países desarrollados, y se encuentra entre los que tienen un índice más elevado dentro del grupo de países en vías de desarrollo. Esta es, sin duda, la principal característica demográfica de Cuba en la actualidad, y también prospectivamente (Espín 2010). Según la Oficina Nacional de Estadísticas (2015), el 19% de la población cubana tiene 60 años o más. Para el 2025 esta cifra ascenderá al 25% y se duplicará para el 2050. En la provincia Santiago de Cuba, el 17.3% tiene más de 60 años y específicamente las personas que sobrepasan los 80 años representan un 15.8% dentro del grupo de 60 años y más.

Las consecuencias del envejecimiento poblacional se expresan en una paulatina inversión de la pirámide poblacional así como de la escala de dependencia y asistencia. El aumento de la esperanza de vida y la esperanza de vida geriátrica, han traído consigo el crecimiento del grupo de edad de 80 años y más. Lo anterior, junto al cambio en los patrones epidemiológicos que se centra en problemas crónicos y degenerativos, está propiciando que cada vez sea mayor el número de personas que presentan algún tipo de dependencia asociada a enfermedades crónicas (Pérez, 2005 citado en Espín, 2010; Anuario Estadístico de Salud, 2015).

Ante esta realidad, emerge el cuidado como un problema social necesario a ser atendido, y el rol de cuidador como un nuevo rol a desempeñar. En nuestro contexto los cuidados de personas dependientes se realizan esencialmente en el hogar, por nuestra propia idiosincrasia en la que están fuertemente arraigados los valores familiares y por la poca disponibilidad de instituciones donde se lleven a cabo los mismos. El cuidado informal es ofrecido por familiares, vecinos o amigos, existiendo generalmente una persona que asume la mayor responsabilidad en la satisfacción de las necesidades de la persona dependiente, denominada cuidador primario (Espín, 2010).

Alrededor del rol de cuidador primario se entretajan una serie de asignaciones sociales que pautan, entre otros aspectos, la manera en que debe ser propiciado el cuidado, a partir de unas expectativas y prescripciones sustentadas en un tipo de vínculo que compromete emocionalmente a la persona que cuida. Se ha descrito que el desempeño del rol, produce en los cuidadores primarios problemas de diversa índole, con consecuencias en el plano individual y social: la preocupación constante y la tensión que origina, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercuten en la salud, producen privaciones y restringen

la vida social y personal del cuidador (Ballester et al., 2006; Espín, 2010; Pérez, 2014; Rees, O'Boyle y Macdonagh citado en Pérez, 2006).

Resultados de entrevistas a cuidadores del municipio Santiago de Cuba, como parte del diagnóstico factual realizado, dan cuenta de que perciben una sobrecarga intensa, padecen afecciones de índole física y mental, se alteran sus relaciones sociales, se reducen los espacios y el tiempo dedicado a la interacción social y no se satisfacen necesidades de esparcimiento e intimidad. Estos cambios vitales, indican una reestructuración en todas las esferas de la vida, así como de la forma en que se organiza y conduce la misma.

Los datos anteriores son coherentes con los descritos en numerosas investigaciones sobre el tema (Acosta, 2014; Ballester et al., 2006; Espín, 2010; Pérez, 2006), en las que se enfatiza en los efectos que genera asumir la tarea de cuidado. Pero es necesario destacar que la tarea por sí misma no produce estas consecuencias, sino que es la manera en que se asume y se desempeña el rol, y cómo a partir de ese interjuego entre lo asignado y lo asumido, que el cuidador va articulando una forma peculiar de vivir. La manera en que el rol es asumido, en que te constituye como persona, se expresa en un determinado estilo de vida.

Al parecer, los cuidadores viven de una manera que está generando enfermedad, contradicción e insatisfacción en mayor medida. Entre las categorías más estudiadas en este grupo, se encuentra la sobrecarga, los estilos de afrontamiento, el apoyo social y la calidad de vida (Delicado Useros, 2003; Lluch, Morales, Cabrera y Betancourt, 2010; Pérez y Llibre, 2010; Pérez Jiménez et. al., 2013).

Si bien las investigaciones dan cuenta de que el cuidador sufre una modificación importante en su vida y se reconocen las implicaciones en todas las esferas de la misma, no se encuentran estudios que aborden cómo los estilos de vida, en su relación con el desempeño del rol, afectan el bienestar de los cuidadores. Los estudios no enfatizan en los condicionantes de este proceso, a partir de analizar la relación entre la persona que cuida y la labor de cuidado, y la manera en que esta es asumida e integrada a su modo particular de asumir la vida.

Ponemos la mirada entonces en la categoría estilo de vida, la cual brinda un gran potencial, por su carácter social, relacional; peculiar en su expresión en cada sujeto, que no ha sido suficientemente explotado. Analizando el estilo de vida de una persona podemos conocerla como sujeto, es decir, podemos verla interviniendo activamente en sus circunstancias de desarrollo total (Fariñas, 2005). Así, estudiar el estilo de vida posibilitaría comprenderlo como mediador y resultado del desempeño del rol de cuidador.

En estudios realizados en nuestro país se encontró que el 40,6% de los cuidadores pertenece al grupo de 60 años y más. Este no es un porcentaje desestimable y si hacemos un análisis prospectivo, teniendo en cuenta nuestra dinámica demográfica y el rango de edad de mayor prevalencia en los cuidadores (el 39.7% se encuentra entre los 45-59 años), es una cifra que sigue y seguirá en ascenso (Espín, 2010; Herrera et al., 2012; Pérez Jiménez et al., 2013; Pérez y Llibre, 2010; Turtós et al., 2016). Por otro lado, el Censo de Población y Vivienda realizado en Cuba en el 2012, arrojó como resultados una reducción del número promedio de personas por hogar a 2.95, estando el 64% de los hogares cubanos compuesto por adultos mayores (Arés, 2014). Toda esta dinámica demográfica y social explica que cada vez más sean los adultos mayores quienes desempeñen el rol de cuidadores.

Se considera que es en la etapa de la vejez donde las personas se encuentran más capacitadas para desplegar todos los recursos psicológicos y sociales alcanzados, para entender su posición e impulsar procesos sociales e individuales desarrolladores (Orosa, 2007; Turtós, 2007). Este panorama conjuga contradictoriamente el arribo a una etapa de la vida que supone, desde la teoría, mayores y mejores condiciones para el disfrute pleno, con la cotidianidad de los adultos mayores cubanos, quienes se ven estigmatizados por la idea de que esta no puede constituirse en un periodo de nuevos aprendizajes y de crecimiento personal. Esta situación se complejiza si el adulto mayor tiene que asumir el rol de cuidador, que como ya mencionábamos tiene grandes implicaciones para la vida de quien lo asume, acentuando su desvinculación.

Constan como antecedentes de esta investigación el estudio de Pérez (2014), quien aborda los proyectos de vida en una adulta mayor cuidadora, y revela como indicadores para caracterizar la labor de cuidado, el proceso de asunción de la tarea, los motivos para ejercerla, el empleo del tiempo y el vínculo con el receptor; aspectos a tener en cuenta para comprender cómo el desempeño del rol condiciona el estilo de vida. Hidalgo (2015) aborda la relación interpersonal en el binomio definiéndola como indicador de bienestar psicológico y de la actividad de cuidado, en la que se revela como relación esencial, el vínculo anterior con la persona cuidada.

Por su parte, la categoría estilo de vida es referida en varias investigaciones sobre cuidadores, haciendo referencia a los cambios que tienen lugar en el mismo, pero sin teorizar sobre la categoría y establecer sus indicadores. El estilo de vida es concebido esencialmente como patrones de conductas, que son potencialmente generadores de enfermedad, dígame consumo de fármacos, hábitos tóxicos, nutrición, cambios en los patrones de sueño, empleo del tiempo y desvinculación (Ballester et al., 2006, Bódalo-Lozano, 2010).

Los aportes de Mayo (1999) y Fariñas (2005) en su abordaje teórico de la categoría estilo de vida, nos permitirán comprenderlo como eje articulador de la situación social del desarrollo, expresando la relación peculiar que establece el sujeto con su medio, y evidenciándose como marco de configuración de su situación vital actual.

Cuando de intervención en cuidadores se trata, los programas se centran esencialmente en la enseñanza de habilidades de cuidado o afrontamiento de situaciones difíciles, ignorando las necesidades emocionales de los cuidadores relacionadas con sus sentimientos de frustración, ira o culpa (Espín, 2010). En Cuba se han aplicado múltiples intentos, pero ninguno validado ni evaluado desde el punto de vista científico e institucional a excepción del diseño, aplicación y evaluación de una Intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia, con la finalidad de preparar al cuidador para un mejor afrontamiento del cuidado del enfermo (Espín, 2010).

Losada (et al., 2005) refiere que la ineficacia de las intervenciones realizadas se ha sustentado en el enfoque clínico de las mismas, además de la ausencia de un modelo teórico de partida que justifique los contenidos del programa, la falta de una metodología de intervención rigurosa y la no utilización de procedimientos de evaluación sensibles al proceso de la intervención.

La problemática que se presenta, en nuestro criterio, requiere de un análisis psicosocial, a partir de la naturaleza relacional de los roles y del estilo de vida. Esta perspectiva, permitirá trascender las limitaciones de las intervenciones realizadas con los cuidadores, en tanto permite no solo comprender los mecanismos mediante los cuales la asunción del rol se expresa en un estilo de vida, sino además, favorecer una postura crítica de los cuidadores ante la situación de cuidado, y con ello una transformación desarrolladora que tome como punto de partida sus estilos de vida.

A continuación se explicitan algunas insuficiencias y contradicciones que justifican la necesidad de este estudio:

1. Si bien la categoría estilo de vida es referida en las investigaciones relacionadas con la salud y el bienestar de los cuidadores, en tanto se reconocen las modificaciones que se generan en los mismos al asumir el rol de cuidador, su abordaje resulta parcializado y fraccionado, sin un tratamiento teórico que lo sustente. ¿Qué aspectos del ejercicio del rol de cuidador impactan en el estilo de vida? ¿El estudio de los estilos de vida de los cuidadores primarios podría sustentar una propuesta de intervención que contribuya a un mejor desempeño del rol y se revierta en el desarrollo personal de quien lo ejerce?

2. Teniendo en cuenta nuestra dinámica sociodemográfica, y el actual perfil de los cuidadores cubanos, en un futuro muy próximo serán los adultos mayores el grupo de edad que predomine en el desempeño de dicha tarea; sin embargo, las investigaciones sobre cuidadores no toman a estos como centro de sus análisis. ¿Será necesario tomar en consideración el desempeño del rol de cuidador como una de las tareas del desarrollo en dicha etapa? ¿Qué aspectos de la situación social del desarrollo de los adultos mayores cuidadores podrían constituirse en favorecedores de estilos de vida desarrolladores?

Nos planteamos como **Problema de investigación:** ¿Cómo potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores?

Objetivo General: Diseñar un programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores.

Objetivos Específicos:

- Sistematizar los indicadores teóricos de la categoría estilo de vida.
- Caracterizar los estilos de vida de los cuidadores primarios adultos mayores.
- Evaluar el diseño del programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores.

Idea a defender: El diseño de un programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores, debe sustentarse en la resignificación de la relación social-personal en el desempeño del rol de cuidador, a partir de los logros de la etapa del desarrollo, posibilitando una articulación armónica, contextualizada y dinamizadora entre las dimensiones en las que se expresa el estilo de vida: la relación con los otros y consigo mismo.

La presente investigación es pertinente, en tanto el aumento de la prevalencia de enfermedades altamente discapacitantes y la necesidad de cuidados que trae aparejada, así como el aumento de los cuidadores adultos mayores, es preocupación no solo de los científicos sociales sino del Estado cubano, que tendrá necesariamente que ir ajustando sus políticas sociales para hacer frente a esta problemática. La potenciación de estilos de vida desarrolladores contribuiría a mejorar la calidad de vida de los cuidadores adultos mayores, disminuir los efectos de la carga, prevenir el desarrollo de afecciones físicas y emocionales, así como posibilitar que el ejercicio de la labor se convierta en una vía para el desarrollo personal en la etapa. El diseño de un programa de intervención constituirá un aporte en el orden práctico; hacerlo desde una intervención psicosocial, sintetizaría la relación de lo social y lo personal en el desarrollo

del sujeto, como vía para potenciar el cambio, potenciando los aspectos que en el orden personal favorecerían un mejor desempeño del rol y formas más saludables de afrontar el cuidado.

El presente informe se compone de dos secciones principales. El primer capítulo presenta los referentes teóricos de la investigación. En el segundo capítulo se fundamenta la concepción metodológica, se muestra el análisis de los resultados obtenidos en la caracterización empírica del estilo de vida y se ofrecen los fundamentos del programa de intervención psicosocial, así como su diseño. Finaliza con las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Referentes teóricos y epistemológicos en el tratamiento de la categoría estilo de vida

Desde sus orígenes a finales del siglo XIX, el término estilo de vida ha sido muy empleado y existen numerosas definiciones del mismo. Las primeras aportaciones a su estudio fueron realizadas por Karl Marx y Max Weber, autores que ofrecieron una visión socioeconómica del mismo, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento (Sánchez, 1997).

La Organización Mundial de la Salud, considera al estilo de vida como “la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por características personales de los individuos” (Vives, 2007).

Para adentrarse en su análisis, resulta necesario remitirse en primer lugar al modo de vida, entendido desde el Marxismo como categoría económica y sociohistórica, que incluye la vida espiritual y es utilizada para designar el conjunto de actividad vital, socializada y sistemática, que realizan los hombres en sus distintos niveles de interacción social y grupal, en dependencia de las características del modo de producción que impere en la sociedad; “...el modo de vida es la expresión en la actividad colectiva y en la conciencia social, de la estructura económico-social y de la cultura en cada época histórica” (González, 2001, p. 115).

Aun cuando desde su surgimiento tienen niveles de alcance y connotaciones diferentes, en ocasiones, la literatura científica los utiliza indistintamente. Aunque ambas categorías expresan en estrecho vínculo la relación hombre-sociedad, el estilo de vida implica una manera singular de asumir las relaciones sociales y las condiciones de vida, que un particular modo de vida de la sociedad establece. Según Guerrero, Duharte y Márquez (2000, citado en García, 2010) el estilo de vida se diferencia del modo de vida por tener en cuenta no tanto las formas de la actividad vital de las personas, como la situación concreta en que se despliega esta actividad, las formas de conducta diaria, propias de un determinado individuo o grupo; la manera en que estos realizan sus posibilidades sociales y concretan las diferentes formas de actividad y comunicación.

Siguiendo a Mayo (1999, pág. 10), “el proceso de asimilación individual de las condiciones sociales, así como de los rasgos fundamentales del modo de vida de la sociedad, es al mismo tiempo un proceso de transformación del modo de vida al refractarse a través del mundo interno del individuo y este ejercer su activismo”. Adentrarse en el estudio del estilo de vida implica así, tomar en consideración los factores

sociales que inducen y posibilitan determinadas formas de actividad concreta, pero reconociendo a los individuos como sujetos del modo de vida (González Rey, 1995 citado en García, 2010).

El término estilo de vida aparece en las ciencias sociales y psicológicas bajo diferentes perspectivas: para comprender la identidad de grupos, el carácter del consumo en términos económicos, la existencia humana en su especificidad individual y la causalidad del proceso salud-enfermedad; sin embargo no ha sido una categoría objeto de tratamiento teórico en sus investigaciones (Rodríguez y Zaldívar, 2001).

Desde la orientación sociológica, las definiciones convergen en entender al estilo de vida, como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social. Esta visión se enfoca únicamente en el comportamiento ("lo objetivo"), y no toma en consideración los aspectos subjetivos que sustentan esa elección y que condicionan modos de expresión particulares, en sujetos con las mismas opciones disponibles en su contexto social.

A principios del siglo XX aparece una orientación personalista que intenta trascender esa visión "objetiva", y que estuvo representada por Alfred Adler con su Psicología individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales. Dentro de esta corriente se define el estilo como el patrón organizativo supraordenado que dirige la conducta, donde el factor subjetivo adquiere el matiz central (Shulman y Mosak, 1988 citado en Sánchez, 1997). Para Adler lo esencial es asumir una postura ante las demandas vitales, estilo de vida es una "actitud para vivir" (Rodríguez y Zaldívar, 2001). En esta definición, que comprende al estilo de vida como actitud, se puede hacer una lectura sobre el posicionamiento activo del sujeto ante las demandas del medio; es el sujeto en última instancia quien, en interjuego con las influencias del medio, articula y enfoca su vida desde su propia individualidad. Estas reflexiones forman parte de la línea teórica que pretendemos seguir en esta investigación, y que iremos desarrollando a lo largo de este epígrafe.

Un poco más tarde, en las décadas del 70 y el 80 de siglo XX, comienzan a ser recurrentes los estudios sobre el estilo de vida en las publicaciones sobre la Psicología de la Salud, campo en que el término ha adquirido un auge significativo y mayor trascendencia. La importancia del debate acerca de esta categoría y su impacto sobre la salud, estuvo motivada por el hecho de que las principales causas de muerte se desplazaran paulatinamente desde los procesos infecciosos, a los factores ambientales. Así, la epidemiología comenzó a interesarse por los aspectos de la vida humana que son potencialmente generadores de enfermedad.

Con el interés de identificar factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyaron en los hallazgos de la Epidemiología, importando el enfoque que esta

ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida. Prevalcieron los estudios factorialistas, que identificaron unidades parciales del comportamiento asociados a la aparición de enfermedades específicas, como modulador del estrés, hábitos de fumar y cáncer, disturbios del sueño, abusos de sustancias, hábitos sexuales, hábitos alimenticios, entre otros (Phillips y Danner, 1995; Duberstein, 1993, Huerta, 1995 citados en Mayo, s/f).

La Psicología de la salud y la Medicina conductual lo definen esencialmente como patrones de comportamiento que determinan una forma de vida (Barriga 1993, Roth 1993 citados en Rodríguez y Zaldívar, 2001). Estas conductas se caracterizan porque son observables y al ser recurrentes a lo largo del tiempo, se convierten en hábitos que poseen consecuencias para la salud (Elliot 1993 citado en Pastor, Balaguer, García-Merita, 1998). Esta visión de los estilos de vida, predominante hoy en día en los estudios que se realizan, los asocia fundamentalmente con el riesgo de enfermar, y no desde una mirada salutogénica, ofreciendo además una comprensión del estilo de vida como suma de comportamientos o simplemente como algún comportamiento regular.

Incluso cuando formalmente algunas investigaciones declaran la concepción de la categoría en su relación con la salud, en el abordaje que realizan de la misma, a partir de los indicadores o dimensiones que definen, continúan asociándola a conductas potencialmente generadoras de enfermedad, como el sedentarismo, la ingestión de bebidas alcohólicas, malnutrición, tabaquismo, comportamiento sexual entre otras (Pastor, Balaguer, García-Merita, 1998; Ramírez Hoffman 2002 citado en Pardo-Torres & Núñez-Gómez, 2008; Vives, 2007; Knapp, 2007). Consideramos que este abordaje expresa una falsa visión salutogénica, pues no se conciben aspectos potenciadores de la salud en su sentido más amplio, como proceso que trasciende los aspectos físicos y que incluye además el bienestar personal y social.

Royce y Powel (1983 citados en Rodríguez y Zaldívar, 2001), ofrecen una mirada en la que se conciben los estilos de vida como estrategia o soluciones estratégicas del individuo, en el mundo en que vive, para poder cumplimentar sus planes y objetivos globales, y que en la práctica toman la forma de patrones de vida episódicos. Se integran las conductas particulares a las estrategias, intentando de este modo trascender la visión de los estilos de vida como suma caótica de comportamientos (Sánchez, 1997). Si para Adler y estos autores, se estructuran para enfrentar las demandas de la vida, entonces uno de los componentes a contemplar para su abordaje es el estilo de afrontamiento a los problemas.

Algunos autores al definirlos, incluyen además del conjunto de actividades de los sujetos, sus relaciones en las distintas esferas de la vida: la producción, la actividad social y el tiempo libre (Darío, Paredes y Knapp 1993 citados en Rodríguez y Zaldívar, 2001), destacándose el carácter social y relacional de la categoría.

Otras posturas han incluido los patrones de expresión afectivocognitivos (Zaldívar 1996 citado en Rodríguez y Zaldívar, 2001) pero sin teorizar sobre el papel de cada uno de estos elementos en la regulación del comportamiento.

El análisis realizado refleja las insuficiencias teóricas que han caracterizado el estudio de este objeto (Mayo, s/f). Al respecto, Zaldívar señala, “el auge del término en estos años no ha sido avalado por su estudio sistemático, su empleo ha sido más nominativo que científico... quedándose en nociones parciales de lo psicológico...” (2001, pág. 20).

En general, el concepto ha sido abordado desde una noción atomista donde las conductas son tratadas como elementos aislados e independientes (Coreil et al. 1992 citado en Pastor, Balaguer, García-Merita, 1998). Resultan recurrentes estudios donde el estilo de vida se concibe solo como patrones de conductas (unidades parciales del comportamiento que forman parte del estilo de vida pero que no lo agotan), obviando la relación compleja entre lo cognitivo, lo afectivo, lo conativo y lo volitivo.

El potencial que brinda la categoría por su carácter social, relacional, peculiar en su expresión en cada sujeto, no ha sido suficientemente explotado. Investigadores (Rodríguez y Zaldívar, 2001) consideran que la categoría constituye un instrumento conceptual, que permite estudiar la expresión e inclusión cotidiana del sujeto en su contexto micro y macrosocial y además, podría funcionar como noción integradora, en el marco de una epistemología convergente por su decursar histórico; por haber sido objeto de definiciones desde distintas corrientes teóricas.

1.1.2 Hacia una conceptualización del estilo de vida como eje articulador del desarrollo personal.

Hasta este punto, ha quedado claro la necesidad de trascender la visión reduccionista con que ha sido abordado este objeto. Tomar en cuenta las complejas relaciones que se evidencian en la expresión de los estilos de vida, nos remite a poner la mirada en la personalidad como constructo que las articula y dinamiza en la relación del sujeto con su medio.

Los referentes de la Psicología de la personalidad, permiten comprender y explicar la naturaleza interna de los estilos de vida, al quedar en un primer plano el carácter activo del sujeto en su relación con el medio, enfatizando en el papel de la personalidad como mediatizadora y a la vez transformadora de las influencias externas (Mayo, s/f). González (2001), refleja estos elementos, al concebir que el estilo de vida es la actividad resultante de la dirección y regulación psíquica que ejerce la personalidad, al exteriorizarse y objetivarse de forma socializada, vital y sistemática para el individuo.

Esta perspectiva, al decir de Rodríguez y Zaldívar (2001), es de extraordinario valor en tanto el estilo de vida como constructo, no es reducido a los patrones de comportamiento que lo constituyen, sino que son

entendidos como expresión de lo psicológico o personológico (como cualidad de lo psíquico), rompiendo la dicotomía entre lo interno o subjetivo y lo comportamental.

Estos autores, al conceptualizar los estilos de vida (en consonancia con esta perspectiva), incluyen la manera en que el sujeto afrontará los distintos conflictos u obstáculos que se presentan en la actividad y la comunicación, considerando sus implicaciones en el nivel de satisfacción y desarrollo.

Mayo (1999), por su parte, plantea que un enfoque personológico sobre el estilo de vida, contribuiría desde el punto de vista teórico, a la integración, sistematización y generalización del enorme cúmulo de datos empíricos existentes sobre unidades parciales del comportamiento, utilizadas en diversas esferas de la Psicología, así como una representación más integral sobre las relaciones individuo-sociedad.

En su tesis doctoral, Mayo, intenta sistematizar un conjunto de constituyentes personológicos del estilo de vida que permiten su estudio aplicado, y que define como “aquellos componentes del estilo de vida en que se expresan los contenidos de la personalidad. Son aquellas cualidades comportamentales de carácter integrativas, subjetivamente determinadas, que permiten el conocimiento de la personalidad a través de su estilo de vida” (1999, p.17).

Dicho autor define como constituyentes del estilo de vida (1999, pp.17-19):

1. Sistema de actividades vitales: organización jerárquica del conjunto de actividades que realiza el sujeto y que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere.
2. Estilo comunicativo (sistema comunicativo): organización jerárquica del conjunto de contactos comunicativos (relaciones interpersonales) del sujeto, en su calidad, amplitud y durabilidad. El estilo comunicativo expresa el modo individual y relativamente estable con que el sujeto que se comunica, proyecta su personalidad a través de la comunicación interpersonal.
3. Sistema de roles: Configuración jerárquica y subjetivamente determinada del aspecto funcional de la relación individuo-sociedad, que es síntesis de condicionantes sociales e individuales, y de las actividades y contactos comunicativos en el sujeto.
4. Orientación en el tiempo: Entendido como expresión en el comportamiento de las dimensiones temporales que participan en la regulación psíquica del sujeto. La orientación temporal impregnada al comportamiento, es un indicador del nivel de desarrollo de la personalidad que se expresa en la construcción del estilo de vida, señalando el carácter contradictorio o armónico de los nexos de la personalidad con su medio.

5. La autorrealización personal: Formas de comportamiento que expresan la amplitud, selectividad y nivel de satisfacción del sujeto con la apropiación de la realidad objetiva y la objetivación de la subjetividad individual.

Esta concepción logra trascender la mera inclusión de conductas (aunque las toma en consideración como parte del sistema de actividades vitales) y entra a considerar el sistema de relaciones con los otros y consigo mismo (a partir de definir la autorrealización personal) comprendido en una temporalidad específica. No obstante, estos elementos no se concretan en indicadores específicos que permitan el abordaje de los constituyentes propuestos, y su tratamiento teórico resulta a nuestro juicio poco orientador al respecto.

