

SER CUIDADOR; EL EJERCICIO DE CUIDAR**

Juan Larbán Vera**

RESUMEN

A lo largo de este artículo, el autor, revisa los aspectos que podrían ser considerados como la esencia y la ética del ejercicio de cuidar. Se profundiza en el análisis de la persona, personalidad y funciones del cuidador, especialmente del cuidador profesional. En el ejercicio del cuidar, se describen los elementos esenciales a tener en cuenta para la adecuada atención y eficacia de los cuidados. Se estudia el beneficio pero también el riesgo y consecuencias psicopatológicas que puede tener el ejercicio del cuidar para el cuidador profesional. Entre las consecuencias y repercusión que en los cuidados tienen los problemas de salud del cuidador profesional se describen el “burn-out” o síndrome del trabajador “quemado”, el estrés crónico y la crisis psicológica. Se valora el papel de la crisis psicológica en el cuidador profesional. En el contexto profesional del ejercicio de cuidar se considera fundamental la exigencia de autocuidado del cuidador. La base de la formación del cuidador, para el autor, se fundamenta en tres elementos:

* Este texto, que ha sido revisado, ampliado y actualizado por el autor para su publicación, sirvió como base de la ponencia que con el título, *“La crisis psicológica del cuidador profesional”* se presentó en las II Jornadas Pitiusas Pro Salud Mental que organizadas por ADISAMEF, Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera, se celebraron en Ibiza con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental, los días 8, 9 y 10 de octubre de 2009, con el tema *“La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos”*.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. IBIZA.
Email: juan.larban@gmail.com

1–El saber. 2–El saber hacer. 3–El saber ser. La formación y formación continuada del profesional tendría que tener en cuenta estos tres elementos, impregnados a su vez de la filosofía y la ética que inspiran “los cuidados del cuidador”, tanto familiar como profesional. A continuación, se revisan los factores protectores de la salud del cuidador profesional, la resiliencia y los factores de resiliencia. Y para terminar, las conclusiones.

Palabras clave: Cuidar-Cuidador-Cuidado. Esencia y ética del cuidar. Funciones del cuidador. Cuidador familiar y cuidador profesional. Eficacia de los cuidados. Formación del cuidador profesional. Salud y competencia del cuidador. Cuidados del cuidador.

ABSTRACT

“BEING A CARER AND CARING” In the course of this article, the author goes over what might be considered the essence and ethics of being a carer. A detailed analysis is offered of the person, personality and functions of the carer, especially the professional carer. The essential elements to take into account for the appropriate treatment and efficiency of the care are described here. A close look is taken at the benefits but also the risks and psychopathological consequences which caring can have for the professional carer. A description is provided of the burn-out, chronic stress and psychological problems which are some of the consequences and repercussions the professional carer faces when caring. The role psychological break-down plays in the professional carer is also evaluated. In the professional context of caring, the demand for the self-care of the carer is considered fundamental. For the author, the basis of the carer’s professional formation rests on three things. 1- Knowledge. 2- Know-how. 3- Knowing how to be. Training and continual professional formation ought to take into account these three elements which are imbued with the philosophical and ethical notions inspiring “care for the carer”, in both a family and work environment. The factors protecting the health of the professional carer, resilience and factors aiding *resilience* are examined next. Finally, conclusions are offered.

Key words: Care-Carer-Cared. Essence and the ethics of caring. Functions of the carer. Family caretaker and professional caretaker. The efficiency of care. Professional formation of the carer. Health and competence of the carer. Care for the carer.

INTRODUCCIÓN

“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”. (Ética y Psicoanálisis. Erich Fromm).

ESENCIA Y ÉTICA DEL EJERCICIO DE CUIDAR

Cuidarse y Cuidar

En el caso de cuidarse, la referencia es el “*autós*”, uno mismo; mientras que en el caso, cuidar, la referencia es el “*alter*”, el otro, y, en este segundo sentido, el cuidar se convierte en una práctica trascendente, porque se abre a la perspectiva del otro, del sujeto que está más allá de los límites de la personalidad del cuidador.

Cuidar, según el Diccionario de la Lengua Española de la Editorial Espasa Calpe editado en 2005, significa, en referencia al tema que tratamos: *Asistir a alguien que lo necesita.*

Cuidar, sería el acto de atender; Tratar; Cuidar a alguien; Tener atención por alguien; Tener cuidado de/por alguien; Cuidarse a sí mismo.