A pesar de ello, su contribución permite resaltar el carácter interno de los estilos de vida y logra poner en primer plano el papel regulador de la personalidad en esa expresión cotidiana de los sujetos en las distintas esferas de su vida. Sus constituyentes serán retomados y sistematizados más adelante, cuando definamos los indicadores con que abordaremos el estilo de vida.

Por su parte, Rodríguez y Zaldívar (2001, p. 23) enumeran una serie de características que deben tomarse en consideración para dar cuenta del estilo de vida:

- Consistencia en el tiempo como manifestación estable: En la medida en que el sujeto se encuentre con circunstancias similares mostrará formas semejantes de estructurar su existencia.
- Consistencia interna de los constituyentes que dan solidez a la manera concreta de comportarse de una persona en un determinado entorno social. No basta con enumerar patrones de expresión del sujeto para describir su estilo de vida. Se precisa descubrir cómo se interrelacionan y sostienen.
- Carácter funcional y adaptativo que hace que el estilo de vida sea una estrategia de utilidad con una finalidad que puede ser la de optimizar significado personal, búsqueda de seguridad, etc. Toda forma de actividad, comunicación, afrontamiento, hábitos, se convierte en estilo de vida si adquiere un sentido personal, funcional, en dependencia de la subjetividad y el contexto particular.

Aportes más recientes, provenientes de la Psicología Educativa, logran articular los referentes de la Psicología de la personalidad con una sólida concepción del desarrollo, permitiendo cambiar radicalmente su abordaje, para comenzar a entender a los estilos de vida como ejes articuladores de todo el desarrollo personal.

Siguiendo a Fariñas (2005), en el estudio del desarrollo humano, el concepto de estilo de vida tiene cada vez mayor interés como macroconcepto que subraya la arista íntimo personal de la vida del sujeto como

personalidad, sin desconocer su anclaje social. Desde esta nueva y revolucionaria concepción, se les comprende como:

(...) expresión de la personalidad y a la vez una condición importante de su desarrollo, pues se refiere a la forma en que el sujeto acostumbra a estructurar y dinamizar su espacio y tiempo biográficos y el modo en que le estampa a estos su sello personal. Es decir, el estilo es manifestación de la subjetividad, del espacio y tiempo vividos y compartidos por el sujeto con otros en su cultura. Es una situación psicológica creada por el sujeto. (Fariñas 2005, pág. 89).

García (2010) plantea la necesidad de analizarlo en su dinámica, como fenómeno complejo, integrador, que sintetiza la relación hombre-sociedad en todas sus aristas, no como categoría limitada por lo social o lo puramente individual; para comprender la manera en que el sujeto construye su tiempo biográfico en correspondencia con las exigencias culturales, y cómo afecta esto al desarrollo de su personalidad.

Estilo de vida emerge como categoría necesaria porque posibilitaría la integración de las diferentes áreas en que ha sido escindido el sujeto psicológico para su estudio por la ciencia, puesto que en la medida en que sea concebido como expresión y síntesis de lo intrapsíquico y lo social (elaborado este último, por lo subjetivo) la ciencia podrá ver en su expresión cotidiana, indicadores de la existencia de procesos y mecanismos que integran conceptos parciales, definidos al margen de la subjetividad en su conjunto (Rodríguez y Zaldívar, 2010, p.26).

Este nuevo matiz de análisis presupone, en el orden epistemológico, remitirnos al Enfoque Histórico Cultural (EHC), a partir de su noción de sujeto y de desarrollo, pues permite asumir una perspectiva compleja del problema. Desde este enfoque, toma relevancia la relación entre lo interpsicológico y lo intrapsicológico en el desarrollo, entendiendo a este último como un resultado de continuos procesos de mediaciones y condicionamientos sociales donde el sujeto, se apropia de la realidad y logra articular estas influencias a partir de su posicionamiento ante ellas y de sus potencialidades.

Estudiando el estilo de vida de una persona podemos conocerla como sujeto, es decir, podemos verla interviniendo activamente en sus circunstancias de desarrollo total (Fariñas, 2005). Participa en la construcción de la historia individual del sujeto, actuando como marco de configuración de su situación vital actual (Mayo, 1999).

El estilo de vida concreta la intersección dialéctica de las diferentes condiciones del desarrollo de un sujeto determinado (externas e internas, regulares y circunstanciales, normativas y espontáneas, institucionales y

cotidianas, públicas e íntimas, etc.), lo cual le otorga esa impronta personal de carácter único e irrepetible (Fariñas y de la Torre, 2003 citado en Fariñas, 2005).

El estilo de vida, está regido a juicio de Fariñas (2005), por dos tipos de necesidades fundamentales: aquellas provenientes de las demandas del exterior y las que emergen en el sujeto como expresión de su activismo. A nuestro juicio, esta doble determinación implica que el estilo de vida encuentra expresión en dos dimensiones: la relación con los otros y la relación consigo mismo.

En este proceso juegan un papel esencial las experiencias emocionales, que determinan que en circunstancias vitales similares, los individuos realicen elecciones de vida diferentes. Al decir de Vygotsky (1989), la experiencia emocional que emana de cualquier aspecto del entorno, determina las influencias que ejercerá sobre la persona. De ahí que la vivencia (término con el cual se acuñaría en el EHC esta llamada experiencia emocional), debe ser un aspecto a tener en cuenta al analizar las diferencias que entre los sujetos encontramos en su estilo de vida ante circunstancias vitales similares.

Si pensamos en el estilo de vida como el modo en que se vive, la forma de estructurar la existencia, la vida en sociedad, encontramos demandas a las que el hombre tiene que responder de algún modo como son: ¿qué hacer con y en el tiempo?, ¿qué hacer con los otros?, ¿qué hacer con nuestro cuerpo y las demandas de este a nosotros mismos?, ¿qué hacer ante los obstáculos que se presentan en la búsqueda de sus objetivos? (Rodríguez y Zaldívar, 2010, p.26).

¿Cómo abordar entonces un constructo que supone tanta complejidad? ¿Qué aspectos de la personalidad tomar en consideración entonces como indicadores del estilo de vida? Fariñas (2005) plantea que el estudio del estilo de vida nos permite llegar a establecer diferentes indicadores estructurales y funcionales del sujeto y la personalidad, asociados a la concepción del mundo, al modo de organización de la vida en la actividad y la comunicación, a los cambios que ocurren en la organización y ritmo de vida de un sujeto y las posibilidades de desarrollo que tiene en este sentido, lo que nos permite comprender y explicar la manera en que este obra su vida. La autora realiza una caracterización empírica del estilo de vida a partir del análisis de un sujeto y es a través del caso que va poniendo de relieve los anteriores indicadores.

González Rey (1994, p.85), define al sistema de actividad y la comunicación como:

Las formas más integradas de expresión de la personalidad en las distintas esferas de la vida, donde se implican lo intencional y lo no intencional, aun cuando los mismos se organizan en torno a una motivación, activamente organizada y estructurada por el individuo. Estos sistemas de expresión personológica son sistemas vivos, con una amplia base de información y vivencias,

sobre las cuales el individuo, en calidad de sujeto, va articulando progresivamente sus distintas formas de comportamiento, en su historicidad individual.

El empleo del tiempo ha sido un elemento que de manera reiterada aparece en los estudios sobre estilo de vida, y que permite hacer análisis sobre el sistema de actividad. Fariñas (2005) refiere que la observación del empleo del tiempo de un individuo nos da muchos datos acerca de los valores e intereses que gobiernan su vida y de las preferencias o la forma singular o estilo de estructurar la vida.

El concepto de empleo del tiempo, introducido por L. Seve (1975 citado en D'Angelo, 2002), expresa la estructura temporal de la actividad de la persona, apuntando tanto a la composición de la misma como a su carácter. Según D'Angelo puede considerarse como "una característica cualitativa de la actividad general que despliega el individuo. No se reduce simplemente a la composición y duración de las actividades diversas que realiza cotidianamente, sino que toma en cuenta su naturaleza social y psicológica" (2002, p. 110).

En opinión de este autor, el estudio de las formas del empleo del tiempo puede revelar el grado de armonía o desbalance entre:

- el conjunto de las actividades que el individuo realiza; por ejemplo, entre el contenido de sus actividades de trabajo y el contenido de sus actividades de tiempo libre.
- el carácter autoasignado de determinadas actividades, que se relacionan con su esfera vocacional y de intereses y las que se realizan por obligación o imposición y no se sienten como propias.
- el carácter valorativo social de determinadas actividades y la adecuación del sentido personal que éstas tienen para el individuo.

Estas dos últimas relaciones, pueden ser entendidas a partir del análisis de los roles que desempeñan los sujetos en la vida cotidiana y cómo la relación asignación-asunción del rol se expresa en el estilo de vida y determina el carácter desarrollador o no de este, en tanto se exprese de manera armónica.

El rol es la función social que asume un sujeto y/o que le es adjudicada por los otros. Toda actividad tiene lugar desde el desempeño de un rol por el sujeto, el cual obedece a una doble determinación: social externa e individual interna, siendo esta última su aspecto personológico (Mayo, 1999, p. 18). El proceso de toma de rol, constituye uno de los mecanismos básicos de la socialización y de la interiorización de las normas sociales" (Hebert Mead, 1934 citado en Ibáñez, 2004, p. 127).

El desempeño de un rol es expresión, por tanto, de la naturaleza social-psicológica de las acciones que realiza el sujeto; es la posición psicológica ante los papeles sociales que se asumen. Según Reyes (2008),

en el desempeño del rol se sintetizan las relaciones entre lo social y lo individual: lo asignado es asumido desde las características personales que hacen más pertinente su asunción.

Siguiendo esta línea de análisis, el sistema de actividades vitales que desarrollan los sujetos en los diferentes ámbitos en que se desarrolla su vida cotidiana (vida laboral, vida familiar, tiempo libre, etc.), pondría de manifiesto las formas en que estructura su tiempo, así como el desempeño de roles. Consideramos de esta forma que pueden integrarse en el sistema de actividad, los constituyentes que Mayo denomina como orientación en el tiempo y sistema de roles.

El modo en que el individuo emplea su tiempo y desempeña los roles asignados/asumidos, pone de manifiesto la interacción de su estilo de vida y sus sentidos vitales con las posibilidades y exigencias que le presentan sus condiciones de vida concretas en la sociedad y son indicadores para caracterizar su sistema de actividad.

En relación con el modo en que el sujeto organiza la vida a través de la actividad y la comunicación diaria, Fariñas toma en consideración cómo el sujeto procura su desarrollo, es decir, sus estrategias para obrarlo y cómo comparte o alterna en estas lo íntimo-personal y lo social; y si es activo en la búsqueda de objetivos. Consideramos que estas peculiaridades del estilo de vida destacan su carácter desarrollador.

La comunicación, como otro de los indicadores asumidos para estudiar el estilo de vida, es asumida en el presente estudio como “proceso complejo, de carácter social e interpersonal, en el que se lleva a cabo un intercambio de información, verbal y no verbal, se ejerce una influencia recíproca y se establece un contacto a nivel racional y emocional entre los participantes” (Hidalgo, 2015, p. 9). Posibilita no solo la regulación comportamental, sino también la calidad de las relaciones que se establece con las personas que se interactúa y es el marco de relación en el que se satisfacen las necesidades. Según Fernández (2002), en virtud de este proceso, el sujeto sintetiza y elabora las experiencias que recibe y exterioriza sus motivaciones, que al confrontarse con la realidad, genera el enriquecimiento de los propios puntos de vista y valoraciones. Se condiciona, forma y desarrolla, así, la propia subjetividad.

La comunicación cumple tres funciones esenciales (Fernández, 2002). La función informativa, se refiere a la transmisión, recepción y construcción de información; incluye además el propio contenido que se transmite, su variedad y riqueza o apertura comunicativa, la profundidad con que se aborda el contenido, y la frecuencia en que aparece. Otra función es la afectiva-valorativa en la cual se produce la transmisión de afecto, emociones; apunta a la determinación de vivencias y estados emocionales mutuos, a la satisfacción de necesidades de aceptación, valoración, comprensión, apoyo, confianza e intimidad psicológica. Por último, la función reguladora se relaciona con el control y regulación mutua de los interactuantes, si tal

control inhibe o estimula el comportamiento del otro, si propicia el intercambio, la participación conjunta en la configuración de motivos y proyectos en la relación, la propulsión del comportamiento y la reflexión independiente, o si es restrictivo, autoritario, bloqueador de ideas y conductas, propiciador de un ejercicio simétrico del poder.

Fernández (2002), refiere igualmente que existen determinadas capacidades comunicativas, que se integran como recursos en la propia configuración personalógica, posibilitando la regulación comportamental en el plano de la comunicación. Define así como capacidades: la autenticidad o congruencia, la expresividad afectiva y la comprensión empática.

La autenticidad o congruencia se refiere a la posibilidad que posee el sujeto de acercarse francamente a lo que acontece en su propia subjetividad. El sujeto con tales posibilidades, puede expresar lo que piensa y siente sin dañar la autoestima propia, ni la del otro. Es capaz de pedir lo que desea y de revelar lo que sucede en su interior de modo abierto y directo.

La expresividad afectiva es la capacidad que posee el sujeto de exteriorizar sus vivencias, sentimientos, emociones, fracasos, alegrías e insatisfacciones, demostrar cariño tanto verbal como corporalmente.

La comprensión empática: indica la capacidad que posee el sujeto de acercarse a la subjetividad del otro, desde el punto de vista y sentimientos de este. Supone atender de modo activo y sensible, los sentimientos, ideas y conflictos del otro sin anticipar, ni evaluar, desprendiéndose de los propios referentes, pero sin perder la propia identidad.

Asumimos que la manera en que se pongan o no estos recursos o capacidades a disposición del proceso comunicativo, forma parte igualmente del estilo de vida de una persona, pues condicionan la calidad de los vínculos con los otros.

La concepción del mundo es otro indicador empleado por Fariñas para dar cuenta del estilo de vida, y que asumimos. Esta elección está sustentada en el amplio alcance de dicha formación motivacional, que permite hacer lecturas sobre las valoraciones que realizan los sujetos de su propia experiencia vital, y cómo estas se reflejan en sus elecciones. El estudio de la concepción del mundo de un sujeto, permite valorar las relaciones entre los contenidos sociales y la manera en que son significadas por él.

Al decir de Fernández (2002), la concepción del mundo indica el sistema de principios, conceptos, creencias, mitos, ideas que acerca de la vida y de lo que le rodea, posee un sujeto; es la filosofía de la vida presente en cada cual. Por su alcance y generalidad penetra las restantes formaciones motivacionales. “En la concepción del mundo como formación de la personalidad se articula la cosmovisión de la realidad y de sí mismo a nivel individual. Se trata de la subjetivación individual de lo social desde una cosmovisión”, “Son

múltiples los diversos contenidos que la integran...es más bien una filosofía, una cosmovisión propia, personalizada de diversos aspectos de la trama y subjetividad social" (p. 331).

La importancia de la concepción del mundo como formación motivacional, radica en su potencial regulador. Mitos y creencias a nivel social, se subjetivan individualmente, instituyendo la concepción del mundo, que no solamente opera en el plano de las ideas sino que se expresa en la regulación del comportamiento (Fernández, 2002). La concepción del mundo media en la forma en que asumimos la vida cotidiana, los roles que desempeñamos, las actividades en las que empleamos el tiempo, nuestras aspiraciones, en fin, conduce todo nuestro sistema motivacional, a partir de la relación social-personal.

Para valorar las posibilidades de desarrollo del estilo de vida de los sujetos, Fariñas (2005) toma en cuenta procesos de autovaloración, aspiraciones y de afrontamiento a los conflictos de la vida diaria. La posibilidad de un desarrollo satisfactorio en las personas depende considerablemente de la relación que establecen entre sus aspiraciones y su autovaloración; relación que se transparenta en el estilo de vida. Este contiene, a la vez que condiciona, como un todo complejo y dinámico, los emergentes del desarrollo en el proceso en que los sujetos van obrando su vida (Rodríguez, 2010).

Entendemos que la autovaloración como indicador de estilo de vida, puede incluir los aspectos de autorrealización precisados por Mayo, en tanto aquella supone "un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo, que participa activamente en la gratificación de los motivos integrantes de las tendencias orientadoras de la personalidad, o sea, que está comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona" (González, 1983, pág. 32 citado en Fernández, 2002).

En palabras de Fernández (2002), ese concepto del sujeto, supone la presencia de reflexiones, valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de la propia personalidad, a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales los sujetos se implican afectivamente.

La autovaloración participa de modo decisivo en todo el sistema regulador de la personalidad. Ejemplo de ello es su expresión en todo el proceso de expectativas y aspiraciones en los diversos planos de realización, ya sean actividades o relaciones humanas. Está presente en la construcción del nivel de aspiración, su satisfacción y adecuación. Es decir, participa en la configuración del pronóstico subjetivo de nuestros posibles éxitos y fracasos a través de lo cual expresa su dinamismo. La adecuación del nivel de aspiración a las particularidades de la autovaloración propicia la estabilidad de la misma o su modificación (Fernández, 2002, p.44).

La autovaloración posee tres funciones psicológicas esenciales (Fernández, 2002). La valorativa que consiste en la comparación que realiza el sujeto entre las cualidades que cree poseer para su desempeño comportamental así como para satisfacer las exigencias de la vida y sus aspiraciones para el futuro. Se trata de la valoración de los conceptos que tiene de sí mismo a partir de sus principales exigencias, motivos y de las demandas sociales. La autovaloración regula el comportamiento en las situaciones en que los sujetos se sienten comprometidos de modo muy personal, radica aquí su función reguladora. A partir de su estrecha relación con el nivel de aspiración desempeña un papel muy significativo en la expresión y realización de las necesidades y motivos principales. A través de la función reguladora se expresa el grado de correspondencia entre el contenido y el comportamiento, así como entre el contenido, las exigencias del medio y las aspiraciones futuras. A su vez, la función auto-educativa constituye el momento superior de la función autorreguladora pues implica la retroalimentación que posibilite al sujeto reorientar su conducta cuando esta no se corresponda con sus objetivos.

Por su parte, el afrontamiento a los conflictos de la vida diaria del que nos habla Fariñas, guarda relación con esa “actitud para vivir” que refería Adler como estilo de vida. Mayo (s/f), asevera que en la constitución del estilo de vida, juega un papel importante el modo de afrontamiento típico de las contradicciones que a lo largo del desarrollo individual se presentan, confiriéndole a su vez determinada dirección al logro de las metas y propósitos de la personalidad.

Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta consideración implica que el afrontamiento depende de una evaluación de la situación amenazante y de las posibilidades de hacerle frente, por tanto puede ser adaptativo o no en función de los factores que intervengan en el proceso.

En este estudio, nos interesa poner la mirada específicamente en los estilos de afrontamiento, al ser la forma en que se concreta el afrontamiento como proceso, a partir de las características psicológicas de los sujetos y de la manera en que interactúan con sus circunstancias. Para Fernández (1997 citado en Felipe y León, 2010), estos se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Lazarus y Folkman (1986) describen dos tipos de estilos de afrontamiento: los centrados en el problema y los centrados en la emoción. Los primeros implican un posicionamiento del sujeto para cambiar la situación

y resolver así el problema. Los segundos van dirigidos fundamentalmente a reducir la tensión emocional que la situación provoca. En relación con estos estilos, definen diferentes estrategias de afrontamiento:

- Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación analítica a esta. Pensar estrategias para resolver eficazmente el conflicto.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema. Asumir que se tiene participación en la existencia del problema y que por lo tanto se es responsable de que las cosas estén ocurriendo así.
- Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión. Acceder a otras personas para obtener sugerencias, consejo, intercambio, sostén emocional.
- Distanciamiento: esfuerzos por separarse de la situación. No hacerse cargo, derivar el problema.
- Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones; hacer un esfuerzo por contener los propios sentimientos y respuestas emocionales que se derivan de la situación dilemática.
- Huida: evitación de la situación estresora. Se anula la existencia del problema y los malestares que ocasiona.
- Reevaluación positiva: esfuerzos por crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal. Se buscan los aspectos positivos del conflicto.

No son las estrategias de afrontamiento a priori buenas o malas, eficaces o ineficaces; un afrontamiento puede ser eficaz para unas situaciones e ineficaz para otras (Grau et al. 2005 citado en Blanco 2013).

A manera de resumen, sintetizamos las definiciones conceptuales de los indicadores teóricos que hemos asumido para el estudio del estilo de vida, sustentados en los aportes de Fariñas y Mayo:

- Sistema de actividad: Organización jerárquica del conjunto de acciones que realiza el sujeto y que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere (Mayo, 1999). El sistema de actividad expresa las formas de organizar y emplear el tiempo y los roles que desempeña el sujeto.
- Comunicación: Proceso complejo, de carácter social e interpersonal, en el que se lleva a cabo un intercambio de información, verbal y no verbal, se ejerce una influencia recíproca y se establece un contacto a nivel racional y emocional entre los participantes (Hidalgo, 2015), a partir de la integración de sus funciones y del empleo de capacidades comunicativas.
- Concepción del mundo: Formación motivacional de la personalidad que articula la cosmovisión de la realidad y de sí mismo a nivel individual, una cosmovisión propia, personalizada de diversos aspectos de la trama y subjetividad social (Fernández, 2002).

- Autovaloración: Formación motivacional compleja que sintetiza los procesos autorreferenciales del individuo; integra de modo articulado un concepto de sí mismo (cualidades, capacidades, intereses, motivos), preciso, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo y comprometido en la adecuación y realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. (Fernández, 2002).
- Estilos de afrontamiento: Predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, con una estabilidad temporal y situacional determinada (Fernández, 1997 citado en Felipe y León, 2010), que es expresión de las características más estables del sujeto.

Indicadores para el estudio de los estilos de vida:

- Sistema de actividad
 - Empleo del tiempo.
 - Desempeño de roles
- Comunicación
 - Funciones de la comunicación
 - Capacidades comunicativas empleadas
- Concepción del mundo
 - Capacidad reguladora de las concepciones asumidas por el sujeto
- Estilo de afrontamiento
 - Estrategias empleadas
- Autovaloración
 - Conocimiento de sí mismo
 - Nivel de aspiraciones, satisfacción y adecuación
 - Funciones de la autovaloración

Defendemos la idea, implícita en las reflexiones de Mayo y Fariñas, que no hay estilos de vida, el sujeto tiene un estilo de vida (en una dimensión temporal presente) único, peculiar, que se estructura en el interjuego de lo social y lo personal y que dinamiza su expresión en las áreas significativas de su vida.

La relación entre los distintos indicadores definidos, la manera en que se interrelacionan y sostienen para dar uniformidad a la manera de estructurar la vida, nos conducirá a la caracterización del estilo de vida. Consideraremos como formas de expresión o dimensiones del estilo de vida en la que se concretan esos indicadores: la relación con los otros y la relación consigo mismo. He aquí una contradicción-relación esencial para el análisis del estilo de vida que permite analizar el potencial de desarrollo del sujeto. Los

indicadores definidos adquieren una expresión singular en estas dos dimensiones propuestas, que permiten comprender cómo el sujeto articula lo social y lo personal en el estilo de vida, en aras de su desarrollo.

Para ello, estamos ubicando al sujeto en el contexto de sus relaciones sociales cotidianas como ente transformador y, por tanto, crítico, reflexivo, capaz de encontrar nuevos sentidos a las situaciones de su vida, intencionando la manera en que la organiza y conduce.

Desde el punto de vista teórico, los indicadores definidos hacen a un estilo de vida desarrollador cuando:

- La organización y empleo del tiempo son expresión del activismo del sujeto, permitiendo conjugar las demandas externas con la esfera íntimo-personal, al expresar una armonía entre el carácter asignado de determinadas actividades y la adecuación del sentido personal que éstas tienen para el individuo.

- Cuestionamiento de la realidad, a partir del conocimiento de sí mismo y de la relación social-personal en el desempeño de los roles.

- La comunicación se constituye en fuente para el desarrollo, a partir del empleo de capacidades comunicativas que posibiliten la solución de conflictos y la integración de sus funciones.

- Estilos de afrontamiento que permiten la adaptación activa del sujeto a sus circunstancias vitales y potencien la capacidad para tomar decisiones.

- Los contenidos psicológicos se presentan en una perspectiva temporal futura, en la que se actualicen las potencialidades de los sujetos.

- La autovaloración posibilita una articulación coherente entre el conocimiento de sí mismo y las aspiraciones para el futuro, que permite reorientar el comportamiento hacia nuevas metas.

1.2 El cuidado informal de personas dependientes y sus implicaciones psicológicas: el rol de cuidador primario

Desde el punto de vista epidemiológico, tener una población más envejecida implica tener un grupo poblacional en riesgo de enfermar y una mayor tasa de enfermedades invalidantes generadoras de dependencia.

La dependencia es un problema de actualidad y de preocupación creciente en múltiples campos de la acción social por las consecuencias que ocasiona. La misma se define como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física y/o psíquica tienen necesidad de asistencia y ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Gómez et al. 2007 citado en Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011; Valderrama et. al. citado en Delicado, 2003).

Los actos para los cuales las personas son dependientes se clasifican en dos tipos: las actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011). Las primeras son aquellas relacionadas con la capacidad que posee un individuo para subsistir sin la ayuda de nadie o de manera independiente. Exigen un funcionamiento físico y mental básico —moverse con libertad, estar de pie, levantarse, acostarse, cambiar y mantener posturas, así como poder desplazarse en su entorno—, que supone el reconocimiento de personas y objetos, la capacidad para orientarse y comprender órdenes y poder ejecutar tareas sencillas. Las actividades instrumentales de la vida diaria, por su parte, implican realizar actividades de mayor complejidad. El individuo es capaz de tomar decisiones, realizar tareas domésticas, desplazarse y orientarse fuera de su hogar y administrar su casa y bienes.

Ante la dependencia aparece la necesidad de ser cuidado. Etimológicamente cuidar significa guardar, asistir. Los cuidados son un conjunto de actos de vida físicos, mentales y emocionales, habituales y cotidianos que tienen por objeto permitir que la vida continúe y se desarrolle. El cuidado está dirigido hacia uno mismo y/o hacia cualquier persona que temporal o definitivamente es incapaz de resolver sus necesidades vitales y requiere ayuda (Collière 1993 citado en Félix, 2012).

El cuidador es entonces la persona que guarda o asiste a otra. Desde el punto de vista científico ha sido definido como “aquella persona que asiste a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.” (De los Reyes, 2011, pág. 3).

El concepto de cuidador no es homogéneo, existen particularidades no incluidas en la definición anterior, que deben ser tomadas en consideración para establecer distinciones necesarias. Por un lado, el tema de la temporalidad que de alguna manera trae a colación Collière cuando se refiere al acto de cuidar a otros. La durabilidad del cuidado es un aspecto de interés, pues existen diferencias significativas, tanto para el cuidador, como para el sujeto que amerita ser asistido cuando los cuidados son de corta o larga duración (Hidalgo, 2015). Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos, en que su finalidad no es curar o sanar una enfermedad; sino favorecer la mayor calidad de vida posible, minimizar o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental, y como su nombre lo indica, se desarrollan durante períodos de tiempo prolongados. (Carretero, 2010; Casado y López, 2001)

La duración de la dependencia, y por tanto de los cuidados, se describe como un importante predictor del agotamiento y claudicación (Delicado, 2003). Según el grado de dependencia de la persona aumenta, los cuidados de larga duración se vuelven también más intensivos, la ayuda se requiere de un modo más

continuado. Cuando eso ocurre, las personas encargadas de proporcionar los cuidados deben permanecer mucho tiempo junto al individuo dependiente.

Por otro lado, se encuentra el carácter del cuidado, en tanto se posean conocimientos o no para la tarea y se reciba remuneración económica por ello, lo cual ha conllevado a distinguir entre cuidador formal y cuidador informal. En el caso de nuestra investigación nos interesa poner la mirada en estos últimos, que han sido definidos como aquellos que no están capacitados para el desempeño de dicha tarea, no son retribuidos por desarrollarla, se entregan al cuidado de un otro esencialmente por el afecto y tienen un elevado grado de compromiso hacia la misma, reportando mayor seguridad emocional e intimidad (Flórez Lozano et al., 1997 citado en De los Reyes, 2011).

El factor económico es el más relevante para diferenciar a un cuidador formal de uno informal, pues se pone en juego el compromiso afectivo hacia la tarea. Puede ocurrir que una persona que no posea una orientación o capacitación sea cuidador, recibiendo beneficios monetarios por su trabajo, lo cual lo convierte en un cuidador formal (Pérez, 2014).

Además, existen diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de una persona dependiente, a partir de la implicación en la satisfacción de sus necesidades, lo cual se refleja en el tiempo dedicado a la tarea. Así, el cuidador primario es la persona que asume la mayor responsabilidad en la satisfacción de las necesidades de la persona dependiente (Espín, 2010). El cuidador primario desarrolla una función que permite conservar y mantener funcionalmente a la persona dependiente, facilita la integración de su entorno y suele ser el apoyo afectivo y nexo relacional básico para esa persona (Delicado, 2003). También se denomina a esta figura como cuidador principal o crucial (Ballester et al., 2006). El cuidador secundario se encarga de apoyar al cuidador primario en las labores que desempeña, sirviendo en muchas ocasiones como “válvula de escape” a las tensiones que genera el cuidado, pero no funge como protagonista en la relación (Steele Britton, 2010 citado en Águila, 2015).

En términos generales el cuidado, como todo proceso social, está culturalmente determinado. En el imaginario social se instauran una serie de prescripciones y representaciones acerca del cuidado, quién debe ejercerlo y cómo debe ser ejercido, que van articulando unas asignaciones al rol del cuidador. La Psicología Social, desde sus referentes en el interaccionismo simbólico, permite comprender cómo las interacciones y la negociación de significados entre actores sociales, van condicionando el desempeño de los roles como ejercicio clave en la definición del sí mismo o identidad (Ibáñez, 2004).

De esta forma, el rol de cuidador primario se articula a partir de un imaginario que es interiorizado y asumido en función de las peculiaridades del sujeto individual. Siguiendo a Vigotsky (1989), “la

interiorización es el proceso que permite que contenidos externos, es decir, herencias sociales portadas por objetos u otros en el plano externo, lleguen a ser internas, del plano interpsicológico al intrapsicológico". En palabras de Pichón Riviére, el sujeto es producido en una praxis, no hay nada en el que no sea la resultante de la interacción entre individuo, grupos y clases. "La vida cotidiana, caracterizada por su inmediatez, continuidad tempo-espacial, habitualidad e irreflexividad, genera procesos de subjetivación conscientes e inconscientes, asociados a la adjudicación - asunción de roles, que inciden decisivamente en la adaptación del sujeto a la realidad (1972 citado en Reyes, 2008, p.28).

Estos modelos del deber ser, formas concretas del imaginario social, funcionan como expectativas explícitas o implícitas. Su diversidad y simultaneidad, unida a las características fundamentales de la cotidianidad, definidas por Pichón, influyen en la irreflexividad de los comportamientos que de ellos se derivan (Reyes, 2008).

El proceso de asunción del rol de cuidador, influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores. Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado, que se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y esfuerzo (Pérez, 2014).

En los cuidados de larga duración, generalmente la situación de la persona enferma se va a agravando con el tiempo, los síntomas empeoran y con ellos las exigencias. La angustia del cuidador primario crece; hay un sentimiento de ineficacia para la tarea y los cuidadores pueden verse desbordados por la situación, agravando sus malestares.

Un elemento importante, que figura como contenido del rol, lo dinamiza y da cuenta de las asignaciones sociales, es el motivo por el cual se ejerce la tarea. Según la intencionalidad por la que se decidió asumir el cuidado, será la manera particular en que se vivencie la relación. Por tanto, los motivos que dieron origen a la relación, van a condicionar la satisfacción de las necesidades de cada miembro del par (Hidalgo, 2015). En este sentido, la noción de deber tanto social como moral aparece como la razón más poderosa (Delicado, 2003). Algunas personas sienten el deber de reciprocitar los cuidados, afectos y atenciones recibidas en otras etapas, por la ahora persona dependiente; otras, aún y cuando no hayan recibido tal afecto y dedicación, consideran que su condición de hija/o, esposa/o la hacen responsable de la labor.

En el caso de los mayores, algunos consideran además que sus hijos e hijas deben trabajar y crear familia (logros que ya ellos tuvieron) y que responsabilizarlos del cuidado, sería limitarlos en sus posibilidades. He

aquí una fuerte presencia de asunción de las asignaciones sociales, no solo al rol de cuidador sino al papel de los ancianos en la sociedad.

La tarea de cuidado es un proceso relacional que se da entre el cuidador y el cuidado, y que va más allá de la relación de supervisión que condiciona la satisfacción de necesidades vitales de la persona dependiente. Se construye y reconstruye un vínculo entre los miembros, en el que la historia de la relación anterior tiene un papel crucial. Las investigaciones (Delicado, 2003; Hidalgo 2015) han demostrado que en todos los casos, la relación previa con la persona cuidada es una variable que condiciona la adscripción al rol de cuidador y también el modo como esta labor se asume.

En un estudio realizado con ambos miembros de la diada (Hidalgo, 2015), los aspectos dinámicos del vínculo resultaron incidir con mayor fuerza en la relación interpersonal que la existencia y uso de capacidades comunicativas, expresándose dos tipos de vivencias diferenciadas: aquellas vinculadas a la labor del cuidado específicamente y las relacionadas con la otra persona y la propia relación que se establecía. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta, en tanto las vivencias relacionadas con la relación con la otra persona, pueden convertirse en elemento generador de satisfacción y sentido para la tarea, cuando se sustentan en un vínculo desarrollador. Cuando se actualizan frustraciones y conflictos de la relación en el pasado, se asume el rol de manera más contradictoria y se genera más malestar. En consecuencia, el tipo de intercambio que predomine en la comunicación con el receptor de cuidados, puede ser de tipo afectivo o instrumental.

Un gran número de cuidadores muestran vivencias de insatisfacción y consideran que el cuidado repercute negativamente en su calidad de vida, sin embargo hay otros que se sienten satisfechos con su labor y piensan que las dignifica. Entre los aspectos positivos secundarios al cuidado, plantean sentirse una mejor persona, darle un sentido a su vida, sentirse satisfecho consigo mismo, se sienten reconocidos y valorados por su círculo de relaciones. Igualmente se plantea que contribuye a recuperar o mejorar la relación interpersonal con la persona cuidada (Beland y Montoro 1997, Algado 1997 citado en Delicado, 2003).

La pérdida de la vida social es una de las repercusiones negativas que con más frecuencia citan los cuidadores (Espín, 2010). El cuidador debe reajustar todas sus actividades diarias para hacerlas compatibles con las exigencias del cuidado. Esto puede implicar el abandono de ciertas rutinas, hábitos, actividades de ocio y recreación, la imposibilidad de participar en espacios sociales, etc. Se plantea una contradicción entre lo que se puede y debe hacer, y los deseos personales.

El cuidador primario muchas veces debe abandonar o cambiar de trabajo, con las consecuentes implicaciones en la merma de sus recursos económicos y su desarrollo profesional. En algunos casos,

poder asumir la tarea supone además un cambio de domicilio, bien de la persona cuidada o del cuidador, lo que conlleva a reajustes familiares y cambios en las relaciones interpersonales en toda la unidad familiar, la cual atraviesa sin dudas por una crisis paranormativa.

Si bien muchos cuidadores reclaman la participación de otros miembros de la familia y de redes de apoyo en sentido general, es común que en la relación de cuidado se observe un fenómeno de codependencia. El cuidador está tan implicado en la tarea, al convertirla en centro de su vida, que también se hace dependiente (Úbeda, Roca y García, 1998 citados en Delicado, 2003), lo cual se evidencia en su negativa a que otros asuman el cuidado, por creerlos menos capaces o por considerar que solo ellos conocen las características del receptor y pueden manejar sus problemáticas.

En la tarea de cuidar no hay límites de horarios. El cuidado se constituye en una rutina diaria que ocupa gran parte del tiempo del cuidador, por lo que un aspecto a tener en cuenta es la manera en que los cuidados se hacen compatibles con las actividades de la vida cotidiana de quien cuida. Esta relación se expresa en el estilo de vida del cuidador, en tanto se modifica su sistema de actividad por las propias exigencias de tiempo de la tarea. Otro aspecto a considerar en como parte de esta relación esencial, es la correspondencia entre la organización del tiempo actual y la posibilidad futura de organizar la vida en relación con la tarea.

La percepción de falta de tiempo para uno mismo es uno de los factores que aumenta la sobrecarga percibida por los cuidadores (Chappell y Reid, 2002 citado en Bódalo-Lozano, 2010). Esa falta de tiempo para dedicarlo a sí mismo, donde se incluye el cuidado de la propia salud, es una de las repercusiones negativas experimentadas con mayor frecuencia. Incluso, es posible que el cuidador no se dedique ese tiempo a sí mismo, por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace, está abandonando su responsabilidad (Bódalo-Lozano, 2010).

La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado es resumida en el concepto de carga (Espín, 2010). En muchas ocasiones se produce una sobrecarga impuesta por el entorno y por el mismo cuidador, por la expectativa social de realizar este cuidado con la máxima dedicación, aunque para esto se cambie o anule su vida personal.

El conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad del receptor y su manejo, es un aspecto que posibilita un mejor desempeño. Cuando el cuidador puede atribuir un determinado problema o comportamiento a la propia enfermedad, siente menos frustración ante la imposibilidad de resolverlo y puede afrontar la situación de una mejor manera. De ahí la importancia de una intervención

interdisciplinaria en la que la Atención Primaria de Salud debe tener un papel protagónico, desde el accionar de los médicos de familia y de todo el equipo de los Grupos Básicos de Trabajo.

El cuidado no escapa a la mediación por género. Basta revisar la prevalencia de mujeres frente a hombres que ejercen el cuidado. Las características actuales del grupo de cuidadoras las ubican entre los 55 y 75 años, son trabajadoras por cuenta propia o amas de casa (jubiladas o no), dedican más de 12 horas al día a la tarea y presentan síntomas de carga psíquica (Espín, 2008, 2010; Herrera et. al., 2012; Pérez Jiménez et al., 2013; Pérez y Llibre, 2010;).

Delicado (2003) es de la idea de que el rol de cuidadora es aprendido por las mujeres a partir de una socialización que marca desigualdades de género, tanto en las atribuciones que hace la familia a hijos e hijas, como en la autopercepción y en las expectativas sobre los comportamientos sociales apropiados para hombres y mujeres. En la decisión de convertirse en cuidador, se da una diferencia sustancial entre motivos y circunstancias que afectan a mujeres y hombres cuidadores. Si bien las razones culturales y morales antes aludidas hacen referencia al deber filial, influyen factores asociados a la socialización de género, que marcan esta desigual implicación en los cuidados. El rol de cuidadora es consustancial al de ama de casa, y esta suma de funciones hace aumentar la sensación de desesperanza y aislamiento (Flórez, 2002 citado en Delicado, 2003). La labor es considerada como extensión del rol tradicional atribuido a las mujeres, que las ubican, prejuiciadamente, como mejor preparadas para el servicio a los demás.

El “coste” de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar horas dedicadas a determinadas tareas. La vida del cuidador principal se ve condicionada por su papel: no se trabaja de cuidador, se es cuidador (Durán, 1999 citado en Bódalo-Lozano, 2010). La manera en que se asume el rol, en que el rol constituye a la persona, se expresa en un estilo de vida particular. El cuidador no es un mero instrumento que debe soportar la situación, es un sujeto activo que da sentido al proceso, que se identifica con un rol y que genera expectativas alrededor de su desempeño que se articulan en un modo de vivir.

En resumen, podemos plantear que la manera en la que organiza y emplea su tiempo el cuidador primario, los vínculos que establece con la persona cuidada a partir de una forma peculiar de comunicación y de la expresión de sus emociones y sentimientos, la forma en que demanda y utiliza el apoyo social, así como su afrontamiento y capacidad para la toma de decisiones, son elementos del estilo de vida que se actualizan ante la tarea.

1.3 Características sociopsicológicas de la tercera edad: cuando el que cuida es un adulto mayor.

La adultez mayor o vejez, es una etapa del desarrollo psicológico, en la que a partir de los cambios biológicos y psicológicos que el envejecimiento trae consigo, y las influencias sociales que marcan la edad, se comienza a determinar una nueva situación social de desarrollo para los individuos.

Si bien el envejecimiento es un proceso biológico que marca la etapa, la autopercepción del envejecimiento es vivida por las personas de muy diversas formas, que dependen no sólo de la edad cronológica del sujeto, sino también de su personalidad, de su contexto sociocultural y, sobre todo, de su capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

En general, se valora la existencia de un envejecimiento patológico, un envejecimiento usual y un envejecimiento exitoso (Palacios, 2001). En este último, se considera que el sujeto puede desplegar todas las potencialidades que le permite el desarrollo psicológico logrado hasta etapas precedentes, y utilizar eficientemente su experiencia e inserción en el medio para desarrollar una vida funcional y feliz.

Sin embargo, desde el imaginario social, la construcción de la vejez se hace desde la idea de pérdida, concibiéndola como una enfermedad que implica, más que un deterioro biológico, una progresiva desvinculación del mundo aparejado a procesos de dependencia, inutilidad y depresión (Turtós, 2007). Esta etapa es entonces vista como sinónimo de aislamiento, soledad, abandono y pasividad. Estas actitudes provocan la segregación de los viejos, su rechazo y aislamiento de todo tipo de actividad social.

Una de las causas de este fenómeno y principal dificultad que afecta la posibilidad de satisfacción y desarrollo en el adulto mayor, es la marginación que provoca la desvinculación. Resulta que las pérdidas sucesivas que sufre el anciano (de su rol laboral y social, del status que ocupa dentro de la familia, muerte de familiares, entre otras) y los estereotipos sociales asociados a la etapa, hacen que este termine perdiendo el sentido de pertenencia a la comunidad de la cual es miembro, bajo el síndrome de la invisibilidad (Francis Card, 1998; Turtós, 2004; Buendía, 1994 citados en Turtós 2007; Palacio, 2001).

Erikson es uno de los autores que ha incluido a la etapa en su periodización del desarrollo. Apunta como crisis característica, la relación entre integridad del yo versus desesperación; para el viejo sería más integrado su yo a medida que acepte su vida pasada, de no ser así le espera la desesperación y un miedo constante a la muerte (Orosa, 2007). Desde esta perspectiva, la tarea más importante y definitoria de la etapa (Erikson, 1968 citado en Palacios, 2001; Lillo Crespo, 2002, Luque y Largo, 2003 citados en Turtós 2007) es la revisión biográfica que hace el sujeto de su propia vida, valorando lo alcanzado en términos de logros y satisfacciones.

A nuestro juicio, el realizar una revisión de la vida pasada, dotando de sentido ese accionar y reflexionando sobre los logros y/o fracasos personales, debe servir como punto de partida para que el sujeto defina nuevas metas y perspectivas futuras y se prepare para los próximos años de vida. Pero Erikson plantea una visión dicotómica, donde el sujeto solo se dedica a repasar su vida y en función de esta se determinan sus vivencias, sin tener en cuenta la capacidad constante del individuo de redefinir su estatus, de aprender y desarrollar nuevos proyectos, que no son resultado únicamente de la revisión de la experiencia pasada (Pérez, 2014; Turtós, 2007).

Por otro lado, encontramos la teoría de la actividad o de los roles (Havighurst y Albrecht, 1953; Lemon, Bengston y Peterson, 1972 citados en Turtós 2007; Cuevas 2013). Esta teoría enfatiza los roles como la opción para que el individuo se mantenga integrado y feliz en la sociedad. El desempeño de roles que adquieran sentido para el sujeto, propiciaría un ajuste más saludable a la nueva situación.

La tercera edad no es una etapa homogénea. El curso de la vida de los sujetos, sus experiencias, las influencias normativas y no normativas que han recibido, marcan líneas de desarrollo diferentes, diferenciando cada vez más a los individuos entre sí. “Las diferencias de cambio entre las personas (interindividuales) y dentro de la misma persona (intraindividuales), conforman la base de la gran variabilidad dentro del grupo de las personas mayores” (Izquierdo, 2005, p.6).

Siguiendo esta línea de pensamiento, el enfoque del ciclo vital, permite hacer un abordaje del desarrollo psicológico en la tercera edad, a partir de sus supuestos esenciales que consideran el continuo proceso de cambio y estabilidad de la persona desde el nacimiento hasta la muerte.

Baltes, uno de los principales representantes del enfoque, refiere que el desarrollo vital es un doble juego entre pérdidas y ganancias en cada una de sus etapas, desmitificando así la creencia que asocia con pérdidas únicamente a la vejez. De esta forma, la perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento - declinación (Dulcey-Ruiz, 2002).

Los representantes de la Psicología del ciclo vital han abordado el estudio de los condicionantes que permiten envejecer de manera óptima. Desde este punto de vista, las personas que llegan a disfrutar de un envejecimiento con éxito, se implicarían en una serie de estrategias que describen el proceso general de adaptación. Las tres estrategias descritas son la selección, la optimización y la compensación (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, 1997; Schultz y Heckhausen, 1996 citados en Triadó, 2001, p. 123):

- Selección de los ámbitos vitales prioritarios en función de las demandas ambientales, las habilidades previas o el nivel de satisfacción que se obtiene de ellas. Implica la reformulación de las metas de desarrollo y el establecimiento de preferencias.

- Optimización de la actuación en los dominios escogidos, de las trayectorias vitales que se siguen, gracias a una capacidad de aprendizaje y enriquecimiento (plasticidad) que no se pierde con los años.
- Compensación de las posibles pérdidas en ciertas capacidades comportamentales a través de otras capacidades que se conservan más intactas o que hayan aumentado con la edad o mediante ayudas de carácter tecnológico.

Los presupuestos del Enfoque Histórico Cultural, aún y cuando su creador no haya teorizado sobre la etapa, son coherentes con los planteamientos del enfoque del Ciclo Vital, en la concepción del desarrollo como proceso continuo, la valoración del papel de las influencias culturales en el mismo y la noción del equilibrio entre pérdidas y ganancias, que Vigotsky resume en su noción de crisis del desarrollo.

Orosa, refiere como adquisición más importante del desarrollo personológico y que caracteriza la jerarquía motivacional en esta etapa, la necesidad de trascender o llegar al otro, característica que regula el comportamiento del sujeto en todas sus esferas de relación. Es una necesidad psicológica de ser en el otro, una vez que ya está próxima la propia muerte. “Enfrentar la muerte sabiendo que uno queda en los que le rodean, en las cualidades del otro constituye el motivo principal que dinamiza el comportamiento del anciano” (Orosa, 2007, p. 172). Es una formación que se va ajustando a lo largo de la etapa, con diferentes niveles de elaboración personal.

Una necesidad básica de la etapa es la de comunicación, por la necesidad de ser tenido en cuenta y de transmitir experiencia (Orosa, 2007). La comunicación se convierte en el centro del sistema de actividad del adulto mayor y es la vía para satisfacer la necesidad de trascendencia. A través de ella se mantienen los lazos afectivos e incluso el papel socializador que anteriormente transitaba también por la vinculación del individuo a grupos e instituciones formales. Mantener una comunicación afectiva condiciona muchas veces el desempeño exitoso del mayor en la sociedad (Turtós, 2007).

En esta etapa las actividades de ocio adquieren importancia dado el aumento del tiempo libre. La elección de actividades se hace en dependencia del nivel de competencia de la persona y de la satisfacción que producen en función de las motivaciones personales (Palacios, 2001).

La adultez mayor es una edad cambiante y no de inmovilidad psicológica. En ella se siguen produciendo procesos significativos que afectan a la personalidad y la transforman. Eventualmente hay hechos críticos y crisis personales que han de afrontarse como tareas o desafíos que la vida y la realidad traen consigo (Palacios, 2001).

Uno de estas tareas que tienen que asumir hoy en día un número significativo de adultos mayores, (que irá en ascenso), es la de asumir el cuidado de familiares enfermos y/o dependientes. Sin embargo, estos han sido estudiados como objetos del cuidado y no como proveedores del mismo.

La situación demográfica y de salud que caracteriza nuestra sociedad ha ido incorporando un nuevo rol a desempeñar por los mayores: el rol de cuidador. Y ya no solo nos referimos a las acciones de cuidado que pueden realizarse como parte del rol de abuelo o abuela, sino que hacemos referencia al desempeño de un rol, que implica una reestructuración del estilo de vida y que puede acentuar la marginación de la que son objeto estas personas al acentuar la desvinculación y el aislamiento.

¿Cómo se integra entonces el cuidado y el ejercicio del rol de cuidador primario en la situación social del desarrollo de los adultos mayores?

Cuando un adulto mayor tiene que asumir la responsabilidad de ser cuidador primario, se produce una restricción en sus posibilidades de participación en espacios de interacción y de mantener relaciones sociales fuera del ámbito familiar, lo cual reduce su sistema de comunicación. El desempeño del rol (por las demandas que implica) puede obstaculizar el desarrollo de actividades y planes que el sujeto haya planificado para esta etapa de su vida.

Los adultos mayores deben vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años, tarea que comienza a desarrollarse desde la etapa precedente. Al respecto, juega un papel esencial la responsabilidad, alcanzada en la adultez, que posibilita al individuo defender sus juicios morales y fundamentarse en sus valores. Ante la asignación-asunción de la tarea de cuidado, el adulto mayor debería estar en mejores condiciones para elegir de forma autónoma como responder a las exigencias del mismo, respondiendo con libertad por sus decisiones y por la forma en que estructura su estilo de vida.

Tomar en consideración los procesos autorreferativos de la personalidad para caracterizar el tránsito por la etapa, permite comprender cómo el mayor puede direccionar su propio desarrollo, a partir de la estabilidad que adquieren las formaciones motivacionales. En el caso de la autovaloración, se plantea que la imagen de sí mismo se va haciendo cada vez más abigarrada, con más elementos; a medida que se acumulan componentes en su interior el autoconcepto desarrolla también una estructura cada vez más jerarquizada, en la que algunos rasgos adquieren una importancia crucial y otros toman carácter secundario (Palacios, 2001).

Hay importantes elementos de continuidad, marcados por la relativa estabilidad de los contenidos psicológicos. Dichos sentimientos de continuidad, de identidad a lo largo del tiempo, es un claro testimonio

de una estabilidad que sobrevive a los cambios o que integra los cambios en una autorrepresentación que mantiene rasgos de permanencia a lo largo del tiempo. De esta forma, el adulto mayor estaría en mejores condiciones para elegir estrategias que permitan desarrollar un estilo de vida, en el que se ajusten las aspiraciones con las posibilidades de realización personal.

En la esfera intelectual se ha descrito la presencia de un pensamiento que se ha dado en llamar post-formal, que implica un mayor relativismo, con la aceptación de la contradicción como rasgo de la realidad y una mejor convivencia con la incertidumbre, así como el uso de un tipo de intuición que procede de la acumulación de experiencias (Palacios, 2001). Se describe además el incremento de la inteligencia cristalizada en relación con la disminución de la inteligencia fluida. El valor de la inteligencia cristalizada radica en que es un conocimiento organizado que se ha acumulado en forma de experiencia y que resulta muy útil en la solución de los problemas de la vida cotidiana.

Por su parte, la sabiduría es una manifestación del pensamiento post-formal en grado particularmente elevado. Se relaciona con una especial capacidad metacognitiva que se refleja en la habilidad para identificar problemas, reflexionar sobre ellos y juzgar. Según Orwoll y Perlmutter (1990 citado en Palacios, 2001) se combina un avanzado desarrollo cognitivo (cognición compleja y dialéctica que permite un buen discernimiento) con un avanzado desarrollo de la personalidad que permite una profunda reflexión sobre los problemas de la vida. Este constituye uno de los recursos con los que cuentan los adultos mayores para revalidar su participación en los diferentes contextos sociales, para repensarse en las relaciones y circunstancias que rodean al cuidado y poder afrontar los problemas asociados al desempeño de la labor, de forma saludable. De ahí que esta sea una característica importante a tener en cuenta para desarrollar procesos interventivos en cuidadores adultos mayores

La sabiduría más que una característica constituye un logro de la etapa, que puede o no ser alcanzado por el individuo (Cuevas, 2013). La inteligencia cristalizada y la sabiduría son logros personales de difícil adquisición y aún más laboriosa manutención, que no son inherentes a todos los sujetos. Resulta una generalización burda atribuir a los ancianos dones y méritos que no necesariamente son patrimonio de todos ellos (Lolas, 2002 citado en Turtós, 2007).

La sabiduría como logro del periodo puede constituirse en un recurso que favorezca la capacidad de los adultos mayores de reflexionar sobre su rol de cuidador y la manera en que es asumido. Igualmente permitiría cuestionar las ideas o creencias que como parte de su concepción del mundo están condicionando la presencia de malestares y contradicciones asociadas al cuidado, que obstaculizan la posibilidad de reestructurar su estilo de vida en un sentido desarrollador.

Existen muy escasas investigaciones sobre adultos mayores en funciones de cuidadores. Baster (2011) refiere que el desempeño de un adulto mayor como cuidador, exige de este una entrega para la cual sus capacidades también están envejecidas, y están presentes en él enfermedades o limitaciones que tienden a incrementarse al ofrecer cuidados, y hacen que se sumen a la ya existente sobrecarga del cuidador. No coincidimos del todo con esta idea, pues ya sabemos que en la vejez se expresan diferencias interindividuales, y hay quienes envejecen de manera satisfactoria, sin enfermedades o limitaciones.

Es en esta etapa donde el sujeto se encuentra más capacitado para entender su posición e impulsar procesos sociales e individuales desarrolladores (Turtós, 2007). El adulto mayor deberá ser capaz de desplegar todos sus recursos en función de las demandas crecientes que acarrea el cuidado, encontrando un sentido a la tarea que permita integrarla a su estilo de vida y garantizar su satisfacción vital. En este sentido, el análisis de las estrategias que refiere Baltes, podría contribuir a comprender cómo el adulto mayor selecciona los ámbitos vitales prioritarios en su vida, y si el cuidado se constituye como uno de ellos, a partir del nivel de satisfacción que pueda reportar y la manera en que permita al sujeto optimizar su desarrollo.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA Y RESULTADOS

2.1 Diseño Metodológico

Problema de investigación: ¿Cómo potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores?

Objetivo General: Diseñar un programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores.

Objetivos Específicos:

- Sistematizar los indicadores teóricos de la categoría estilo de vida.
- Caracterizar los estilos de vida de los cuidadores primarios adultos mayores.
- Evaluar el diseño del programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores.

Objeto: rol del cuidador primario

Campo: estilos de vida de los cuidadores primarios

Idea a defender: El diseño de un programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores en cuidadores primarios adultos mayores, debe sustentarse en la resignificación de la relación social-personal en el desempeño del rol de cuidador, a partir de los logros de la etapa del desarrollo, posibilitando una articulación armónica, contextualizada y dinamizadora entre las dimensiones en las que se expresa el estilo de vida: la relación con los otros y consigo mismo.

Se utiliza la metodología cualitativa, no sólo como referente metodológico, sino desde la postura epistemológica que lo sustenta, en tanto el paradigma alternativo concibe al sujeto como centro de la investigación y protagonista en la construcción del conocimiento, entendiendo su postura y transformando sobre la base de su propia cosmovisión. Desde este paradigma, la investigación es fuente de conocimientos para la acción transformadora. Defiende además una realidad holística, humanista y emergente (Rodríguez, Gil y García, 2004). En el orden metodológico, la finalidad estriba en comprender para transformar, sin pretender establecer relaciones causales ni generalizaciones en formas de tendencias a otros grupos o realidades.

El estudio de los estilos de vida, desde la perspectiva que se propone en el presente estudio, se constituye en un objeto complejo y diverso, sin embargo esta metodología permite profundizar en la forma de expresión del fenómeno, atravesado por valoraciones y vivencias, para llegar así a la comprensión del

mismo. Esta comprensión resulta holística, pues se analiza la realidad de la persona desde su propio marco de referencia, en la globalidad que representa su experiencia vital como cuidador.

Se establece una relación empática, que parte de la estancia prolongada en el campo y que permite la implicación y participación de las cuidadoras como protagonistas del proceso, en el que la investigadora se convierte en el principal instrumento. Esta metodología permite además la utilización de técnicas abiertas, flexibles y construidas en el proceso de interacción, sobre la base de la comunicación entre investigador e investigado.

La investigación se estructura en dos momentos fundamentales: un primer momento en que se caracterizó el estilo de vida de los cuidadores y posteriormente el momento de diseño del programa (a partir de los resultados obtenidos y de la sistematización teórica sobre la categoría en cuestión) y su evaluación.

El estudio privilegia el método etnometodológico, cuya característica distintiva radica en su interés por centrarse en el estudio de las estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas” (Rodríguez, Gil y García, 2004, p.50). El cuidador se encuentra inmerso en un contexto específico, marcado por un modo de vida particular, pero la manera en que se significan y reconstruyen determinadas prácticas tiene una expresión heterogénea en los estilos de vida.

La etnometodología surgió para comprender el papel activo que juegan los miembros de un grupo social en la estructuración y construcción de las modalidades de su vida diaria. Su esencia radica en “la interpretación de las poliédricas y polifacéticas caras que puede tener una realidad humana, ya sea individual, familiar o social” (Martínez, s/f, p. 2).

La etnometodología estudia los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos a través del análisis de las actividades humanas, de forma tal que es un método idóneo para comprender cómo el desempeño del rol de cuidador va configurando una manera peculiar de estructurar la vida (entiéndase las relaciones con los otros y consigo mismo) en estas personas, a partir de la significación que adquiere la labor.

Se emplea el estudio de casos como estrategia de diseño de la investigación, lo cual implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés. Se realiza un estudio de casos múltiples con carácter instrumental. Su utilización tributa a un análisis con carácter exploratorio acerca del fenómeno en estudio (García, 1991 citado en Rodríguez, Gil y García, 2004). En este tipo de diseño, los casos son secundarios, juegan un papel de apoyo, facilitando la comprensión del objeto de estudio (Stake, 1994 citado en Rodríguez, Gil y García, 2004). Posibilita profundizar en cada caso, a partir de la riqueza que estos suponen, para obtener la máxima

comprensión posible del fenómeno en su complejidad, con una visión amplia de cada experiencia vital particular.

2.2 Definiciones conceptuales

Cuidador primario: Persona que asume la mayor responsabilidad en la satisfacción de las necesidades de la persona dependiente, lo cual se expresa en la cantidad de tiempo y esfuerzo invertido en la tarea, que supone un cuidado de larga duración con implicaciones en el orden personal.

Adulto mayor: Sujeto que ha alcanzado un desarrollo que le permite integrar su vida, aceptarse, poseer un cúmulo de experiencias (cristalizadas en sabiduría), que pone en función de vivir con plenitud y armonía el tiempo que le resta, en función de sus propias necesidades y motivaciones, en un continuo desarrollo social y psicológico.

Estilo de vida: Forma en que el sujeto acostumbra a estructurar y dinamizar su espacio y tiempo biográficos, y el modo en que le estampa a estos su sello personal para asumir su existencia. Es expresión de la personalidad y a la vez una condición importante de su desarrollo (Fariñas, 2005).

Estilo de vida desarrollador: Es una situación psicológica creada por el sujeto, que expresa su capacidad para procurar su propio desarrollo personal, a partir del cuestionamiento de sus circunstancias y encontrar sentido a las situaciones de su vida, intencionando la manera en que la organiza y conduce.

Indicadores para el estudio del estilo de vida:

- Sistema de actividad
 - Empleo del tiempo.
 - Desempeño de roles
- Comunicación
 - Funciones de la comunicación
 - Capacidades comunicativas empleadas
- Concepción del mundo
 - Capacidad reguladora de las concepciones asumidas por el sujeto
- Estilo de afrontamiento
 - Estrategias empleadas
- Autovaloración
 - Conocimiento de sí mismo
 - Nivel de aspiraciones, satisfacción y adecuación
 - Funciones de la autovaloración

2.3 Descripción del acceso al campo y selección de los sujetos de investigación

El presente estudio se inserta como parte del Proyecto “Caracterización e intervención en un grupo de cuidadores formales e informales de adultos mayores con enfermedades crónicas”, asociado al Programa Nacional “Determinantes de salud, riesgos y prevención” del Ministerio de Salud Pública. El mismo ha venido desarrollando desde el 2015, investigaciones con cuidadores formales e informales en distintas áreas de salud del municipio Santiago de Cuba. El presente estudio se realiza en el área de salud que atiende el policlínico Carlos Juan Finlay, pues la psicóloga del centro (colaboradora del Proyecto), ha fungido como informante clave y portera para varias de las investigaciones realizadas, al tener un levantamiento detallado de los cuidadores de su área de salud, que facilita el acceso a los casos.

Criterios para la selección de los sujetos:

- Ser cuidador primario y adulto mayor
- Tener 1 año o más en el ejercicio de la labor (de manera que se haya podido articular una dinámica estable en el modo de asumir y conducir la vida).

Los sujetos se seleccionaron a partir de un muestreo opinático (Ruiz Olabuénaga, 2007), en el cual se establece un criterio estratégico para la selección, a partir de las características de los cuidadores que intencionalmente el investigador desea tomar en cuenta. Se empleó el muestreo de bola de nieve (como una variante del muestreo opinático), en el que los sujetos entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente, en este caso la psicóloga del referido policlínico.

Los términos del proceso investigativo (relativos a objetivos, finalidad, posibilidad de grabación de las sesiones, duración de las mismas, empleo que se dará a las informaciones obtenidas, mantenimiento del anonimato, entre otros) fueron analizados con las cuidadoras y quedaron contenidos en el consentimiento informado (Anexo 1).

Se realizó el estudio con tres casos que se presentan a continuación:

Caso 1

Cuidadora G de 74 años de edad. Viuda hace 14 años. Es sobrina-ahijada de la persona dependiente, quien no tuvo hijos y cuidó de MG de conjunto con su madre biológica. Tiene 2 hijos. Conviven solas cuidadora y persona cuidada. MG es Ingeniera química y su inicio en la tarea coincidió con su jubilación. Lleva 12 años en el ejercicio de la labor de cuidado. El tiempo diario dedicado a la tarea no tiene límite de horas (la receptora puede permanecer hasta 36 horas sin dormir). Hace 7 meses cuenta a una persona a quien paga para ayudarla en las tareas domésticas y en el cuidado. Padece de Hipertensión arterial, colitis y artrosis en la cadera, padecimientos que aparecieron luego de iniciarse en la labor.

Características de la persona receptora de cuidados: PH tiene 102 años. Padece de cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia tipo Alzheimer. Está postrada producto a una fractura de cadera y depende absolutamente de su cuidadora para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Su comunicación se encuentra muy limitada, en ocasiones puede decir frases, pero generalmente se comunica mediante gestos. Presenta desorientación alopsíquica y autopsíquica. Presenta incontinencia urinaria.

Caso 2

Cuidadora M de 66 años de edad. Divorciada. Jubilada. Trabajaba como secretaria de la directora económica de una empresa. Simultaneó su trabajo con la labor por 3 años aproximadamente y luego solicita su jubilación para dedicarse al cuidado. Cuida a su exesposo, padre de una de sus hijas. Convive con él, una hija, el yerno y 2 nietos. Lleva 17 años en el desempeño de la labor. Dedicar más de 12 horas diarias a la misma. Padece de úlcera duodenal. Ha tenido tratamiento psiquiátrico por depresión; sin antecedentes de episodios depresivos antes de iniciarse en la tarea.

Características del receptor de cuidados: JM de 72 años. Hace 17 años padeció un infarto cerebral que le produjo una hemiplejía y ceguera. Está postrado. Su conciencia de sí mismo y de los demás está conservada. No tiene control de esfínteres anal y vesical. Depende absolutamente de su cuidadora para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Caso 3

Cuidadora P de 71 años de edad. Casada. Hija única. Tiene 1 hijas que vive en La Habana. Cuida a su madre hace 2 años. Convive con ella y con su esposo. Está jubilada hace 12 años. Se desempeñó por 33 años como secretaria del subdirector económico de una empresa. Dedicar más de 14 horas diarias al cuidado. Padece asma y tiene un problema de coagulación de la sangre. Presenta descenso en los riñones y dermatitis por contacto, afecciones provocadas por las exigencias de la tarea.

Características de la receptora de cuidados: DR tiene 91 años, hace 2 años sufrió un accidente cerebrovascular que le produjo una hemiplejía, tiene paralizado todo el lado izquierdo del cuerpo, está postrada y depende de su cuidadora para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Tiene incontinencia urinaria. Mantiene conservada la conciencia de sí misma y de los demás.

2.4 Métodos para la recogida y análisis de la información

Entrevista en profundidad: Se emplea con el objetivo de comprender desde la organización personal de la experiencia de ser cuidador, cómo se articulan los estilos de vida de las cuidadoras primarias adultas

mayores y la manera en que estos tributan al desarrollo personal. Se desarrolló en 3 sesiones de trabajo con una duración entre 45 y 60 minutos aproximadamente cada una (Anexo 2).

Taylor y Bogdan (citados en Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 166) definen la entrevista en profundidad como «encuentros reiterados, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones», en las cuales el entrevistador es el instrumento de la investigación y no lo es un protocolo o formulario de entrevista.

Esta es una técnica abierta, en la que el modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado. Implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente (...) la entrevista en profundidad comprende un desarrollo de interacción, no solo captador, sino creador de significados (Ruiz Olabuénaga, 2007, p.165). Estas peculiaridades de la entrevista en profundidad permiten que el proceso trascienda el diagnóstico, pues las intervenciones y devoluciones del entrevistador pueden generar reflexión y permitir que el entrevistado cuestione sus propios supuestos.

Entrevista semiestructurada a especialistas: Se emplea con el objetivo de evaluar la pertinencia del programa de intervención psicosocial diseñado, a partir de indicadores previamente definidos para dicha evaluación (Anexo 3).

Procedimiento de análisis de los datos

Se utiliza el análisis de contenido como procedimiento que posibilita leer, registrar e interpretar el contenido de la información recogida durante las sesiones de entrevista en profundidad. Permite además orientar la búsqueda de nuevas evidencias susceptibles de incorporarse a un esquema emergente de significados, que da cuenta de la realidad estudiada y va aproximando al investigador a la descripción y comprensión de la misma. (Ruiz Olabuénaga, 2007).

2.5 Análisis de resultados por casos

Caso 1

G se reconoce en el rol, como condición que la constituye, pero que está asociada a vivencias de malestar: “nosotros, los famosos e infelices cuidadores”, “no vivo esta tormenta con satisfacción”; estas frases muestran contradicción en la asunción del rol, que a su vez tiene expresión en su autoconcepto. La tarea se vive como un sacrificio que afecta la salud física y mental, “significa un sacrificio evidentemente”, “me agoto mucho física y mentalmente”, “generalmente no me siento amargada, pero a veces me deprimo”;

esta última frase muestra una posible inconsistencia en el afrontamiento, a partir de los estados emocionales que genera la labor.

La obligación moral y la reciprocidad en los cuidados recibidos es el elemento principal que mueve a mantenerse en la tarea: “cuando yo era chiquita ella me cuidaba y nunca protestó, eso fue lo que yo aprendí, ahora me toca a mí y no quiero meterla en ningún hogar de ancianos”. El cuidado reproduce patrones tradicionales asumidos, de abnegación perenne en el servicio a los otros. Por otro lado, el rol es asumido desde la concepción de que quienes deben encargarse del cuidado son aquellos que ya no están vinculados laboralmente (los adultos mayores) y cuyos recursos económicos, por tanto, son menores “¿Quién lo va a hacer? Mi hija trabaja y ella aporta más que yo, gracias a su ayuda económica es que puedo”. El factor económico se valora como esencial para desarrollar la tarea, considerando entonces como un apoyo importante las ayudas recibidas de los familiares en este sentido.

La idea de la cercanía de la muerte de la persona cuidada, influye en el estado emocional de la cuidadora y en la manera en que el cuidado es ofrecido, “últimamente me estoy atormentando, sé que se va a morir y no tengo solución, tengo que tratar que viva lo mejor que pueda. Se va a morir, tiene que ser así y yo me tengo que adaptar a eso”. Esa creencia condiciona el estilo de vida; la cuidadora dispone su vida alrededor del cuidado como manera de garantizarle un mejor morir y de aceptar la muerte. Se muestra una concepción del mundo desde una visión pasiva, lineal y fatalista de los procesos que condiciona el afrontamiento pasivo ante ellos. Esta concepción del mundo genera determinadas vivencias que se trasladan al cuidado, ejerciendo una tarea no generadora de desarrollo para el otro y sí mismo, sino de mantenimiento.

Las preocupaciones en torno al cuidado se centran esencialmente en aspectos objetivos, en los medios necesarios para garantizarlo. PH, por las implicaciones de su condición, necesita pañales desechables, cremas especiales para prevenir escaras, etc. Las carencias al respecto y la búsqueda de posibles alternativas de solución, afectan diversas esferas de la vida de la cuidadora, “las cosas que no puedo resolver con ella me afectan a mí... de manera asombrosa, a veces no duermo bien pensando cómo resolver los problemas”. Se evidencia cómo la relación con el otro en el desempeño del rol, condiciona la relación consigo misma, en tanto la forma en que se asume el cuidado afecta el bienestar propio y dinamiza el estilo de vida.

“No tengo alivio, no tengo cómo liberarme”, esta frase evidencia la sensación de carga percibida y la no visualización de opciones para el disfrute del tiempo libre en acciones enriquecedoras y gratificantes. El tiempo libre se emplea en ver televisión y leer el periódico fundamentalmente. Se muestra una

imposibilidad de hacer frente a los problemas que puede sustentarse en una incapacidad para identificarlos y reestructurarlos.

La satisfacción de las necesidades de la persona enferma se jerarquiza por encima de las personales, lo que se hace explícito en frases como “me ocupo poco de mi persona”. Lo anterior se refleja en el abandono del cuidado de la propia salud “tengo problemas por cargarla, dolores permanentes...pero no voy al médico a buscar nada para mí, solo para ella”, “la doctora me mandó análisis y no he podido hacérmelos...mis pastillas se me olvidan, las de ella no, se las organizo para toda la semana”. El agravamiento de algunos de los síntomas de sus padecimientos, es lo que moviliza a buscar atención médica.

MG cuestiona la forma en que los servicios de salud y sociales se deberían organizar para satisfacer las necesidades de los propios cuidadores. “al cuidador no se le permite que si es profesional y tiene que dejar de trabajar, pueda seguir desempeñando su trabajo en el hogar”, “creo que es necesario hacer un alto y hacer cosas para que las personas trabajen menos en cuestiones domésticas y más en lo que tienen capacidad”. Si bien podríamos referirnos a una estrategia de planificación, pues se reflexiona en torno al problema y sus vías de solución, al depositar toda la responsabilidad en las instituciones sociales, se obstaculiza la búsqueda de alternativas de solución que la impliquen y movilicen hacia el logro de sus metas. El desempeño del rol se realiza de forma pasiva, pues aunque logra reflexionar al respecto, no presupone cambios ni replanteamientos a su posición.

Le genera malestar el hecho de que las demandas de la labor, la reduzcan al desempeño de tareas domésticas e imposibiliten, por la ausencia de tiempo percibida, el desarrollo de proyectos que concibió para su vejez y que ha tenido que abandonar, “esto me ha impedido hacer muchas cosas, yo quería cuando me jubilara hacer una compilación de los escritos literarios que mi esposo hizo, quería hacer un libro sobre los precios de la construcción...pero no tengo tiempo... y me estoy atrofiando”. Aparece la tarea como obstáculo para las aspiraciones personales.

La situación de salud aparece como obstáculo para las actividades de ocio, que podrían realizarse con más frecuencia desde que se cuenta con una persona que apoya en la tarea. La artrosis que presenta en la cadera provoca dolores cuando camina por mucho tiempo. Este problema de salud, es otro elemento que limita a G en la realización de actividades de ocio que disfruta (como salir a la calle, a las tiendas).

La propia vida se valora como sedentaria, demasiado pausada, obligado por las circunstancias. Se abandonan antiguas actividades: “me gustaba ir al cine, ir al teatro, ya no puedo”, “hace poco fui al teatro a ver un concierto, no sé ni cómo, pero no puedo hacerlo con frecuencia, depende de cómo ella esté”. Se genera un vínculo de codependencia, que limita a la sujeto para participar en espacios y actividades fuera

del hogar, “cuando he salido regreso enseguida, no es que me martirice, pero me parece que las personas que se quedan no se percatan de cosas que ella necesita”. Hay una concepción estereotipada del cuidado; no se logran articular las funciones de la comunicación en aras de lograr relaciones de apoyo efectivas, lo que refleja la ausencia de congruencia y expresividad afectiva como capacidades comunicativas.

Al indagar sobre cómo podría cambiar su situación, la única opción valorada es la muerte de PH, “tendría menos presión, me ocupo más de mi salud que no lo hago porque no he podido y tendría más calidad de vida”, “yo no quiero que ella se muera, pero yo espero que ella no dure mucho más tiempo porque probablemente si ella sigue durando así con esa vitalidad, la que se muera sea yo”.

La imposibilidad de una comunicación verbal abierta, fluida y en la que ambas puedan expresar sus necesidades, genera preocupación, inseguridad y frustración: “tengo que tener un diccionario para todas sus señas (...) me siento incapaz de identificar qué le pasa, me da mucha inseguridad, tengo que imaginarme lo que tiene y no sé qué hacer”, “me preocupa que se va a quedar sin hablar y no voy a saber qué tiene”. Se condiciona así un sentimiento de ineficacia, incapacidad para la tarea que se articula en su autovaloración y tiene expresión en el desempeño del rol.

G no es del todo consciente del deterioro que implica la demencia y eso se revierte en un estado emocional negativo, en tanto responsabiliza a PH por su conducta, “¿Por qué no quieres hablar?, ¿Tú no ves que eso me hace daño?”. El intercambio afectivo en la relación se ve obstaculizado por esta situación, “a veces me saca de quicio, por ejemplo me pide un beso y no se lo doy porque me molesto. Yo sé que es una muestra de su cariño, pero me lo dice con señas”. Se emplea la confrontación como única estrategia posible para afrontar esta situación, lo que condiciona una comunicación carente de congruencia y comprensión empática: “cuando no me contesta me irrito, lo manifiesto hablando en voz alta, gritando, contestando a veces incorrectamente...de alguna manera tengo que desahogarme”.

Sin embargo, a pesar del deterioro del nivel de intimidad psicológica en la relación, generado por la incapacidad de PH de hablar, G se siente gratificada con las muestras de cariño que recibe de su madre, aunque no puedan ser expresadas verbalmente sino a través de gestos, como por ejemplo los besos y caricias que le da.

Con la persona que la ayuda en el cuidado, se mantiene una relación de tipo instrumental, articulada alrededor de las tareas que se tienen que desarrollar. La satisfacción con esta relación, responde a lo que significa en términos de atención a PH: “eso es un descanso, es alguien que me ayuda y que la trata muy bien”. Si bien es esta la persona con quien más horas al día comparte, la comunicación con ella se

sustenta en las funciones informativa y reguladora.; no se constituye en vía para la satisfacción de necesidades de afecto y afiliación.

La hija la visita diariamente cuando sale del trabajo, o en la noche, y es con ella con quien más contactos comunicativos mantiene. El hijo la visita con menos frecuencia y este hecho es fuente de reclamos por parte de G, que matizan el vínculo con él. Las atenciones recibidas y las esperadas se revierten en un mejor estado emocional: “eso alivia, uno se siente atendido, aunque no pueda resolver nada”. En este sentido, no se pone de manifiesto una capacidad para la expresividad afectiva, que le permita transmitir emociones y afectos abiertamente. Están de base de necesidades de afecto y reconocimiento por la labor realizada.

Sus necesidades afectivas se sustentan sobre sus concepciones en torno a la vejez: “como uno está viejo necesita más afecto, necesita más comprensión”. Estas necesidades afectivas no encuentran satisfacción en el vínculo con los hijos.

Su autovaloración se nutre de un conocimiento de sí misma y de sus cualidades personales, reafirmando la satisfacción consigo misma: “mis hijos dicen que soy muy exigente, que tengo un carácter muy fuerte y yo lo sé. He sido fuerte, trabajé duro, yo me siento bien siendo así, no voy a cambiar, porque siendo así yo logré muchas cosas en mi vida, por lo tanto no tengo por qué cambiarlo”. No obstante, estas valoraciones sobre la relación autoconcepto-logros y la satisfacción consigo misma, están expresadas en una temporalidad pasada, que no garantiza una movilización y proyección futura que permita concretar aspiraciones aplazadas.

Reconoce un cambio en su carácter, condicionado por la experiencia que los años le han traído consigo: “yo he mejorado mucho, antes era más impulsiva...yo misma me controlo, quizás por eso soy más metódica, por la experiencia”.

Se privilegia como más desarrolladoras y positivas etapas anteriores de la vida, lo cual limita el desarrollo psicológico que debe alcanzarse al llegar la vejez y las posibilidades de realización futura, sustentado en una valoración sobre sí misma, sobre sus posibilidades actuales. En su autovaloración, adquieren relevancia los aspectos vinculados con su desempeño durante su vida laboral, por lo que la pérdida del status social adquirido durante esta etapa, desarticula la opinión sobre sí misma: “yo fui una personalidad en B. (nombre del lugar donde trabajaba) y no es fácil salir de eso y de pronto dedicarse de ahí a cuidar a mi mamá, el cambio fue violentísimo”, “yo fui una persona exitosa, ahora no, ya eso es pasado”. No ha alcanzado una satisfacción consigo misma que se revierte en satisfacción con la tarea y con la vejez. La

autovaloración no ha logrado la reestructuración necesaria en esta etapa de la vida, lo que condiciona sus malestares.

La desvinculación social, y la carencia de medios para la actualización constante en temas de su profesión, una vez llegada la jubilación, es valorada como obstáculo para su desarrollo: “los profesionales perdemos mucho tiempo de actualización cuando nos jubilamos, qué puedo yo hacer ahora del libro que yo quiero, yo estoy totalmente desactualizada... lo único que tengo es el periódico...no hay internet, una computadora...”.

Hay necesidades de realización que dinamizan su comportamiento; la lectura del periódico es una actividad que en la que se concreta dicha necesidad, pues permite una actualización constante en temas de salud, ciencia, historia, que le posibilitan no sentirse desvinculada, y propiciar la comunicación con los hijos y los nietos para transmitir esos aprendizajes y polemizar. Esto último, se convierte en una actitud que caracteriza su estilo de vida, la búsqueda de la polémica, el debate, una actitud de curiosidad ante los hechos y fenómenos.

La familia adquiere un importante lugar en su jerarquía motivacional y dentro de ella el vínculo con los nietos, a través del cual se lograría satisfacer la necesidad de trascendencia, aspiración de G expresada en frases como: “ser parte de ellos, que vengan a mí a pedirme un consejo, una reflexión, una opinión”, “yo les he enseñado cosas... eso me encanta. Ellos vienen y me piden que los ayude cuando tiene algún tema que tratar, le compro libros...” El rol de abuela se muestra como vía para el desarrollo en la etapa en este caso, al propiciar la satisfacción de dicha necesidad.

La evaluación que realiza de sus capacidades y limitaciones como adulta mayor, se expresa en las acciones que realiza y en cómo conduce su vida: “uno tiene que tener claro cuáles son sus limitaciones, no es que se conforme, es que toda época necesita de una adaptación”. Los estereotipos sobre la vejez, que inducen más limitaciones de las reales, matizan el concepto de sí misma y propician mayor desvinculación.

La concepción en torno al éxito y cómo alcanzarlo se refleja en frases como: “No me gusta perder, siempre he trabajado para obtener victoria, a veces se puede, otras veces no, pero hay que tener una meta”. Sin embargo, las metas que se pautan son a corto plazo, y emergen como formas de responder ante las cuestiones más inminentes que van surgiendo en la vida cotidiana, lo que se refleja en frases como “cada momento hay que ir cambiando, con las cosas que se van presentando”. Sus metas actuales se centran en arreglar su casa (pues el techo comenzó a caerse) y atender su estado de salud. Al indagar sobre la posibilidad de concretar la aspiración de escribir refiere: “Cuando esto termine a lo mejor, si la memoria todavía me alcanza, la memoria se echa a perder si uno no la usa, yo no quiero perderla pero uno tiene

que tomar la decisión correcta en el momento preciso y ahora es esto (refiriéndose al arreglo de la casa) y después ya veremos”.

La proyección futura de las aspiraciones, no es un elemento en el que se logre articular la valoración que tiene de sí misma, en lo cual influye, como ya mencionábamos, que la vida laboral pasada es la fuente principal de satisfacción. La nueva situación se vivencia como pérdida de lo logrado. La autovaloración no regula la proyección futura de los contenidos psicológicos.

Caso 2

La asunción del rol de cuidadora por parte de M, responde en primer lugar, a la ausencia de otros familiares que se responsabilizaran con el cuidado y por otro lado, a su concepción sobre el deber moral que ella tiene para con él, como gratitud por su comportamiento, “pero no puedo botarlo a la calle, porque en primer lugar es el padre de mi hija y me crió a la otra, fue muy buen yerno con mi mamá que tenía cáncer... uno tiene que echar el casete para atrás y ver lo que la gente hizo”. La gratitud y el deseo de hacer el bien, son elementos que constituyen su concepción del mundo y que la hacen asumir la labor: “yo soy agradecida y como a mí no me cuesta... además hay un dicho que dice que obras son amores y no malas razones”.

En la asunción del rol, está mediando además, un temor a encontrarse en una situación de dependencia y discapacidad y no contar con alguien que la cuide. “Es ley de la vida, yo tengo familia y no sé cómo va a ser mi final”. La manera en que se asume y desempeña el rol, tiene la intención de garantizar, a partir de su ejemplo, el cuidado de su familia para ella misma cuando sea mayor, “si no eres ejemplo no tienes moral para exigir”. El cuidado de otros está mostrando la necesidad propia de seguridad y protección.

El rol ha sido asumido desde el deber ser, mediado por las asignaciones culturales al rol materno, que pautan el sacrificio personal en aras del bienestar de los hijos: “todo el peso me lo he echado yo encima, porque a quien va a hacer daño es a mis hijas, yo no quiero que ellas pierdan el trabajo, están haciendo familia, yo la hice y no puedo negarles esa posibilidad”, “mientras tenga fuerza y facultades yo las voy a ayudar, porque yo no puedo originarles más problemas”. Aparecen contradicciones en la asunción del rol, evidenciándose inseguridad en su desempeño.

La vida cotidiana se estructura alrededor de la labor de cuidado. El tiempo se emplea en tareas asociadas al ejercicio del rol de cuidadora y de “ama de casa” fundamentalmente, en este sentido expresa “estoy tan cansada, tan agobiada, que cuando termino no tengo ganas de nada, crees que voy a tener deseos de pasear, lo que quiero es descansar”. Sin embargo no existe un cuestionamiento sobre la participación de otros miembros de la familia en dichas tareas.

Se realizan algunas acciones de ocio, pero estas se reducen al marco del hogar: “veo televisión, grabo y veo novelas, tejo a crochet, me entretengo acomodando las cosas de la casa, haciendo cambios en los adornos y muebles. Hablo con mis matas y todo eso me ayuda, me entretengo en algo útil”. Seguir sintiéndose útil, es una necesidad de realización, asociada a la desvinculación que ha implicado la tarea y a la concepción sobre el cuidado, que no adquiere un sentido personal que permita integrarlo en su jerarquía motivacional. En esta frase se refleja además la necesidad de comunicación con los otros.

No valora la posibilidad de participar en otros espacios de socialización, por ausencia de tiempo, por el desgaste físico que supone la tarea y porque considera que no debe transmitir a otros sus “problemas y depresión”. Este afrontamiento autolimita las posibilidades de establecer nuevas relaciones y vínculos comunicativos desarrolladores.

Hasta hace 2 años aproximadamente pertenecía a la Cátedra del adulto mayor; desempeñándose como secretaria docente de la escuela de su Consejo Popular, labor que desarrollaba una vez a la semana y que tuvo que abandonar por las demandas de la labor. Esta actividad generaba satisfacción y su abandono fue vivenciada con malestar “para mí significó todo, ahora estoy desvinculada socialmente, porque mi mundo se compone a este pedazo, atenderlo a él, hacer los mandados, buscarle su almuerzo en la iglesia”. Hay una vivencia de ruptura, de desmembramiento a partir de la asunción del rol, que condiciona la autovaloración.

La labor se identifica como un obstáculo para el bienestar y el desarrollo, lo que se evidencia en frases como: “necesito un respiro”, “yo estuviese mejor si no tuviese esta tendencia, este maletín. Con mi jubilación ahorraría y fuera para aquí y para allá, me tomaría una cerveza”. Sin embargo, no hay un cuestionamiento al respecto, no se visualizan alternativas para la satisfacción de esas necesidades a partir de emplear estrategias como la planificación o la búsqueda de apoyo social, asumiendo la situación con resignación: “mi hija quiere que yo vaya al taichí porque dice que tengo que cuidarme, pero eso no es fácil, quien lo cuida a él, es difícil poder ir siempre, porque todos los días puede surgir algo nuevo con él...la vida se impone”. Hay una pérdida del sí mismo en el cuidado, necesitando el reconocimiento y afecto de las hijas. No existe una congruencia y capacidad de expresividad afectiva que permita satisfacer esas necesidades y además activar al otro como recurso; toda esta dinámica se expresa entonces en un estilo de afrontamiento evasivo.

La comunicación con el receptor de cuidados no se convierte en vía para la satisfacción de las necesidades, por el contrario, es fuente de frustración y malestar. Refiriéndose a JM plantea “me hace la

vida un yogurt”, “hay personas que da gusto cuidarlas, que te tratan bien, te cuidan a ti, con esa persona tú te mueres...” yo soy humana, lo hago por su bien, pero eso no le da derecho a humillarme, eso te estresa”. Aunque la cuidadora reflexiona sobre cómo se siente al respecto, estas vivencias no son transmitidas a JM. Se asume el distanciamiento y la huida como estrategias de afrontamiento, lo cual no le permite ser congruente ni desarrollar la función informativa y afectiva de la comunicación “él es cascarrabias, hay días que amanece que no se le puede hablar, pero no le hago caso”, “viro la espalda y me voy, no hablo más con él, me voy y me pongo a oír el radio”.

M es capaz de ponerse en el lugar de JM, para comprender empáticamente su comportamiento, “convivir con una persona en esas condiciones y que tenga la mente clara no es fácil...yo atribuyo su mal humor a su enfermedad y a que está ciego”. Es contradictorio entonces, que otra de las estrategias de afrontamiento empleada sea la confrontación: “me hace sentir mal, hay cosas que quiere que yo haga y le explico y no entiende, me incomoda y tengo que pelear”.

En relación con la función afectiva, el intercambio de afectos se da esencialmente del receptor de cuidados hacia su cuidadora: “Cuando está de buen humor me dice negra, me dice: yo no tengo a más nadie”. Sin embargo, estas muestras de gratitud y afecto no son elementos que se reviertan en el bienestar de M, en tanto la relación no se sustenta en un vínculo afectivo, sino de obligación moral sustentado en un deber ser.

La comunicación con JM es asumida desde una posición de poder atribuida a la figura del cuidador, que anula la participación de la persona cuidada en el proceso de satisfacción de sus necesidades: “él es prepotente y quiere que se haga lo que él diga, el enfermo se debe a quien lo cuida y él entonces quiere que yo me subordine a él”. La función reguladora de la comunicación es la que predomina en las interacciones.

La educación brindada a sus hijas, que ve revertida a su vez en sus nietos, es un elemento que dinamiza su autovaloración y que la hace sentirse realizada: “eduqué a mis hijas acorde a los principios de la sociedad, les transmití ejemplo de trabajo y estoy orgullosa de lo que ellas han alcanzado y de mis nietos que están bien encaminados, todos estudiando”. Esta realización y satisfacción se muestra en un plano muy concreto, depositado en los otros y no en sí misma.

La satisfacción de las necesidades de JM ocupa un lugar relevante en su jerarquía motivacional, después de la familia. La atención propiciada a JM por el sistema de salud, seguridad social, la iglesia, los vecinos, es fuente de bienestar para M. y es la razón fundamental en la cual sustenta su felicidad. El cuidado, al responder a un deber ser asumido por M (desde el determinismo externo), se convierte en un elemento

central en la valoración que realiza de su bienestar, “creo en mi conciencia que estoy actuando bien, y eso me hace sentirme bien, me hace feliz”.

La familia adquiere el lugar más relevante en su jerarquía motivacional. Su autovaloración se articula a partir del papel que considera que ejerce dentro de su núcleo familiar “yo soy el horcón de la casa y si se rompe el horcón se rompe la cadena y yo no puedo permitir eso”. Incluso la propia autoestima se concibe como medio para garantizar la estabilidad del sistema familiar: “Si yo no me valoro quien lo va a hacer, tengo que luchar por quererme yo, porque yo soy el eslabón de esta casa, yo soy el horcón”.

La dimensión íntimo-personal no aparece en su jerarquía motivacional como un área significativa. De ahí que no exista una reflexión sobre sí misma, sobre las aspiraciones personales, que se concrete en estrategias para alcanzarlo. En otras frases, se evidencia cómo el propio cuidado de la salud se realiza en función de la familia “mi salud y mi familia son lo más importante en mi vida, porque teniendo salud la estoy ayudando a ella, dime tú si yo caigo en una cama ¿a quién le voy a crear problemas? es a mi familia, para querer a mi familia tengo que cuidarme yo”.

Sus aspiraciones se limitan a mantener un buen estado de salud, tanto para ella como para JM, como condición para poder mantenerse en la tarea. Refiere “en este momento tengo lo que tenía que tener, media y fraccionada pero tengo salud, pero aquí todo el mundo tiene problemas... lo que no tengo ahora no es porque no quiera es porque no se puede, porque como yo hay miles de personas, no me falta el medio para comprar el pan nuestro de cada día”, “aquí lo que hay es que estar vivo y con salud”.

El conocimiento de sus estados emocionales permite acometer acciones para mantener el estado de salud: “cuando yo siento que me quiero desajustar voy a ver a la doctora y me dan mi receta y hago mi tratamiento y así me mantengo”. En este sentido, hay una movilización hacia el autocuidado de la salud, pero solo como vía para mantener el cuidado del otro. El desempeño del rol de cuidadora está ejerciendo aquí una función compensatoria, no solo hay rigidez en su autovaloración sino que se siente disminuida y la única forma de ser relevante y útil es a través de la tarea.

La revisión de la vida pasada y de los logros alcanzados en la vida social (como militante del Partido, dirigente sindical, presidenta de CDR) dinamizan su autovaloración y generan satisfacción con la vida propia. Sin embargo, no hay una proyección hacia el futuro de aspiraciones personales, acorde a ese nivel de adecuación.

La necesidad de trascendencia aparece como neoformación, asociada a la necesidad de mantener el vínculo social. No obstante, no hay una elaboración consciente que permita la movilización hacia su consecución, esta se logra a partir del apoyo social recibido por los vecinos “en las actividades del CDR

siempre me están buscando, cuando alguien necesita una verificación, como cederista con prestigio, vienen aquí a buscar mi opinión, los vecinos vienen a consultarme cuando tienen un problema para que yo los oriente; en ese sentido no estoy aislada”, “no puedo quedarme en el anonimato, quiero que los vecinos vean en mí la M. (menciona su nombre) que siempre fui”. Hay necesidades de autorrealización insatisfechas pero no se articulan mecanismos que permitan su consecución; se pone de manifiesto una autovaloración disminuida con pocos recursos de afrontamiento, que genera vivencias de soledad y frustración.

A pesar de mantener de esta forma el contacto social, aparecen sentimientos de soledad y aislamiento: “en lo ya muy íntimo estoy encasillada de una manera tal... estoy en un círculo vicioso encerrada en sí misma, yo lo que hago es un sobreesfuerzo, tengo que hacer un esfuerzo para no caer en sentirme sola en el mundo, aislada”. Esta estrategia de autocontrol de los propios estados emocionales, no garantiza el cuestionamiento de su situación actual, condicionando un afrontamiento centrado en la emoción y no en el problema.

El concepto sobre sí misma se sustenta fundamentalmente en la opinión que tienen los otros “las personas me dicen que siempre tengo buen carácter, que les doy ánimo, que pareciera que no tengo problemas”. Sobre sí misma refiere, “mientras la gente piensa negativo yo siempre pienso en lo positivo”, sin embargo esto se contradice con otra frase empleada al referirse a la situación de cuidado, “veo que no avanzo, que todo se distorsiona y como estoy estresada lo veo todo peor”. Esa característica personal que identifica en ella, no se emplea en resignificar la labor y las emociones que esta genera.

Como parte de su concepción del mundo aparece la felicidad como noción relevante, la cual sustenta a partir del bienestar consigo misma: “a excepción de muchas personas que lo tienen todo material, yo mido lo espiritual, porque para ser feliz tienes que sentirte tú feliz contigo misma y yo en ese sentido soy feliz”. Sin embargo esto se contradice con frases anteriores en las que se ve estancada y sola en el mundo.

La cuidadora mantiene una relación de pareja que permite a través de la comunicación, la satisfacción de necesidades de seguridad, afecto y afiliación y que genera bienestar: “se sienta conmigo, converso, es un hombre inteligente... intercambiamos temas... me ayuda en lo que me haga falta”, “es un motivo más que tengo para sentirme viva, me siento muy feliz, vivo feliz...eso me ayuda a ponerme bonita, a peinarme, a tener mi ropa al día, a perfumarme”.

La aprobación social es un elemento que está mediando en el establecimiento del vínculo, lo cual se refleja cuando plantea “tengo mi enamorado y él lo sabe” (refiriéndose a JM), “yo hablé con la doctora y con mis hijas”, “a él todo el mundo lo quiere, mis hijas, mis nietos, en el barrio me preguntan por él”. Esto, puede

estar condicionado por las creencias asumidas por la sujeto, en torno al establecimiento de relaciones de pareja en la vejez y por el hecho de cuidar a su exesposo.

La manera en que se asume el vínculo de pareja está limitado por creencias y asignaciones sociales que pautan la dedicación absoluta a la tarea y la imposibilidad de ausentarse de la misma para satisfacer necesidades personales, “no puedo salir aquí o a allá, si salgo y de momento le pasa algo y los vecinos lo socorren, lo primero que van a decir es que yo estaba fiestando y lo dejé solo, no quiero caer en eso”. No existe un cuestionamiento de estas expectativas sociales al rol, los estereotipos asumidos, limitan a la sujeto en la expresión del vínculo amoroso, aun cuando este satisface sus necesidades y se constituye en una esfera significativa.

Caso 3

Las condiciones de vida emergen en este caso como un elemento a destacar. DR no tiene ayuda económica por la seguridad social, y la jubilación de la cuidadora solo asciende a 200 pesos. El esposo, jubilado, se ha recontratado para garantizar la atención y principalmente la alimentación de DR. Las carencias económicas se presentan como una fuente importante de preocupación y malestar, que se revierte tanto en el cuidado como en la propia vida y salud de la cuidadora y su esposo (que es el cuidador secundario), *“pararme en el fogón y no tener que hacer es lo que más me preocupa”, “nosotros no nos estamos alimentando, nosotros nos estamos consumiendo en este proceso, yo pesaba 135 libras y estoy pesando 88”*.

La asunción del rol por parte de la cuidadora ha significado una renuncia a su vida personal, implicando un cambio de domicilio, sobre lo que refiere *“tuve que dejarlo todo, mi casa, hace 2 años que no voy a mi casa, la casa que yo luché, yo he dejado mi vida por venir a cuidarla”*. El deber moral aparece como el motivo esencial para mantenerse en la tarea: *“Yo lo hago por 2 razones: primero porque es mi deber, esa es mi mamá, es mi obligación... eso me toca, como hija yo tengo que cumplir y segundo porque tengo que dar el ejemplo, los hijos hacen con uno lo que vieron hacer con los otros”*. Asumir el cuidado es una manera de trascender en la hija y de garantizar que le sean ofrecidos, los cuidados que supone necesitará. Las concepciones en torno al rol de madre, condicionan la asunción del rol de cuidadora *“mi hija en La Habana tiene su vida hecha y yo no se la voy a venir a quitar”*.

La vida cotidiana se organiza alrededor de la tarea y no se visualizan alternativas para emplear el tiempo en otras actividades *“Yo no hago nada más, mi vida gira en torno a ella...no se puede hacer nada”*. Se han abandonado las actividades de ocio que antes se realizaban como pasear, sola o con el esposo, y visitar a la hija en La Habana.

La posibilidad de dedicar tiempo a realizar actividades fuera del hogar no se concibe dentro de la situación actual; para P, poder realizar dichas actividades supondría la muerte de DR o la claudicación en la tarea, por lo que se vive con culpa el hecho solo de pensarlas: *“A veces pienso que si no fuera por esto yo podría irme para aquí y para allá...le pido a Dios que me quite esa idea porque hay que luchar hasta el final”*.

El tiempo libre, que es valorado como poco o nulo, se emplea en descansar, leer el periódico o coser, actividades que se realizan de manera rutinaria y no porque cobren sentido en sí mismas. Ver la televisión, específicamente las novelas, es una de las actividades que generan satisfacción pero se ve imposibilitada de hacerlo porque a DR no le gusta y se crean conflictos: *“se ve el noticiero cuando ella está pal paso”, “la novela de las 11, que es refrescante, yo la vi solo 2 veces porque esa señora se puso como una fiera”*.

Ante esta situación la estrategia de afrontamiento es la huida y el distanciamiento; no se buscan alternativas de solución para poder satisfacer sus necesidades sin que se genere un conflicto o afecte a una de las partes. La cuidadora lo asume con resignación y pasividad, actitudes que caracterizan su estilo de afrontamiento.

No se dedica tiempo para sí misma; incluso la atención a la propia salud se desplaza en función del cuidado, *“si voy al médico es corriendo a buscar una receta, me atiendo a medias, hace 2 años que no me atiendo la alergia”, “tengo una culebrina hace más de un año, es por el estrés, pero ¿Qué voy a hacer?”*. Esta última frase vuelve a poner de manifiesto la actitud pasiva, en la que no se visualiza la posibilidad de un cambio en la situación actual.

Existe una reducción considerable de los vínculos con los otros, por el aislamiento que ha traído consigo el desempeño del rol. Los vecinos de su casa en ocasiones la llaman pero esto igualmente es fuente de conflicto con su madre. Consecuentemente, la comunicación como proceso tiene lugar con DR y con su esposo fundamentalmente.

Hay unas expectativas alrededor de la actitud que debiera asumir su madre como respuesta a su dedicación: *“no hay unas palabras de afecto, un mi hijita gracias”*, que al no ser satisfechas generan insatisfacción con la relación y condicionan el tipo de vínculo comunicativo que caracteriza su estilo de vida.

La comunicación con la receptora de cuidados cumple esencialmente una función reguladora e informativa, y se concreta en los momentos de satisfacer sus necesidades. Esta situación viene condicionada por las actitudes y los comportamientos de DR, quien con frecuencia humilla y maltrata a P, limitando su capacidad de congruencia y generando un estado emocional de tristeza que matiza toda la vida de la cuidadora. Por otro lado, las vivencias de la relación anterior con la madre condicionan que la tarea no sea

asumida desde lo afectivo, lo que se refleja en frases como: *“ella nunca fue amorosa, nunca tuvo esa cosa afín conmigo, no me inculcó ese amor, ella nunca hizo nada por mí”*.

No existe entre ambas una intimidación psicológica, la relación no se sustenta en un vínculo afectivo; muestra de esto es, que a pesar de que hay momentos en los que se refiere a DR como su mamá, la mayoría de las veces utiliza la frase, *“esa señora”*.

La relación con la receptora se torna muy conflictiva y genera frustración. Se simultanean como estrategias la confrontación y la huida o evitación. En las situaciones en que se asume la confrontación (que son la minoría), P culpabiliza a DR por su situación, aunque contradictoriamente esta actitud no sea coherente con sus principios *“a veces le digo un disparate...no me gusta pero a veces no me queda más remedio que recordarle por qué yo estoy aquí, porque ella no puede valerse por sí misma, pero no me gusta hacer eso, no tengo que recordárselo”*.

La huida es la estrategia más frecuente. Aun cuando es consciente del malestar que le ocasiona, no se asumen otras estrategias de afrontamiento que permitan canalizar esas emociones y cambiar la situación: *“me voy para allá atrás, a veces hasta lloro porque dice cosas que me duelen, no me siento bien, me deprimó”*.

El distanciamiento de la situación se ha valorado como posibilidad, pero no se ha concretado en hechos *“me da deseos de irme para mi casa” “tenía que haberme ido y haberla dejado...para que la metieran en un asilo, pero yo creo que yo no tendría corazón para eso”*, lo que responde, más que a una cuestión afectiva, al deber ser desde el que se asume el cuidado.

De manera contradictoria aparecen expresiones que dan cuenta de la posible capacidad empática de P, empleada para comprender y justificar el comportamiento de DR. En este sentido plantea: *“ella no era agresiva antes, yo pienso que es por como se ve ahora, ella era muy activa”*. Sin embargo, no existe correspondencia entre estas valoraciones y los afrontamientos que la caracterizan en la relación comunicativa con su madre.

Hay una distribución de roles dentro de la relación cuidadora-persona cuidada, marcada por el ejercicio del poder atribuido por la cuidadora hacia su madre, por ser la propietaria de la vivienda. P considera que al no ser esa su casa, las normativas que imponga DR deben ser cumplidas. Esa creencia limita la posibilidad del diálogo para llegar a acuerdos y condiciona que la autonomía de P para tomar decisiones se vea limitada, lo cual tiene expresión en su estilo de vida.

No se comunican afectos y necesidades; la expresividad afectiva no es un recurso que se emplee como vía para solucionar los conflictos en la relación. La creencia de la imposibilidad del cambio en la persona

receptora matiza igualmente el estilo de afrontamiento asumido. Esta creencia condiciona además que P no propicie el diálogo para comprender las razones de su madre, plantearle sus valoraciones y así intentar revertir la situación *“si yo lograra que ella fuera una gente más comprensiva, pero como sé que no lo voy a lograr...ella es una gente cerrada”*

Aparecen algunas creencias religiosas en su concepción del mundo, que pautan una manera de asumir la vida en general y el cuidado en particular; al respecto plantea refiriéndose a la relación con su madre: *“siempre uso una frase de la Biblia que dice Dios ayúdame a aceptar las cosas que no pueden cambiar y ayúdame a cambiar las cosas que se puedan cambiar. Y yo a ella no la puedo cambiar, la ayuda es que yo pueda soportar esa carga”*. En esta frase subyace la creencia de que su vida y su situación actual tampoco pueden cambiar, por lo que se asume una actitud pasiva marcada por la resignación que no permite visualizar alternativas, *“yo tengo que aguantarlo, esa fue la mamá que me tocó, no fue la mamá que yo quise, entonces hay que resignarse a lo que me tocó”*.

El esposo se convierte en un apoyo indispensable para la labor, no solo por el sustento económico que representa, sino porque es responsable de tareas como bañarla, y lavar los paños (tarea que hace en la madrugada antes de ir a trabajar). Es la otra persona con quien mantiene comunicación de manera sistemática. En este vínculo, se logran satisfacer las necesidades de afecto y afiliación *“Siempre me pregunta cómo estoy, sabe cuándo me pasa algo... él es mi todo: mi hermano, mi amigo, mi padre...yo pido que nunca me falte, porque si él me faltara me sentiría peor”*. Sin embargo en la comunicación con él, se evita transmitir su estado emocional con respecto al cuidado, limitándose así su capacidad de congruencia y su expresividad afectiva. Considera indispensable el apoyo que recibe del esposo para desempeñar la labor, pero este apoyo no es solicitado por ella, en tanto considera que como hija tiene toda la responsabilidad.

No hay una elaboración de motivos que se concreten en aspiraciones personales, lo cual implica que la autovaloración no cumple una función reguladora, todo esto matizado por su estado emocional. Al explorar este tema refiere *“yo considero que uno debe ayudar, quisiera seguir sirviendo,”*, esta última consideración, aunque puede estar expresando la necesidad de trascendencia característica de la etapa, no se revierte en la movilización de su comportamiento hacia acciones concretas. La expresión da cuenta de un sentimiento de inutilidad, resultado de la desvinculación generada por el desempeño de la labor de cuidado.

Es el esposo quien la estimula a realizar acciones en aras de su propio bienestar, como por ejemplo celebrar su cumpleaños, mandarse a arreglar las ropas que ya no le sirven y salir del hogar. La valoración

sobre su estado de salud “física”, se toma como elemento central para emitir una valoración sobre sí misma, condicionado su autoimagen, lo que revela en la frase: *“estoy hecha talco”*.

En su autoconcepto, se integran de modo armónico los cambios que el envejecimiento ha traído consigo. En este sentido expresa *“hay que llevar tu vejez con dignidad, me siento gozosa de que llegué a 71 años...yo llevo mis canas, si eso significa que lograste vivir, tuviste el esplendor de tu vida”*. Sin embargo, esas últimas frases están poniendo de manifiesto la creencia de que la llegada a esta etapa implica poner fin a la vida y a la posibilidad de desarrollo, crecimiento, del logro de nuevas metas. Esta concepción de la vejez está condicionando la ausencia de una proyección futura en el estilo de vida de esta cuidadora.

No hay correspondencia entre lo que se aspira como ideal y la manera en que vive su vida cotidianamente, a partir de las influencias que se reciben en la relación con su madre: *“uno a los 71 años no está para que lo machaquen, uno lo que necesita es tranquilidad”*.

Los contenidos que forman parte del concepto de sí misma, referidos a características personales, se instauran a partir de un criterio de diferenciación de las cualidades de su madre, regulando su vida, desde un hacer que no reproduzca sus comportamientos: *“a veces me echa en cara jeres igual que tu padre!, yo le contesto si mi padre no era como tú mejor que yo sea así, porque lo malo es que yo sea igual que tú”*. *“Yo misma me siento bien porque me demostré a mí misma que yo no era como ella, yo me siento satisfecha con saber que yo no soy igual que ella, esa cosa de no ayudar a nadie...yo ayudo y he ayudado a todo el mundo”*, *“para ella ser agradecido, ayudar, cooperar es ser comem... como dice que soy yo”*.

La satisfacción consigo misma depende de esa diferenciación, de ahí que su comportamiento y actitud ante la vida, se rijan por una filosofía de vida que la haga ser diferente. En este sentido toma relevancia una manera de proceder en la relación con los otros e incluso con la misma madre, que se sustenta en preceptos como *“lo que no te gusta que te hagan, no lo hagas tú”* y *“juzga tu pecho por el ajeno”*.

2.6 Integración de los resultados de la caracterización del estilo de vida de cuidadoras primarias adultas mayores

El ritmo de la vida está marcado por las exigencias de la labor, de ahí que el desempeño del rol de cuidadora, sea el núcleo alrededor del cual se estructura el estilo de vida de las sujetos estudiadas. El sistema de actividad se organiza a partir de la labor de cuidado a la que tienen que responder las adultas mayores.

El estilo de vida se caracteriza por la inmediatez de las demandas a las que responden las sujetos, lo que está condicionado, a su vez, por la forma en que el rol se desempeña. En este sentido, la asunción estereotipada de prescripciones al rol (instauradas como parte de su concepción del mundo, en tanto en todo el proceso de socialización se van incorporando nociones de cómo deben ser ofrecidos los cuidados), que pautan el sacrificio, la entrega total, el olvido de sí mismo por poner en primer lugar las necesidades de la persona dependiente, condicionan un estilo de vida que privilegia el cuidado por encima de la vida personal. Los procesos motivacionales no se han reestructurado de forma tal que permitan asumir el cuidado en la vejez, estos han mantenido un nivel de estereotipia que no permite afrontar y regular eficientemente.

Lo anterior, unido a la asunción acrítica de las asignaciones al rol de cuidadora, no posibilita que la tarea se articule en la estructura motivacional, expresando la ausencia de recursos para resignificar la situación, de forma que permita dotar de sentido a la misma, y propiciar así un ajuste más saludable. La poca reflexividad sobre el ejercicio del rol y la asunción de las prescripciones sociales al mismo, no favorece la elección de alternativas y condiciona el estilo de vida, al determinar un estilo de afrontamiento evasivo y una incapacidad para la toma de decisiones.

Los prejuicios asociados a la etapa, que consideran que todos los adultos mayores son dependientes y necesitarán cuidados, condiciona la manera en que el rol es asumido y desempeñado. Ofrecer cuidado y hacerlo de manera abnegada, opera como una especie de garantía para los cuidados que se considera van a tener que recibir las cuidadoras.

El tiempo se emplea mayoritariamente en actividades asociadas a la satisfacción de las necesidades básicas de las personas a las que se cuida (medicación, aseo, alimentación) y en la ejecución de tareas domésticas. Si bien esta organización de las actividades diarias se vive con contradicción, hay un posicionamiento pasivo de las cuidadoras frente a sus malestares, no existe una planificación del tiempo, no se generan alternativas que posibiliten encontrar espacios y actividades para la satisfacción personal. Solo en un caso, hay una implicación en tareas que satisfacen necesidades de realización y que constituye

una vía para propiciar la comunicación con los nietos. El desempeño del rol de abuela se constituye en este caso, como vía para satisfacer la necesidad de trascendencia que caracteriza el tránsito por la etapa, orientando el comportamiento de esta cuidadora.

La desvinculación social, al verse reducidos los espacios de interacción, a consecuencia de la forma en que se desempeña el rol de cuidador y/o el propio proceso de jubilación, limita el desarrollo de la comunicación como actividad rectora de la etapa. La comunicación con los otros no es fuente de desarrollo pues privilegia la función informativa y reguladora. La familia y la relación de pareja, se presentan como motivos para encontrar satisfacción a necesidades de seguridad y afecto, sin embargo estas necesidades se encuentran insatisfechas.

La comunicación con el receptor de cuidados no posibilita la integración de sus funciones y no constituye un espacio para la satisfacción de las necesidades. Se privilegia la función reguladora de la comunicación. La capacidad de expresividad afectiva se ve limitada, condicionada por las actitudes y comportamientos de los receptores de cuidados, así como por la actualización de vivencias negativas y conflictos de la relación anterior. En el caso 1, la incapacidad de la receptora de cuidados para la comunicación verbal (producto de su deterioro) obstaculiza la intimidad psicológica en el vínculo, aun cuando la cuidadora logra sentirse reciprocada a través de las muestras de afecto no verbales que le propicia. En los otros 2 casos, los conflictos que se actualizan en la relación presente, y las vivencias de la relación anterior, no favorecen la capacidad de congruencia.

La comunicación con el receptor de cuidados, podría convertirse en una vía para el logro del desarrollo en la etapa, en tanto posibilite la satisfacción de necesidades a partir del empleo de la capacidad de congruencia y la expresividad afectiva.

La relación con el receptor de cuidados emerge como un núcleo esencial que organiza el estilo de vida. La codependencia (frecuentemente descrita en los cuidadores) como fenómeno que condiciona una incapacidad de desprenderse de la responsabilidad y de realizar acciones dirigidas a la búsqueda del propio bienestar, aparece cuando la relación está mediada por la afectividad y se sustenta en una relación anterior satisfactoria y gratificante (solo evidenciada en el caso 1). Sin embargo, la ausencia de codependencia, no conduce a generar estrategias para articular las demandas al ejercicio del rol con la dimensión íntimo-personal en la expresión del estilo de vida.

Hay una actitud de resignación ante la imposibilidad de concretar planes que se planificaron para esta etapa de la vida, viviéndose con frustración el abandono de actividades realizadas antes de dedicarse al cuidado o de otras que de alguna manera planificaron para llegada su vejez.

Ante la desvinculación que genera el desempeño del rol, no se reorientan los sentidos personales en función de mantener los vínculos sociales con aquellas actividades que proveían satisfacción personal. Se muestra un sistema motivacional poco estructurado, que se evidencia en la poca reestructuración de las formaciones motivacionales que se asumen como indicadores del estilo de vida, e imposibilita encontrar las vías de satisfacción de las necesidades de la etapa. Un estilo de vida desarrollador en estas cuidadoras supondría una adaptación a la nueva situación social del desarrollo, que no ha tenido lugar en los casos estudiados. Si bien la tarea de cuidado es el ámbito vital prioritario en estas cuidadoras, su selección ha estado condicionada por las demandas externas, y no se constituye en una fuente de satisfacción. Las cuidadoras no han logrado optimizar sus recursos y ponerlos en función de conjugar la tarea con otros ámbitos prioritarios, para compensar los cambios asociados al ejercicio del rol.

La autovaloración se caracteriza por la existencia de un conocimiento poco sistematizado, las vivencias de eficacia no están vinculadas a esta nueva imagen de sí como adulta mayor cuidadora; los juicios emitidos para ofrecer valoraciones sobre sí mismas se fundamentan principalmente en los logros laborales y sociales adquiridos en etapas previas. La satisfacción con la vida pasada no se revierte en la planificación de la vida actual y futura. En el presente, no hay una reestructuración de esa valoración o imagen de sí misma en función de la nueva situación, todo lo cual muestra que la autovaloración no cumple sus funciones valorativa y de auto-educación. Esto se revierte además en la incapacidad para ser congruente, matizando la comunicación con los otros, así como en un afrontamiento poco saludable. Se expresan contradicciones en la dimensión de la relación consigo mismas, que no permiten proyectar el estilo de vida en un sentido desarrollador.

El deseo de sentirse útil y mantener el vínculo social es coherente con las características de esta etapa, en la que el adulto mayor necesita signar su lugar en el mundo. Sin embargo, en 2 de los casos, no se logra concretar en acciones o actividades, ni en el presente, ni proyectadas hacia el futuro inmediato. Como ya mencionábamos, aparece la necesidad de trascendencia en uno de los casos, en el resto no hay una elaboración consciente alrededor de esta, que permita la movilización hacia motivos donde se concrete su satisfacción y que pueda estar direccionando el estilo de vida.

Las estrategias de afrontamiento que se concretan son fundamentalmente la confrontación y la huida, asumiendo un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, que no permite resignificar la situación y encontrar vías para la solución de las situaciones conflictivas que se generan con la persona receptora de cuidados en primer lugar, y con las demandas del cuidado y de la vida cotidiana en sentido general. Resignificar la situación implicaría situarse como parte de ella, posicionarse psicológicamente, lo que

supone además una capacidad de reflexión sobre el desempeño del rol de cuidadora. La incapacidad para reevaluar las situaciones, planificar o buscar apoyo social, no posibilita asumir posturas activas para la solución de los conflictos.

En el análisis del estilo de vida de cuidadoras adultas mayores emerge como contradicción esencial, la relación que se establece entre las dimensiones: relación consigo misma y relación con los otros. No existe una reflexión crítica sobre el ejercicio del rol, los motivos que llevan a ejercerlo, los vínculos sobre los que se sustenta la relación de cuidado, que permita resignificar la situación. Los procesos motivacionales (dígase autovaloración, concepción del mundo y afrontamiento) no se han reestructurado de forma tal que posibiliten un ajuste a la nueva etapa del desarrollo en la que se integre además la tarea de cuidado. La sabiduría como adquisición de la etapa, es un recurso a potenciar que permitiría lograr mayores niveles de reflexividad.

2.7 Fundamentación de la propuesta de intervención

Sobre los programas de intervención para cuidadores...

Las intervenciones con cuidadores se han dirigido, mayoritariamente, a minimizar las consecuencias negativas del estrés, a través de estrategias dirigidas fundamentalmente a optimizar los recursos de los cuidadores (por ejemplo., entrenamiento en habilidades de solución de problemas). Existen diferentes tipos de intervenciones a través de las cuáles se pretende reducir el malestar de los cuidadores.

De ellas, las que se llevan a cabo con mayor frecuencia, son las intervenciones de respiro (programas que atienden al familiar enfermo facilitando que el cuidador disponga de algo de tiempo libre; por ejemplo, centros de día. Este tipo de intervención no se realiza en nuestro contexto); los grupos de autoayuda (grupos en los que unos cuidadores proporcionan consejos y ayuda a otros cuidadores), los programas psicoeducativos (se entrena a los cuidadores en estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado de una forma lo más adaptativa posible), el counsellig, los programas psicoterapéuticos y las intervenciones multicomponente (donde se combina dos o más modalidades); todas como intervenciones empíricamente validadas (Delicado, 2003; Losada et al., 2007).

Los programas psicoeducativos son el procedimiento de intervención más habitual y generalizado para dotar a los familiares de recursos para el cuidado. Estos programas tienen el propósito de ofrecer en primer lugar información acerca de la enfermedad del paciente y su manejo, y dejan en un segundo plano el brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores (Carod et al., 1999 citado en Espín, 2010; Delicado, 2003).

Se ha descrito que el tamaño del efecto de las intervenciones con cuidadores es generalmente pequeño y tiende a ser menor en fases de seguimiento (Brodaty et al., 2003 y Pinquart y Sörensen, 2006 citados en Losada et al., 2007). Como mencionábamos en la introducción de este informe, la ineficacia de dichas intervenciones se debe a la ausencia de un modelo teórico de partida que justifique los contenidos del programa, la falta de una metodología de intervención rigurosa y la no utilización de procedimientos de evaluación sensibles al proceso de la intervención, además de que se reducen a un enfoque clínico (Losada, 2005).

Hay una necesidad de profundizar en la fundamentación teórica y en el rigor metodológico de las actuaciones dirigidas a cuidadores familiares, para determinar qué aspectos requieren intervenciones prioritarias, cuáles son los indicadores más apropiados para medir el éxito de los programas y cómo se puede mejorar el impacto y eficacia de los mismos (Delicado, 2003). El hecho de hacer explícito el modelo teórico que guía las intervenciones, facilitará a otros profesionales el análisis de cuáles son los mecanismos de acción a través de los cuáles la intervención influye sobre el malestar de los cuidadores, así como la generalización de los resultados de la intervención a otros contextos (Losada et al., 2005, Gitlin et al., 2000 citado en Losada et al., 2007).

En la mayoría de los estudios, no se justifica empíricamente la relación existente entre la participación en un programa de intervención y el cambio que debería producirse en el cuidador o en la persona cuidada tras haber participado en el mismo (Pusey y Richards, 2001 citado en Losada et al., 2005)

Son todavía numerosas las cuestiones que se mantienen abiertas acerca del diseño, implementación y evaluación de la calidad de las intervenciones dirigidas a facilitar el cuidado informal. Entre ellas destaca el no informar sobre las pérdidas muestrales (Losada, 2007), elemento que puede ser muy común en el caso de los cuidadores.

Los estudios revisados no especifican si quienes participan en programas de intervención son cuidadores primarios o no, lo cual tiene una implicación importante, pues no permite diferenciar la asistencia y permanencia en estos grupos, de aquellos que asumen la máxima responsabilidad del cuidado.

Como ya hemos planteado, en Cuba se han aplicado múltiples intentos pero ninguno validado ni evaluado desde el punto de vista científico, a excepción del diseño, aplicación y evaluación de una Intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Espín (2010), ofrece una estrategia que comprende la caracterización de la carga y la identificación de los factores de riesgo de la misma. Se sustenta en el Modelo de afrontamiento y estrés, que establece relaciones entre tres aspectos: estresores, mediadores y resultados en el proceso de cuidar. Su estrategia integra aspectos informativos,

habilidades para el cuidado y aspectos emocionales con el objetivo de preparar al cuidador para un mejor afrontamiento del cuidado del enfermo.

Sin embargo, al tener un corte psicoeducativo, los recursos que se privilegian en la intervención están relacionados con brindar información, en ocasiones a manera de consejos prácticos, resultando en este sentido muy directivo el rol del facilitador y obstaculizando la capacidad de reflexión crítica, sobre la propia experiencia vital de los cuidadores.

¿Por qué la perspectiva psicosocial en esta investigación?

Asociadas y bajo la égida de los términos intervención social y psicosocial se encuentra una amplia variedad de prácticas e iniciativas configuradas por factores tan diversos como los entornos donde surgen, el ejercicio de los interventores, los vínculos que establecen con los intervenidos y, lógicamente, las teorías que sustentan las diferentes perspectivas (Llanes, 2007).

La intervención psicosocial es un proceso mediacional. Sintetiza la relación de lo social y lo personal en el desarrollo del sujeto, la dinamiza en el sentido de promover un cambio social que hace posible el cambio personal (Suárez, del Toro y Mercerón, 2010). Siguiendo a Rizo y Peláez (2005 citados en Suárez, del Toro y Mercerón, 2010, p. 3) “la intervención es un proceso que da cuenta de los contextos, de la historia, de la situación, y en general de procesos que permean al sujeto singular o colectivo, (...) es un movimiento intencional que se construye en la relación, cuando ésta es significada, generada por procesos interactivos”.

Desde una intervención con énfasis psicosocial, el sujeto debe comprenderse en relación con otros, ya que es en esas relaciones que las situaciones vitales adquieren sentido (Suárez, del Toro y Mercerón, 2010). La intervención psicosocial se centra en el contexto, como el espacio donde tiene lugar la interacción. Ese contexto está signado por una concepción del cuidado, que es asumida por el sujeto y que se articula en unas formas concretas de desempeñar el rol, a partir de un estilo de vida determinado.

Partiendo de estas premisas, la problemática que se presenta, requiere de un análisis psicosocial, tanto para comprender sus mecanismos de producción, como para generar estrategias que permitan una postura crítica de los sujetos ante el ejercicio del rol de cuidador y con ello una transformación desarrolladora en sus estilos de vida. Así, la perspectiva psicosocial, en su doble arista de investigación e intervención, se constituye en un proceso de construcción y reconstrucción de los sujetos que participan en el proceso.

Todo método de intervención social está orientado a la promoción de un determinado sujeto ideológico. Coincidimos con Saracho cuando plantea:

Si no somos capaces de definir qué sujeto es el que queremos desarrollar y con qué instrumentos lo vamos a producir, nuestras intervenciones pudieran estar al servicio de promocionar una persona que se ajusta mejor al sistema social hegemónico, que nos propone el sistema neoliberal, lo cual es contrario al ideal de ser humano que deseamos construir: protagonista de su hacer personal-social (Saracho, s/f, p. 60).

Si la intervención pretende generar un desarrollo humano efectivo y sostenible, debe promover, en los sujetos a los que se dirige, estrategias y estilos de vida desarrolladores, es decir, formas de autogenerar y preservar su propio desarrollo. Fariñas y de la Torre, 2001 citado en Fariñas, 2003). La intervención psicosocial está llamada a potenciar el desarrollo personal, construyendo un sujeto activo, crítico ante sus circunstancias, autónomo, con una inserción más autorreflexiva y creativa en la cultura y en los vínculos que sostiene.

2.7.1 Fundamentos teóricos y metodológicos del programa de intervención psicosocial

Nuestra propuesta de intervención psicosocial, toma como referente teórico al Enfoque Histórico Cultural, a partir de su concepción del desarrollo, que deviene de la relación peculiar y activa que sostiene el sujeto con su entorno en cada etapa de su vida. Desde este enfoque, se entiende al desarrollo como un resultado de continuos procesos de mediaciones y condicionamientos sociales donde el sujeto, se apropia de la realidad y logra articular estas influencias a partir de su posicionamiento ante ellas y de sus potencialidades.

El estilo de vida es un constructo que nos facilita abordar la personalidad en su integridad y en su devenir, esto implica comprender sus posibilidades actuales de desarrollo y el logro de niveles superiores, comprendiendo la manera en que el sujeto construye su propio desarrollo, así como las potencialidades que emergen en este proceso. Al decir de Fariñas, “en este constructo teórico se concreta la identidad personal de lo que Vygotsky llamaba Situación social del desarrollo y Zona de desarrollo próxima. Es decir, que expresa, la integración de ambos constructos teóricos, desde su regulación personológica” (2005, p. 91).

Potenciar estilos de vida desarrolladores en las personas que comparten determinado rol y determinado modo de vida, implicaría un acompañamiento en la construcción y adecuación de las formas de vivir ese rol y adaptarse a ese contexto de relaciones en el que se enmarca la labor de cuidado.

Hay una evidente relación entre modo de vida, condiciones de vida (entendidas como condiciones materiales de existencia) y estilo de vida, en tanto lo social marca un contexto específico en el cual los sujetos se desarrollan. No obstante, la conformación y desarrollo del estilo de vida debe ser entendido

como proceso complejo, que expresa la dinámica individuo-sociedad a partir de la relación peculiar y activa que los sujetos establecen con sus circunstancias vitales.

En esta relación, podemos dar cuenta de un estilo de vida desarrollador cuando este posibilita el crecimiento personal. En este sentido, D'Angelo (1993, p. 17 citado en Turtós, 2007) entiende una personalidad desarrollada o en desarrollo, en la que "(...) el sistema de procesos y funciones que la forman se encuentran estructurados de manera armónica (...) donde predomina la autodirección consciente de los esfuerzos del individuo para lograr el desarrollo de sus potencialidades en forma creadora así como su participación en la actividad social de acuerdo con valores (...) caracterizado por la dirección, amplitud y contenido de las metas vitales y las capacidades del individuo así como la estabilidad de los motivos centrales".

Posicionarnos en este enfoque permite asumir una perspectiva compleja del problema. En el caso de cuidadores primarios adultos mayores, el logro de un estilo de vida desarrollador implica una adaptación del sujeto a la etapa, a partir de la complejización y estabilidad de sus configuraciones psicológicas, que le permitan desarrollar los recursos necesarios para enfrentar las contradicciones sociopsicológicas devenidas en la etapa e integrar la tarea de cuidado como parte de su situación vital actual.

En este sentido, el logro de la sabiduría como adquisición característica de la etapa, es un elemento a potenciar como parte de la zona de desarrollo próxima del adulto mayor. Este recurso posibilitará que el sujeto sea capaz de repensarse en sus circunstancias, develando las contradicciones que emergen en el desempeño de su rol como cuidador, a partir de su condición de adulto mayor. El mayor nivel de reflexividad que implica la sabiduría favorece que el sujeto logre articular coherentemente el sistema de relaciones que condicionan la expresión del estilo de vida.

Nuestra propuesta de programa de intervención psicosocial está centrada a nivel individual. Esta elección, se sustenta en el hecho de que, en nuestro contexto, los cuidadores primarios, al ser los máximos responsables de la persona dependiente, en su mayoría carecen de tiempo para participar en procesos y espacios que impliquen la salida del hogar y el abandono temporal del cuidado.

Si bien se logran realizar en nuestro medio acciones grupales con los cuidadores, la consistencia y estabilidad de los grupos se ve considerablemente afectada, por la urgencia de la tarea, las complicaciones del estado de salud de las personas que se cuidan, la ausencia de redes de apoyo efectivas (incluso a nivel institucional) y la propia dependencia que genera el cuidador hacia la persona cuidada.

La literatura sobre cuidadores recoge ejemplos de intervenciones que han sido llevadas a cabo en formato individual; la evidencia disponible parece sugerir que las intervenciones individuales son más efectivas que

las grupales (Bourgeois, 1996; Knight, 1993; Pusey y Richards, 2001; Sörensen, 2002 citados en Losada, 2005). Pero no es nuestra intención promover un debate sobre la eficacia de las intervenciones individuales frente a las grupales, no cuando reconocemos el gran valor del trabajo grupal para promover la resignificación de procesos de la vida cotidiana. Esta elección ha estado condicionada por la realidad a la que se enfrentan los cuidadores, realidad que trasciende nuestras intenciones.

La intervención psicosocial debe ser capaz de generar cambios en la interacción social, finalidad que no es privativa de ámbitos grupales. Estas intervenciones pueden hacerse sobre el colectivo o sobre el individuo, si al actuar sobre él se está afectando a la interacción social (Enfoque aplicado de la Psicología social, s/f). El trabajo a nivel individual con el cuidador y los cambios que a nivel individual se generen, desde una perspectiva sistémica, van a modificar a todo el sistema, entendido como el sistema familiar en última instancia y específicamente en la relación entre la díada cuidador-persona cuidada, relación que dinamiza la expresión del estilo de vida. El cambio personal va a implicar un cambio social, porque se modifica el contexto en el que tiene lugar el ejercicio del rol.

La intervención psicosocial a nuestro juicio no se define por la cantidad de individuos o la manera en la que se interviene (dígase sobre grupos o individuos aislados) sino por la manera de concebir e implementar el proceso interventivo. La intervención a nivel individual no aísla al sujeto de su contexto; es un espacio donde se recrean las pautas de interacción, por lo que nuestra intervención propiciará la reflexión sobre los estilos de vida que se articulan alrededor del desempeño del rol.

La dimensión psicosocial de abordaje de los fenómenos, incluye al individuo como centro de las mismas. En este sentido, Pichón Riviére (1960) concibe el abordaje terapéutico en 3 niveles: el psicosocial, el sociodinámico y el institucional. Considera que el nivel psicosocial se refiere a las relaciones del paciente con cada uno de los otros miembros del grupo familiar. En este sentido, el abordaje del grupo se hace a través de la representación interna que el enfermo tiene de cada uno de sus familiares, es decir, lo que se denomina grupo interno. El análisis de los vínculos internos permite mejorar los vínculos externos; al curarse el enfermo a su vez "cura" al grupo externo, a los demás, a través de sus cambios de actitudes.

Por su parte Bleger (1973), plantea que el estudio de un individuo, a través de todos sus vínculos o relaciones interpersonales, pertenece también al ámbito psicosocial, pero el análisis se centra siempre en el individuo. Este análisis e intervención a nivel individual toma en consideración al sujeto en sus relaciones, como ser social, en función de sus vínculos, experiencias sociales, de la asimilación y organización de las mismas, como pautas de conductas de su propia personalidad.

Ambas ideas son coherentes con las intenciones de la intervención psicosocial desde los referentes que se asumen en el presente estudio y que orientarán la propuesta de intervención.

Sustentamos nuestra propuesta de programa de intervención psicosocial en la orientación psicológica. Consideramos que la orientación puede ser considerada una forma de intervención psicosocial en tanto, al decir de Mercerón (2010), esta trabaja fundamentalmente sobre la dimensión interactiva, transcurre como un auténtico proceso de comunicación, donde los profesionales y los sujetos participan de interrelaciones flexibles que permiten la comprensión y construcción compartida del significado de las vivencias y experiencias.

Según Calviño (2000), el énfasis en la Orientación está puesto en la interacción de los sujeto con su medio, el espacio propio de trabajo es “interpersonal - sociopersonal” (sistema de interacciones del sujeto con su entorno - personas y situaciones cotidianas). La persona como estructura individual apreciada desde esta perspectiva, constituye para el psicólogo una dimensión donde se articulan situaciones vitales relacionadas consigo mismo y con los demás (Mercerón, 2010). La dimensión psicosocial está presente entonces, aun cuando la intervención está centrada en un sujeto individual.

En la orientación psicológica la identificación y comprensión del problema, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones, se convierten en momentos importantes de análisis y reflexión, así como de asunción de responsabilidad y protagonismo personal (Mercerón, 2010). Tiene, por tanto, una función esencialmente de crecimiento y desarrollo personal (Calviño, 2000).

Las dimensiones del cambio que promueve la orientación psicológica (Calviño, 2000, p. 8) se expresan en:

1. La reestructuración de representaciones bajo cuya influencia la persona se ve o se presupone imposibilitada de mantener una relación de ajuste entre sus exigencias y las condiciones de la vida.
2. La disminución perceptible de los estados emocionales particulares de valencia negativa asociados a dichas representaciones.
3. La recuperación de un estado de capacidad para movilizar los recursos personales en la dirección de solucionar los problemas vitales fundamentales que tienen que ver con las relaciones de adaptación y transformación sujeto-entorno.
4. El aprendizaje para la reorganización (nuevas formas de utilización) de los recursos personales así como la creación de recursos nuevos.

Este cambio, es coherente con el que se propone desde la intervención psicosocial, en tanto se promueve la reflexión sobre las vivencias del sujeto en relación con su entorno, como vía para generar un

posicionamiento más adaptativo y creativo ante este. Además se hace referencia a la posibilidad del sujeto de activar todo el conjunto de sus recursos, los actuales y los potenciales.

Se tendrán en cuenta las intervenciones básicas del orientador que propone Calviño (2000): la clarificación de los puntos relevantes, el refuerzo del progreso en la tarea y destacar las capacidades y potencialidades del sujeto, sobre la base de la adecuación de sus parámetros de valoración. Para ello se privilegian como instrumentos el replanteo y el esclarecimiento. Calviño (2000), plantea que el replanteo consiste en realizar una devolución al sujeto que posibilite un encuentro consigo mismo, con su discurso, reestructurando el material sobre el que se está trabajando. Por su parte el esclarecimiento, implica iluminar algo que el sujeto sabe pero no distintamente, es reordenar la información para generar un “darse cuenta”. Los recursos de la cultura (fábulas, historias, poemas) serán otro instrumento empleado para el trabajo en algunas sesiones, por su capacidad para favorecer el “insight”.

El recurso esencial a través del cual tendrá lugar el cambio, es la reflexividad como forma de expresión de la reflexión crítica. Ambas nociones, sistematizadas por Reyes (2008), nos hacen poner la mirada en la capacidad de cuestionamiento del sujeto para pensarse y repensarse en sus relaciones y circunstancias. La reflexión crítica es entendida como un “modo problémico de pensar e interactuar con la realidad, que más que pensarla en términos de verdades acabadas, supone la constante interrogación de sus orígenes o causas, así como el esclarecimiento del lugar del sujeto en ella” (p.54). Por su parte, la reflexividad, al resultar de la internalización de la reflexión crítica, como instrumento de cuestionamiento de la realidad interior y exterior del sujeto, es “pensar al sí mismo en sus experiencias vitales, para producir ajustes en la relación con los otros y la realidad; sobre la base del cuestionamiento a lo asignado-asumido a los roles desde la cultura y la crítica a las condiciones de existencia” (Reyes, 2008, p.55).

Resumiendo, la dimensión psicosocial de nuestro programa de intervención, sustentado en la orientación psicológica, se expresa en las siguientes premisas:

- Concepción del sujeto como portador de sus relaciones con el medio, las cuales trae al espacio de la intervención.
- La intervención a nivel individual hace posible recrear las situaciones, relaciones, pautas de interacción que movilizan al sujeto en el desempeño del rol, a partir de propiciar la reflexión sobre la situación social del desarrollo y las vivencias.
- El interventor juega un papel relevante, como mediador entre el sujeto y su contexto, como instrumento para generar, desde la interacción, un cambio del cual el sujeto, es siempre agente.

- Los cambios producidos en los sujetos en intervenciones individuales generan cambios a nivel de sus interacciones.

2.7.2 Diseño del Programa

La implementación del programa puede realizarse en una institución del área de salud (dígase el policlínico o los consultorios), en los casos en que los cuidadores tengan la posibilidad de ser sustituidos temporalmente en la tarea y salir del hogar. En los casos en que no exista tal posibilidad, deben garantizarse condiciones de privacidad en el hogar para no interferir en el curso de las sesiones. Se debe negociar con los cuidadores los horarios más apropiados para ellos, en función de las demandas de la labor.

Hay que tomar en consideración la presencia de dificultades visuales en los cuidadores que imposibilite realizar tareas de papel y lápiz y/o lectura. En caso de que se presente esta situación, dichas tareas deberán ser modificadas; el interventor leerá los materiales propuestos y escribirá los aspectos necesarios en tareas que así lo requieran.

Resulta necesaria una evaluación previa del nivel de deterioro del receptor de cuidados y cómo su sintomatología condiciona la relación de cuidado, para tenerlo en cuenta en la aplicación de las sesiones, a partir de las tareas que se conciben en cada una de ellas. Se recomienda que se realice un encuentro previo al inicio del programa, donde se informe y explique al cuidador la relación de la sintomatología del receptor con su patología y el posible manejo de dichos síntomas (esta acción deberá ser implementada por el médico del área de salud, en tanto es la persona capacitada para ello).

El programa se estructura en 9 sesiones de trabajo, las cuales se sugieren sean aplicadas con una frecuencia semanal y una duración aproximada de 45-60 minutos. El trabajo en cada sesión se organiza a partir de 3 momentos fundamentales: un momento inicial, el desarrollo y el cierre. En el momento inicial de las sesiones juega un papel importante el *rescate* de los elementos trabajados en sesiones anteriores; este resulta de vital importancia en tanto permite ir sistematizando los aprendizajes realizados en cada encuentro. Se constituye por tanto en un momento de evaluación parcial y de refuerzo de los progresos en la tarea, que tendrá lugar a partir de la sesión 2 y hasta la última sesión. En el momento de desarrollo se realiza el planteamiento temático y se trabajan los contenidos definidos para cada sesión. En el momento de cierre se orientarán (en algunas sesiones) tareas para que el cuidador desarrolle y lleve su reporte al próximo encuentro; en otras sesiones este momento posibilitará una evaluación parcial a partir del reporte vivencial que realice el sujeto sobre lo acontecido en la misma.

La evaluación del programa se irá realizando de manera parcial en cada sesión y se realizará una evaluación final en la última sesión. Se propone una evaluación post-activa (transcurridos 3 meses aproximadamente), a partir de los mismos indicadores y dimensiones con que se evalúa en la sesión de cierre, para valorar la estabilidad de los posibles cambios generados, su impacto en el desempeño del rol y en el bienestar de los cuidadores

Objetivo General del Programa:

Potenciar estilos de vida desarrolladores a partir de la reflexión crítica sobre el desempeño del rol de cuidador.

Objetivos Específicos:

- Promover la reflexividad sobre el ejercicio del rol de cuidador.
- Resignificar las vivencias relacionadas con el ejercicio del rol y el vínculo con el receptor de cuidados que se articulan en un determinado estilo de vida.
- Promover recursos personales que potencien un estilo de vida desarrollador, a partir de los logros y adquisiciones de la etapa.

Diseño de las sesiones

Sesión 1: Identificando el problema

Objetivos:

- Sensibilizar a los cuidadores con la necesidad de reflexionar en torno a su rol y sus prácticas cotidianas.
- Explorar malestares asociados al desempeño del rol.
- Reflexionar sobre la conexión entre sus malestares y la manera en que el rol de cuidador es asumido, condicionando su estilo de vida.
- Establecer el encuadre.

Contenidos: Vivencias asociadas al ejercicio del rol. Relación tarea-asunción del rol y su expresión en el estilo de vida.

Recursos: Replanteo y esclarecimiento de puntos relevantes.

Luego del encuadre inicial se pide al sujeto que imagine que el psicólogo es un marciano que llega por primera vez a la Tierra. La tarea consiste en explicarle a ese marciano, qué es un cuidador, cómo es su vida y cómo se siente al respecto.

Esta tarea permitirá ir desarrollando los objetivos de la sesión a partir de los análisis y valoraciones que realice el sujeto sobre la manera en que la asunción del rol de cuidador y el cómo se ejerce la tarea, se expresan en un determinado estilo de vida. En este sentido, el replanteo y esclarecimiento de puntos relevantes se emplearán para que el sujeto ponga la mirada en aspectos y relaciones no identificadas anteriormente.

Para el cierre debe establecerse el contrato; en él se precisará duración del proceso, horarios y frecuencia de las sesiones, se esclarecerán y adecuarán las expectativas del sujeto con el proceso interventivo, su alcance y las responsabilidades de cada parte para con el mismo.

Sesión 2: Repensando el rol de cuidador

Objetivo: Reflexionar sobre el imaginario social que se construye alrededor del rol de cuidador y cómo es asumido por la persona que lo ejerce, problematizando la relación del sujeto con respecto a la situación de cuidado, y en particular con la relación con el receptor.

Contenidos: Asignaciones y expectativas alrededor del rol de cuidador, y la manera en que estas pautan maneras concretas de desempeñarlo, identificando contradicciones en el ejercicio del mismo. Relación entre lo social y lo personal en la asunción del rol.

Recursos: Preguntas reflexivas, replanteo, esclarecimiento.

Momento inicial: Se invita a la persona a que sintetice los puntos más relevantes abordados en la sesión anterior.

Desarrollo: Se realiza sobre la base de las siguientes preguntas:

¿Cómo debe ser un cuidador? ¿Quién pauta y cómo se pautan esas características? ¿El deber ser que dicta la sociedad es siempre congruente con lo que queremos ser o cómo queremos ser? ¿Qué esperan los demás (la sociedad, mi familia y la persona a la que cuido) de usted como cuidador? ¿Se siente cuidador? ¿Cómo se ve y qué espera de usted como cuidador? ¿Son coherentes entre sí esas visiones: lo que piensan y esperan los demás y lo que usted espera y piensa? ¿Cómo responde ante las expectativas sociales del cuidado? ¿Cómo se siente al respecto? ¿Qué motivos lo llevaron a ejercer la tarea? ¿Cómo se siente al respecto? ¿Podría haber sido diferente? ¿Cómo repercute el motivo por el que cuida en la relación que tiene con la persona cuidada?

Las devoluciones que se realicen deben propiciar la reflexión sobre las creencias o concepciones que sustentan la adjudicación-asunción del rol, el posicionamiento del sujeto ante esas prescripciones que sustentan la relación peculiar que se establece con el receptor y la posibilidad de identificar alternativas en la manera en que se desempeña el rol.

Cierre: Se solicita que resuma en una frase cómo se sintió durante la sesión.

Sesión 3: Ser adulto mayor y cuidador

Objetivos: Reflexionar sobre las características de la etapa, resignificando estereotipos que limitan el desarrollo.

- Identificar los recursos con que cuenta el sujeto en función de su ajuste a la nueva etapa del desarrollo y que pueden favorecer una mejor relación con el receptor.
- Visualizar alternativas de cambio a partir de los recursos que brinda la edad.

Contenidos: Mitos y estereotipos sociales que marcan a la vejez como etapa de pérdidas y desvinculación. Relación entre lo asignado y lo asumido de estas prescripciones sociales, que instituyen a un tipo de sujeto marcado por la pasividad, la enfermedad, la dependencia.

-Posibilidades que brinda la etapa para lograr mejores afrontamientos, a través de características como la inteligencia cristalizada y la sabiduría.

-La necesidad de trascendencia como vía para resignificar el sentido de la labor de cuidado y para reestructurar el estilo de vida.

Recursos: Preguntas reflexivas

Momento inicial: Rescate de los elementos trabajados en la sesión anterior.

¿Qué piensa sobre la vejez? ¿Qué ha ganado con la vejez y que antes no tenía? ¿Cómo el paso de los años ha traído consigo una experiencia para afrontar la vida? ¿Cómo usa esa experiencia acumulada para solucionar los problemas que se presentan en la tarea de cuidado y en la relación con la persona a quien cuida? ¿Cómo su vida y su ejemplo han quedado en los otros? ¿Qué podría hacer para lograrlo? ¿Cómo el cuidado puede convertirse en una tarea que permita dejar su “huella” en los otros?

Cierre: Se solicita al sujeto que realice un dibujo que resuma los aspectos más significativos de la sesión.

Sesión 4: ¿cómo uso mi tiempo?

Objetivo: Reflexionar sobre el uso del tiempo y acompañar a los cuidadores en el proceso de búsqueda de alternativas para su adecuación.

- Establecer o reestructurar las estrategias de utilización del tiempo libre.

Contenidos: Empleo del tiempo (relación entre las demandas de la vida cotidiana y los intereses personales); su planificación. Tiempo libre. El sujeto como ente activo en su adecuación para la satisfacción de sus necesidades.

Recursos: Papel y lápiz. Lápices de colores. Recursos de la cultura

Momento inicial: Rescate de los elementos trabajados en la sesión anterior.

Desarrollo: Se le pide al cuidador que pinte un reloj (o que liste las horas del día) en el que escriba las tareas que realiza en un día normal. Luego se pide que con un lápiz rojo señale aquellas actividades que implican de alguna manera ocio o recreación para sí mismos.

Sobre la base de las respuestas se conlleva a la reflexión sobre el uso del tiempo, el equilibrio entre las demandas de la vida y del cuidado, y la satisfacción de sus necesidades.

Se utiliza como recurso de la cultura, una reflexión sobre el valor del tiempo (Anexo 4), que permitirá acompañar a las personas en un proceso de búsqueda de alternativas, para lograr que los momentos de tiempo libre, puedan ser utilizados en actividades gratificantes. Se trabaja sobre la importancia de la planificación del tiempo para lograr un ajuste y balance entre las demandas de la vida cotidiana y los intereses personales.

El análisis y las devoluciones deben partir de premisas esenciales para cualquier actividad de tiempo libre (Cuevas, 2013): deben ser libremente elegidas, responder a verdaderos intereses de las personas, deben ser regulares y sistemáticas, y al realizarlas las personas deben sentirse valiosas y útiles.

Cierre: Se solicita al sujeto un reporte vivencial de lo ocurrido durante la sesión.

Sesión 5: Comunicándome mejor

Objetivo: Potenciar las capacidades comunicativas de los cuidadores y su empleo en la solución de los conflictos de la vida cotidiana y los que se presentan con el receptor de cuidados.

Recursos: Entrenamiento en técnicas para una mejor comunicación.

Momento inicial: Se utiliza la historia “Los dientes del sultán” (Anexo 5). A partir del análisis de la situación que se presenta en la historia, se promueve la reflexión a partir de las siguientes pautas reflexivas: ¿qué es más importante: lo que decimos o cómo lo decimos? ¿Podemos transmitir nuestras ideas siendo consecuentes con lo que pensamos, pero sin dañar a los otros? ¿Cómo lo logramos en la relación con la persona a quien cuidamos?

Desarrollo: Se ofrece información sobre técnicas para propiciar una mejor comunicación, en la que podamos ser congruentes, es decir, transmitir nuestras opiniones y emociones abiertamente, considerando la postura del otro. En este sentido se entrena a los sujetos en habilidades asertivas y empáticas, a partir de las siguientes técnicas (Tomado de “Cómo mejorar tus habilidades sociales” Programa de asertividad e inteligencia emocional. Disponible en <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>):

Técnica para procesar el cambio: Se desplaza el foco de atención hacia el análisis de lo que ocurre entre el que está hablándote y tú, dejando a un lado el tema principal de la discusión. Es como si nos saliéramos

del contenido de lo que estamos hablando y nos viéramos “desde fuera”. Por ejemplo: “¿No te parece que nos estamos saliendo de la cuestión?, ¿no te parece que estamos demasiado enfadados ahora?, Nos vamos a desviar del tema. Quizás esta discusión no tiene tanta importancia como le estamos dando, ¿no crees?”

Aplazamiento: Aplazar la respuesta que vayamos a dar al otro hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder: Por ejemplo: “Este es un tema problemático entre nosotros, mañana lo trataremos con más calma”.

Pregunta asertiva: Se solicita más información acerca de los argumentos del otro, para ganar claridad de sus intenciones: Ejemplo “¿Exactamente qué te molesta de mi forma de actuar?, ¿qué tiene de malo?

Posteriormente se solicita al cuidador que ponga un ejemplo de alguna situación problemática con la persona a la que cuida, reflexionando sobre su comportamiento ante el problema y redefiniendo cómo podría actuar en otra situación similar, a partir de poner en práctica alguna de las habilidades propuestas.

Cierre: Se solicita al sujeto un reporte vivencial de lo ocurrido durante la sesión, expresado en una frase.

Sesión 6: “Mi vida más allá de la labor de cuidado”

Objetivos: -Favorecer el conocimiento de sí mismo y potenciar la autovaloración como vía para el ajuste entre las demandas externas y las aspiraciones personales.

-Enfocar la responsabilidad como recurso y su necesidad en el desarrollo personalógico.

Contenidos: Conocimiento de sí mismo. Sentimiento de autoeficacia como elemento potenciador de autoestima. Metas y aspiraciones y sus posibilidades de realización. Estrategias de elección de las metas personales: autodeterminación. Alternativas para su consecución.

Recursos: Recurso de la cultura. Pautas reflexivas.

Momento inicial: A partir de una dramatización realizada por el cuidador, que refleje cómo afrontó alguna situación de su vida cotidiana, luego de la última sesión, se rescatan los elementos trabajados y se refuerzan los progresos.

Desarrollo: Se emplea la historia “El árbol confundido” (Anexo 6). A partir de su lectura se conlleva a la reflexión sobre la importancia de conocerse, para poder enfocar la vida hacia aspectos significativos para uno mismo, y que nuestro nivel de aspiraciones sea adecuado a nuestras potencialidades y posibilidades de realización.

Se realizan preguntas para conducir la reflexión: ¿cómo lograr conjugar sus aspiraciones y metas con las demandas que supone el cuidado? ¿Qué estrategias podemos emplear para sentirnos mejor con nosotros mismos? ¿Qué experiencias vinculadas con la tarea de cuidado le hacen sentir competente? ¿Qué puede

ser y hacer siendo cuidador? ¿Cómo puede el desempeño del rol de cuidador hacerle sentir importante y reconocido?

Cierre: Se entrega al sujeto la letra de la canción “Hoy puede ser un gran día” de Joan Manuel Serrat (Anexo 7), orientando la tarea de reflexionar sobre su contenido e intentar ponerlo en práctica en un día de su vida. Para la próxima sesión el sujeto deberá reportar qué acción o actividad logró hacer y cómo se sintió al respecto.

Se invita al cuidador a compartir con la persona a quien cuida la letra de la canción (en los casos en que su condición lo permita) e intentar poner en práctica alguna actividad conjunta gratificante para ambos.

Sesión 7: ¿Y de mí quién cuida?

Objetivo: Generar posturas críticas frente a la necesidad de autocuidado. Potenciar la responsabilidad del sujeto con su propio bienestar.

Contenidos: El cuidado de la salud. Formas de lograr el bienestar.

Recursos: Replanteo y esclarecimiento. Preguntas reflexivas

Momento inicial: Luego del momento de rescate, se trabaja sobre la tarea orientada en la sesión anterior, reforzando los avances que puedan aparecer en relación con el desarrollo de acciones o actividades gratificantes y que respondan a los intereses de los sujetos, y la manera en que se pueden lograr implicando al receptor de cuidados, como vía para fortalecer el vínculo entre ellos y mejorar la relación.

Este momento se toma como punto de partida para el planteamiento temático de la sesión, reflexionando sobre la responsabilidad que cada uno tiene con sus circunstancias y la capacidad de transformarlas de alguna manera en aras de su bienestar.

Preguntas reflexivas:

¿Cómo me cuido? ¿Qué importancia tiene cuidarme? ¿Quién es responsable de mi salud y mi bienestar? ¿Qué necesito para sentirme bien conmigo mismo? ¿Qué hago para cuidar de mí? ¿Qué puedo cambiar al respecto? ¿Cómo puedo procurar mi bienestar? ¿Qué acciones puedo realizar para ello? ¿Cómo incide la manera en que cuido de mí en el cuidado que puedo ofrecer al otro y en la calidad de nuestra relación?

Se realizan devoluciones que permitan comprender que el autocuidado trasciende la atención a la salud “física” y “mental”, implicando nuestro bienestar en sentido general. Las devoluciones deben partir de que el hecho de comprometerse con el autocuidado, implica planificarlo conscientemente, a partir de un conocimiento y valoración sobre uno mismo y de una adecuación del entorno, que supone definir cómo me voy a insertar en ese medio para adaptarme a él, cómo puedo modificarlo, cómo pedir ayuda y cómo y cuándo establecer límites a las demandas del cuidado.

Momento de cierre: Se orienta al sujeto que planifique y ponga en práctica alguna acción que tribute a su autocuidado y que para la próxima sesión realice un reporte de las estrategias que empleó para su consecución.

Sesión 8: Afrontando el cuidado...

Objetivos: -Reflexionar sobre las estrategias de afrontamiento que caracterizan al sujeto en su relación con la persona cuidada, valorando sus implicaciones.

- Concientizar los recursos con los que cuenta el sujeto a través de la solución de situaciones problemáticas de la vida cotidiana.

Contenidos: Estilos y estrategias de afrontamiento.

Recursos: Replanteo y esclarecimiento. Preguntas reflexivas.

Momento inicial: Se pide al sujeto el reporte de la acción de autocuidado realizada, enfatizando en las estrategias desplegadas para su consecución.

Momento de desarrollo: Se pide al sujeto que relate una situación de su vida cotidiana (relacionada con la relación con el receptor de cuidados) que se torne estresante para él. Posteriormente se le pide que identifique cómo tiende a reaccionar ante ella y cuáles son las consecuencias (tanto para él como para la otra persona) de ese comportamiento asumido. El psicólogo realiza un resumen de los aspectos fundamentales del discurso del sujeto y luego, le orienta la tarea de sintetizar todo lo relatado en una especie de historia o cuento.

Luego se pide que piense en un comportamiento diferente al asumido y reconstruya la historia. Al ser contada la nueva versión, se promueve la reflexión a partir de las siguientes preguntas: ¿qué cambió en la historia? ¿Qué implicaciones tendría para las personas implicadas en la situación? ¿Cómo podrían nuestras formas de reaccionar, cambiar al igual que en la historia narrada? ¿Qué características personales nos hacen responder de una u otra forma a los problemas? ¿Cómo los cambios en nuestras actitudes podrían suponer un cambio en el comportamiento del otro?

Cierre: Se pide al cuidador que resuma en una palabra lo acontecido en la sesión.

Sesión 9: Integración, evaluación y cierre

Objetivo: Identificar vivencias vinculadas con el proceso de aplicación del programa y posibles cambios generados. Dar cierre al proceso de intervención.

Recursos: Papel y lápiz.

En un primer momento, se realiza una técnica en la que se disponen 3 sillas. La primera representa cómo llegó el cuidador al proceso en términos de estado emocional y valoración sobre su propia vida. La segunda silla representa lo qué paso durante el proceso, reflexiones generadas y vivencias. La tercera sintetiza cómo se va el sujeto del proceso, en términos de estado emocional, potencialidades personales identificadas y recursos adquiridos.

Posteriormente se orienta al sujeto que elabore un reporte escrito de los cambios que considera que la intervención ha propiciado, en términos de cómo ha incidido en su vida, en la manera en que la organiza y conduce. Este reporte se realizará a partir de la identificación de los cambios generados en las dos dimensiones en que se expresa el estilo de vida: la relación consigo mismo y la relación con los otros. Sobre la base de la producción que realicen los sujetos, se realizan devoluciones que permitan reforzar las valoraciones positivas de los sujetos sobre sus capacidades y enfatizar sus potencialidades para reestructurar su estilo de vida, en aras de su bienestar y desarrollo.

2.8 Evaluación del diseño del Programa

La evaluación es un medio para mejorar la calidad de las intervenciones, es un proceso inherente al ciclo de intervención psicosocial, cuyo objetivo se sitúa en aportar información útil para asegurar que la toma de decisiones sobre el programa permita la consecución de los fines propuestos. La evaluación del diseño consiste en un análisis pormenorizado de las estrategias y las acciones que se han especificado para intervenir sobre el problema, con el fin de emitir un juicio acerca de la pertinencia y adecuación del programa (Gambara y Vargas, 2007, p. 420). La evaluación de nuestro diseño es formativa, lo que implica que su intención es buscar información para orientar el proceso de diseño e implementación de la intervención y contribuir a su perfeccionamiento (Gambara y Vargas, 2007).

La evaluación de la propuesta de Programa se realizó a partir del criterio de especialistas. El término especialista se relaciona con el ejercicio de la profesión en relación con el objeto de estudio de la investigación, distinguiéndose por tanto, por su experiencia en el objeto concreto-pensado. Este procedimiento permite valorar la factibilidad, aplicabilidad y viabilidad de una propuesta dada; a través del mismo, se logran corregir y perfeccionar resultados científicos propuestos como sistemas de acciones, programas, metodologías y otros (Mesa, Guardo y Vidaurreta, s/f).

La recogida de la información brindada por especialistas se realizó a través del método individual, que consiste en obtener información de cada uno de los especialistas, sin que los mismos entren en contacto (Robles y Rojas, 2015), empleando para ello una entrevista semiestructurada (Anexo 3).

Se convocó a especialistas en Psicología y Gerontología (teniendo en cuenta su grado científico, años de experiencia, tiempo y resultados alcanzados en la labor profesional y/o científica relacionada con el tratamiento del tema de los cuidadores y los adultos mayores).

El grupo quedó conformado por cinco especialistas, tres psicólogos y dos especialistas en Gerontología y Geriátrica (uno de ellos en primer grado y el otro en primer y segundo grado). De ellos 4 poseen la categoría científica de Máster en Ciencias (3 en Longevidad satisfactoria y 1 en Atención Primaria de salud) y 1 Doctor en Ciencias Pedagógicas. En promedio tienen 24 años de experiencia profesional vinculados a la asistencia.

Los indicadores para la evaluación fueron:

- Pertinencia de la intervención centrada en el individuo.
- Coherencia entre los objetivos del Programa y los objetivos y contenidos definidos para las sesiones.
- Valoración sobre la coherencia y lógica del transcurso de las sesiones para dar respuesta a los objetivos.
- Valoración sobre los contenidos y recursos empleados en cada sesión.
- Valoración sobre las formas de evaluación del programa propuestas.
- Otros elementos a considerar.

Los especialistas consideraron que el programa está adecuadamente diseñado y se torna pertinente para abordar la problemática en cuestión. No obstante, se realizaron observaciones y recomendaciones en algunos indicadores, a partir de las cuales se modificaron aspectos del diseño inicial propuesto a evaluación.

En relación con la pertinencia de la intervención centrada en el individuo, se valoró que a pesar de que abarca a un número menor de cuidadores, se ajusta a sus condiciones reales por las limitaciones de estas personas para acceder a espacios socializadores. Se valora que este tipo de intervención favorece que la elaboración de los contenidos sea más personalizada.

Se considera coherente la relación entre los objetivos del Programa y los objetivos y contenidos definidos para las sesiones. Se sugirió incorporar una sesión en la que se trabajara la relación interpersonal con el receptor, o incluir la mirada a la relación en las sesiones de comunicación y de afrontamiento. En la sesión de autovaloración, se propuso trabajar el contenido relacionado con el sentimiento de eficacia como elemento potenciador de autoestima, enfocado en la tarea de cuidado.

Sobre las formas de evaluación del programa, se propuso que las evaluaciones parciales, no fuesen solo a través de reportes vivenciales orales sino que incluyeran recursos como un dibujo, una frase, etc. En el

caso de la sesión de evaluación, integración y cierre, como momento de evaluación final, se sugirió esclarecer los indicadores sobre los cuales tendría lugar esa autoevaluación que realiza el cuidador.

Se recomendó precisar las condiciones de aplicación del programa, en el sentido de si se propone para ser aplicado en una institución o en el propio hogar del cuidador, precisando las condiciones de privacidad necesarias en el último caso. Se sugiere además respaldar la intervención con el trabajo de un equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES

- 1- Se diseñó un Programa de intervención psicosocial para potenciar estilos de vida desarrolladores de cuidadores primarios adultos mayores a nivel individual, sustentado en la orientación psicológica como modo de actuación y atendiendo a la sistematización de indicadores teóricos de la categoría estilo de vida, su caracterización en un grupo de cuidadoras y la evaluación de especialistas en la temática.
- 2- Se sistematizaron como indicadores: el sistema de actividad, la comunicación, la concepción del mundo, la autovaloración y el estilo de afrontamiento. Estos indicadores expresan entre sí una relación armónica que se configura a nivel personológico y se expresa en el estilo de vida. En una dimensión temporal presente, el estilo de vida es único, integrador de las principales tendencias que caracterizan al sujeto en dos dimensiones: la relación con los otros y la relación consigo mismo.
- 3- El rol de cuidadora se articula desde las asignaciones, por lo que se asume de manera acrítica. Esto determina que su desempeño no responda a una estructura motivacional, lo que no permite regular eficientemente, por lo que se siguen patrones emergentes y circunstanciales de comportamiento. Cobra fuerza entonces, en este desempeño, la relación con el receptor de cuidados, la cual se ve afectada por las limitaciones psicológicas desarrolladas en la relación consigo mismo; dicha dinámica dinamiza la estructuración del estilo de vida, provocando que, en todos los casos, se superpongan ambas dimensiones y se limite el desarrollo psicológico de las cuidadoras.
- 4- Igualmente el análisis de la caracterización realizada nos permite concluir que la existencia de un estilo de vida desarrollador en cuidadores primarios adultos mayores requiere la capacidad de reflexión crítica de los sujetos de sus circunstancias vitales, frente a la familiaridad acrítica con que asume el rol de cuidador; la capacidad para conjugar las demandas de la labor con la esfera íntimo-personal, el empleo de capacidades comunicativas que posibiliten la solución de conflictos y la satisfacción de necesidades; estilos de afrontamiento que permitan la adaptación activa del adulto mayor frente a sus circunstancias, así como una articulación coherente entre el conocimiento de sí mismo y las aspiraciones para el futuro, permitiendo reorientar el comportamiento hacia nuevas metas, a partir de la reestructuración desarrolladora de los procesos motivacionales en la etapa.

- 5- El diseño del programa de intervención psicosocial a nivel individual, se evalúa por especialistas en el tema como pertinente para potenciar estilos de vida desarrolladores en adultos mayores, a partir de la reflexión crítica sobre el desempeño del rol de cuidador.
- 6- Potenciar la sabiduría como logro de la etapa permitirá la resignificación de la relación social-personal en el desempeño del rol de cuidador, posibilitando una articulación armónica, contextualizada y dinamizadora entre las dimensiones en las que se expresa el estilo de vida: la relación con los otros y consigo mismo.

RECOMENDACIONES

Al Proyecto de investigación “Caracterización e intervención en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas” de la Universidad de Oriente (del cual forma parte la autora de la presente investigación):

- Presentar los resultados del presente estudio a la Dirección Provincial de Salud en Santiago de Cuba, para reorientar las intervenciones a partir de estrategias que tomen en cuenta los procesos sociales e individuales que se articulan alrededor del desempeño del rol de cuidador.

Al Proyecto de investigación sobre cuidadores y otros investigadores del tema:

- Realizar estudios que promuevan la intervención, tomando como centro a la díada cuidador-persona cuidada.
- Atender en estudios posteriores las relaciones de género y la religiosidad como mediadores en la estructuración del estilo de vida y la asunción del rol de cuidador, incorporando además a cuidadores hombres como sujetos de investigación.

A los profesionales de la Psicología que trabajan en Áreas de salud y a los miembros del Proyecto de investigación antes referido:

- Aplicar y evaluar la presente propuesta de intervención individual, empleando las potencialidades que brindan los Grupos Básicos de Trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achury, D.M., Castaño H.M., Gómez, L.A. y Guevara, N.M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 1 (13) 27-46.
2. Acosta Guas, M. (2014). *Bienestar psicológico y cuidadore/as de personas con demencia tipo Alzheimer*. Trabajo de diploma en opción al título de Licenciada en Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
3. Acuña, Y., Cortés, R. (2012). *Promoción de estilos de vida saludables en el área de salud de Esparza*. Tesis en opción al título de Máster en Administración pública: Costa Rica.
4. Águila Alonso, A. M. (2015). *Bienestar psicológico en personas que cuidan a familiares con demencia tipo Alzheimer*. Trabajo de diploma en opción al título de Licenciada en Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
5. Anuario Estadístico de Salud 2014 (2015). Ministerio de Salud Pública, Cuba. Extraído el 15 de enero, 2016 de www.sld.cu/sitios/dne
6. Arés Muzio, P. (2014, noviembre). *Familia Cubana. Retos y Desafíos*. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, Psicosalud 2014, La Habana, Cuba.
7. Ballester, D., Juvinyà, D., Brugada, N., Doltra, J. y Domingo, A. (2006). Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Revista Presencia*, 2(4). Extraído el 15 de enero, 2016 de www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php
8. Baster Moro, J.C. (2011). *Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos*. Extraído el 16 de junio, 2016 de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_1_12/spu16112.htm
9. Blanco, C. J. (2013). *Propuesta de intervención psicosocial para el afrontamiento saludable de dilemas éticos de la intervención psicológica en el campo de la salud*. Tesis presentada en opción al título académico de Máster en Intervención psicosocial en el desarrollo humano, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
10. Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
11. Bódalo-Lozano, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*, 1 (10), 85-97.
12. Calviño Valdés-Faully, M. (2000). *Orientación Psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica.

13. Carretero Gómez, S. (2010). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial*. Compilación, Universidad de Valencia, España.
14. Casado Marín, D y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales Núm.6. Fundación "La Caixa".
15. Cuevas Beltrán, M.E. (2013). *Propuesta de programa de intervención psicosocial para promover proyectos de vida en la adultez mayor*. Tesis en opción al Título de Máster en Intervención Psicosocial en el desarrollo Humano, Universidad de Oriente, Cuba.
16. D'Angelo, O. (2002). Proyecto de vida y desarrollo personal. En L. Fernández (Comp.), *Pensando en la personalidad*. Tomo II (pp. 105-140). La Habana: Editorial Félix Varela.
17. Delicado Useros, M.V. (2003). *Familia y cuidados de salud: calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia*. Tesis doctoral, Departamento de Psicología de la salud, Universidad de Alicante.
18. De los Reyes, M.C. (2011). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología de MERCOSUR, Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur, Curitiba, Brasil.
19. Dulcey-Ruiz, E. y Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1-2 (34), 17-27.
20. Enfoque aplicado de la Psicología Social (s/f). Material en soporte electrónico.
21. Espín Andrade, M. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Memoria para optar al Título de Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.
22. Fariñas, G. (2005). *Psicología, educación y sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. La Habana: Editorial Félix Varela.
23. Fariñas, G. (2003). Aprendizaje y personalidad desde una perspectiva investigativa. En L. Fernández (Comp.), *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas Tomo II* (pp.318-336). La Habana: Editorial Félix Varela.
24. Felipe, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245- 257.
25. Félix Alemán, A. (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros, México una perspectiva de género*. Tesis de Doctorado en Enfermería y cultura de los cuidados, Universidad de Alicante, España.

26. Fernández Rius, L. (2002). *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas (Tomo II)*. La Habana: Editorial Félix Varela.
27. Gambara, H. y Vargas, E. (2007). Evaluación de programas de intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez (Coord.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
28. García Rodríguez, D. E. (2010). *Caracterización del estilo de vida en estudiantes de Psicología de la SUM Holguín*. Tesis en opción al grado científico de Máster en Psicología Educativa, Universidad de La Habana, Cuba.
29. González Rey, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Editorial Félix Varela.
30. González, U. (2001). Modo de vida, psiquis y salud. EN F. Núñez de Villavicencio (Comp.), *Psicología y salud*. (pp. 113-134). La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
31. Herrera, D., Rodríguez, A., García, R., Pérez, D., Echemendía, B. y Chang, M. (2012). Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico "Héroes de Girón" en el 2009 [Versión electrónica, ISSN 0864-2125]. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 2 (28).
32. Hidalgo Martinola, D. (2015). *Relaciones interpersonales entre cuidadores informales primarios y adultos mayores en situación de dependencia*. Trabajo de Diploma en opción al Título de licenciada en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
33. Ibáñez, T., Botella, M., Domenech, M., Martínez, L. M., Pallí, C. et al. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Editorial UOC.
34. Izquierdo Martínez, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contexto [Versión electrónica, ISSN 1130-2496]. *Revista Complutense de Educación*, 2 (16), 601 – 619.
35. Knapp Rodríguez, E. (2007). La salud humana. En *Psicología de la salud* (pp.37-51). La Habana: Editorial Félix Varela.
36. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
37. Llanes, A. S (2007). *Experiencia de intervención psicosocial a través del arte en un grupo de niños y niñas con factores de riesgo social del barrio "La Timba"*. Tesis en opción al título de Máster en Psicología Social y Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, Cuba.
38. Lluch, A., Morales, A., Cabrera, M. y Betancourt, M. (2010). Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (2), 3-13. Extraído el 26 de febrero, 2016 de <http://scielo.sld.cu>
39. Losada, A., Montorio, I., Fernández, M.I. y Márquez, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*.

Colección Estudios Serie Dependencia N° 12005. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España.

40. Losada A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15 (1), 57-76. Extraído el 26 de febrero, 2016 de www.researchgate.net/journal/1132-9483_Behavioral_Psychology_Psicologia_Conductual
41. Martínez Míguez, M. (s/f). *La etnometodología y el Interaccionismo simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos*. Extraído el 26 de febrero, 2016 de <http://prof.usb.ve/miguelm/etnometodologia.html>
42. Mayo Parra, I. (1999). *Estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida*. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Psicológicas, Universidad de La Habana, Cuba.
43. Mayo Parra, I. (s/f). *La categoría estilo de vida y su importancia para la psicología de la salud*. Extraído el 26 de febrero, 2016 de www.monografias.com/trabajos13/lacateg/lacateg.shtml
44. Mercerón Figarola, Y. (2010). *Estrategia educativa para la orientación psicológica a la Familia en la Licenciatura en Psicología*. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas, Centro de estudios para la Educación Superior Manuel F. Gran, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
45. Mesa, M., Guardo, M.E. y Vidaurreta, R. (s/f). *Distinciones entre criterio de expertos, especialistas y usuarios*. Extraído el 20 de octubre, 2016 de www.monografias.com/trabajos82/distinciones-criterio/distinciones-criterio2.
46. Orosa, T. (2007). Tercera edad. En L. Álvarez (Comp.), *Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia* (pp.131-180). La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
47. Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2001). *Desarrollo psicológico y educación*. Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza Editor.
48. Pardo-Torres, M. P. y Núñez-Gómez, N. A. (2008). Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. *AQUICHAN*, 2 (8), 266-284.
49. Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(3-4), 469-483.
50. Pérez Jiménez, D., Rodríguez, A., Herrera, D., García, R., Echemendía, B. y Chang, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes [Versión electrónica, ISSN 1561-3003]. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2 (51).

51. Pérez Peñaranda, A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Tesis en opción al título de Máster, Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.
52. Pérez Perdomo, M. y Llibre Rodríguez, J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer [Versión electrónica, ISSN 1561-2961]. *Revista Cubana de Enfermería*, 3 (26).
53. Pérez Quintana, B. (2014). *Proyectos de vida en una sujeto cuidadora primaria e informal adulta mayor*. Tesis presentada en opción al Título de Licenciada en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
54. Pichón Riviére, E. (1960). *Tratamiento de grupos familiares: psicoterapia colectiva*. En Conferencias de Enrique Pichón Riviére. Material en soporte electrónico.
55. Reyes Bravo, R. M. (2008) *Autonomía en mujeres profesionales*. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Psicológicas, Universidad de La Habana, Cuba.
56. Robles, P. y Rojas, M.C. (2015). *La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas*. Extraído 20 de octubre, 2016 de www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
57. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.
58. Rodríguez, M. y Zaldívar, D. (2001). Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría estilo de vida en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Psicología*, 1 (18).
59. Ruiz Olabuenaga, J. L. (2007). *Metodología de la Investigación cualitativa* (4ª Edición). Universidad de Deusto: Bilbao.
60. Sánchez, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología de la PUCP*, 2 (15).
61. Saracho, E. (2003). Interrogantes en torno a una teoría del crecer. En M. Rebollar (coord.), *Intervención comunitaria. La Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios una alternativa para el crecimiento humano en la comunidad* (pp. 60-66). La Habana: Centro Nacional de Educación Sexual.
62. Suárez, C.O., del Toro, M. y Mercerón, Y. (2010). *La intervención psicosocial en las profesiones de ayuda. Apuntes para un libro de texto*. Manuscrito no publicado.
63. Triadó Tur, C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos educativos*, 4, 119-133.

64. Turtós Carbonell, L. (2007). *Potenciación de sentido de vida en un grupo de adultos mayores en Santiago de Cuba*. Tesis en opción al título de Máster en autodesarrollo comunitario, Universidad de Las Villas, Santa Clara.
65. Turtós, L., Rodríguez, Y., Rodríguez Abreu, Y. y Omar, E. (2016). Caracterización demográfica de cuidadores informales de ancianos con ictus y demencias en Santiago de Cuba [Versión electrónica, ISSN 1692-5858]. *Revista Encuentros*, 14, (2), 61-72. Extraído el 20 de septiembre, 2016 de http://ojs.uac.edu.co/index.php/encuentros/article/view/795/pdf_32
66. Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. [Versión Electrónica]. *Revista Psicología Científica.com*, 9 (33). Extraído el 15 de junio, 2016 de www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable
67. Vygotsky, S. (1989). *Obras Completas*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Anexo 1: Consentimiento informado

Por este medio se hace constar que la persona que firma este documento ha estado dispuesta a colaborar con la investigación de Maestría que desarrolla la Lic. Yailén Rodríguez Rosa, y que tiene como centro la vida de los cuidadores adultos mayores y las implicaciones que tiene para ellos el desempeño de dicha labor.

Con este fin se aplicarán varias sesiones de entrevistas en las que usted tendrá la oportunidad de expresarse abiertamente. La información compartida será analizada y quedará plasmada en un informe de investigación, que podrá ser de uso de profesionales de la Psicología y otras ciencias afines que trabajen el tema de los cuidados.

Si no desea que alguna de las informaciones brindadas aparezca en el informe de la investigación, se respetará su decisión. Se ratifica además a través de este documento, la preservación de su identidad y se hace constar que usted dio su autorización para la grabación de las sesiones de trabajo.

Nombre y Apellidos. Firma

Anexo 2: Guía de entrevista en profundidad a las cuidadoras

Sesión 1:

Puntos de análisis:

- Aspectos generales del cuidado:
 - Diagnóstico del receptor de cuidados y sus implicaciones para la tarea
 - Tiempo en la tarea (en años y en horas de dedicación)
 - Motivos para desempeñar la labor. Concepción del mundo que la sustenta
 - Preocupaciones y malestares asociados al desempeño de la labor
 - Apoyo Social

- Sistema de actividades:
 - Organización y estructuración de la vida cotidiana
 - Empleo del tiempo
 - Actividades realizadas para el ocio y la recreación. Valoraciones sobre sus posibilidades de realización
 - Ejercicio del rol. Relación entre lo asignado y lo asumido. Concepciones y expectativas en torno al cuidado
 - Afrontamientos ante las situaciones estresantes que puede generar el cuidado

Sesión 2

Puntos de análisis:

- Comunicación:
 - La comunicación con el receptor de cuidados, funciones que cumple.
 - Capacidades comunicativas empleadas
 - Motivos que sustentan el vínculo
 - Conflictos en la relación. Estrategias para su afrontamiento
 - Vínculos que sostiene con otras personas; comunicación y sus funciones
 - Afrontamientos ante los conflictos que pueden generarse en la comunicación con el receptor.

Sesión 3

Puntos de análisis:

- Autovaloración:
 - Conocimiento de sí mismo
 - Autorreflexión personal
 - Aspiraciones
 - Valoraciones sobre sus posibilidades de realización
 - Estrategias de elección de las metas personales

Anexo 3: Guía de Entrevista semiestructurada a los especialistas

- Consideraciones sobre la pertinencia de la intervención centrada en el individuo.
- Valoraciones sobre la coherencia entre los objetivos del Programa y los objetivos y contenidos definidos para las sesiones.
- Valoración sobre la coherencia y lógica del transcurso de las sesiones para dar respuesta a los objetivos.
- Valoración sobre los contenidos y recursos empleados en cada sesión.
- Valoración sobre las formas de evaluación del programa propuestas.
- Otros elementos a considerar en el diseño del programa.
- Recomendaciones para su implementación.

Anexo 4: “El valor del tiempo”

Imagínate que existe un banco, que cada mañana acredita en tu cuenta la suma de 86, 400 y no arrastra tu saldo día a día, ya que cada noche borra cualquier cantidad de tu saldo que no usaste durante el día.

¿Qué harías? -¡Retirar hasta el último centavo, por supuesto!

Cada uno de nosotros tiene ese banco. Su nombre es *tiempo*. Cada mañana, este banco te acredita 86, 400 segundos. Cada noche, este banco, borra y da como pérdida cualquier cantidad de ese crédito que no has invertido en un buen propósito. Este banco no arrastra saldos, ni permite sobregiros. Cada día te abre una nueva cuenta. Cada noche elimina los saldos del día. Si no usas tus depósitos del día, la pérdida es tuya. No se puede dar marcha atrás. No existen los giros a cuenta del depósito de mañana.

Anexo 5: “Los dientes del Sultán”

Un Sultán soñó que había perdido todos los dientes. Después de despertar, mandó llamar a un sabio para que interpretase su sueño.

¡Qué desgracias Mi Señor! – Exclamó el Sabio – Cada diente caído representa la pérdida de un pariente de vuestra Majestad.

- ¡Qué insolencia! - gritó el Sultán enfurecido. ¿Cómo te atreves a decirme semejante cosa? ¡Fuera de aquí!

Llamó a su guardia y ordenó que le dieran cien latigazos.

Más tarde ordenó que le trajesen a otro sabio y le contó lo que había soñado. Este, después de escuchar al Sultán con atención, le dijo:

-¡Excelso Señor, gran felicidad os ha sido reservada! El sueño significa que sobrevivirás a todos vuestros parientes.

Se iluminó el semblante del Sultán con una gran sonrisa y ordenó que le dieran cien monedas de oro.

Cuando este salía del Palacio, uno de los cortesanos le dijo admirado:

-¡No es posible! La interpretación que has hecho de los sueños es la misma que el primer sabio. ¿No entiendo por qué al primero le pagó con cien latigazos y a ti con cien monedas de oro?

Recuerda bien, amigo mío, - respondió el segundo sabio – que todo depende de la forma en el decir...

Anexo 6: “El árbol confundido”

Había una vez, un hermoso jardín, con manzanos, naranjos y bellísimos rosales, todos ellos felices y satisfechos. Todo era alegría en el jardín, excepto por un árbol profundamente triste. El pobre tenía un problema: “No sabía quién era”.

Lo que te falta es concentración, le decía el manzano, si realmente lo intentas, podrás tener sabrosas manzanas. ¿Ves qué fácil es?

No lo escuches, exigía el rosal. Es más sencillo tener rosas y ¿Ves que bellas son?

Y el árbol, desesperado, intentaba todo lo que le sugerían, y como no lograba ser como los demás, se sentía cada vez más frustrado.

Un día llegó hasta el jardín el búho, la más sabia de las aves, y al ver la desesperación del árbol, exclamó: No te preocupes, tu problema no es tan grave, es el mismo de muchísimos seres sobre la tierra. Yo te daré la solución: “No dediques tu vida a ser como los demás quieran que seas... Sé tú mismo, concómete...” Y dicho esto el búho desapareció.

¿Ser yo mismo...? ¿Conocerme...? Se preguntaba el árbol desesperado cuando de pronto, comprendió... “yo jamás daré manzanas porque no soy un manzano, ni floreceré cada primavera porque no soy rosal. Soy un roble, y mi destino es crecer grande y majestuoso. Dar cobijo a las aves, sombra a los viajeros, belleza al paisaje...”.

¿Cuántos serán robles que no se permiten a sí mismos crecer? ¿Cuántos serán rosales que por miedo al reto, solo dan espinas? ¿Cuántos, naranjos que no saben florecer? En la vida, todos tenemos un destino que cumplir, un espacio que llenar...

Anexo 7: “Hoy puede ser un gran día” (Joan Manuel Serrat)

Hoy puede ser un gran día,
plantéatelo así,
aprovecharlo o que pase de largo,
depende en parte de ti.

Dale el día libre a la experiencia
para comenzar,
y recíbelo como si fuera
fiesta de guardar.

No consientas que se esfume,
asómate y consume
la vida a granel.
Hoy puede ser un gran día,
duro con él.

Hoy puede ser un gran día
donde todo está por descubrir,
si lo empleas como el último
que te toca vivir.

Saca de paseo a tus instintos
y ventílalos al sol
y no dosifiques los placeres;
si puedes, derróchalos.

Si la rutina te aplasta,
dile que ya basta
de mediocridad.
Hoy puede ser un gran día
date una oportunidad.

Hoy puede ser un gran día
imposible de recuperar,
un ejemplar único,
no lo dejes escapar.

Que todo cuanto te rodea
lo han puesto para ti.
No lo mires desde la ventana
y siéntate al festín.

Pelea por lo que quieres
y no desesperes
si algo no anda bien.
Hoy puede ser un gran día
y mañana también.