El ejercicio de cuidar se podría definir como el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir.

El cuidador sería una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida.

El ejercicio de cuidar, que, más allá de su carácter cotidiano, resulta fundamental para la subsistencia del género humano, exige:

1. El escrupuloso respeto de la autonomía del otro

Cuidarse de alguien tiene como objetivo ayudarle –en lo posible– para llegar adonde él quiere y puede llegar, potenciando su autonomía personal. El cuidador no es un sujeto puramente pasivo, sino que, puede exponer su punto de vista sobre dicho objetivo pero no debe imponerlo.

2. El conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado

Cuidar del otro significa velar por su circunstancia vital. La circunstancia no es un elemento accidental en la configuración de la persona, sino un factor determinante para comprender por qué actúa como actúa. *La circunstancia en este caso se refiere al conjunto de factores BioPsicoSociales y Económicos que influyen en el proceso de realización de la persona.*

El sujeto enfermo se halla ubicado en un contexto material que tiene unas determinadas características y que, según cuál sea, influye de un modo que puede ser determinante en la ya de por sí precaria autonomía del sujeto cuidado. No se puede cuidar al otro si no se sumerge uno en su circunstancia y comprende las claves de su situación y contexto, tanto en el plano consciente como inconsciente.

3. El análisis de sus necesidades

Cuidar de alguien significa tratar de responder a sus necesidades esenciales; significa también y sobre todo, proporcionarle, o mejor todavía, ayudarle a encontrar las herramientas necesarias (internas y externas) para que él mismo sea capaz de responder a ellas por sí mismo, sin necesidad de un cuidador. En el fondo, se trata de buscar la autonomía en la resolución de las necesidades del sujeto que cuidamos.

La percepción de las necesidades y sobre todo la respuesta a las necesidades del otro –sujeto necesitado de cuidados– varían según la profesión en el caso del cuidador profesional.

Sólo es posible responder a las necesidades esenciales del otro si se dan dos premisas.

Primera: La capacidad de atención, de escucha o, mejor dicho, de receptividad del otro.

Segunda: La competencia profesional para resolver dichas necesidades.

Pueden fallar ambas. Sólo el que es receptivo al otro puede descifrar, a través de la expresión verbal y gestual del paciente, lo que éste necesita; pero sólo el sujeto competente puede resolver esas necesidades que siente el otro.

Ambas características deben darse en el cuidador, puesto que podría haber competencia técnica, pero no haber competencia ética ni relacional; y viceversa.

Viñeta clínica

Paso ahora a relatarles la siguiente experiencia vivida por uno de mis pacientes:

Marcelo, tiene que pedir consulta al ORL, (Médico especialista en garganta, nariz y oídos) por una dificultad respiratoria nasal y hemorragias nasales de repetición.

En la consulta con el cuidador profesional, éste, sin escucharlo y sin dejar que el paciente acabe de explicarle sus síntomas y el objeto de su demanda, lo explora y le dice: “Tiene Vd. el tabique nasal hecho polvo, una fosa nasal comunica con la otra. Es el efecto del consumo de cocaína esnifada. Tiene Vd. que dejarlo”.

El paciente, que había sido operado años atrás de una desviación del tabique nasal consecutivo a un acontecimiento traumático, presentaba secuelas de una intervención quirúrgica mal realizada que había dejado las dos fosas nasales en comunicación.

La incapacidad de escucha del profesional cuidador, en este caso, generó de entrada una contra-actitud del paciente –a mi juicio plenamente justificada– que impidió el establecimiento de una alianza terapéutica, además de generar en él, una sensación de desconfianza y maltrato profesional que se añadía a la vivencia de desamparo que ya tenía en el momento de pedir ayuda.

Sólo es posible cuidar si se dan dos condiciones fundamentales.

Primera: Un sujeto dispuesto a cuidar de otro; y, *segunda:* un sujeto dispuesto a ser cuidado por el primero y a cambiar en lo posible, su situación.

Esto supone, aunque cueste llegar a ello, el ayudar a la persona demandante de ayuda a renunciar progresivamente a los beneficios secundarios que tal situación le aporta, y a situarlo como sujeto activo y responsable de lo que hace con lo que le pasa así como de sus cuidados.

Podría fallar la primera premisa, y no habría acto de cuidar; podría fallar la segunda premisa, y tampoco podría decirse que existe el cuidar; pero también podrían fallar las dos premisas simultáneamente, y en todos estos casos no se podría articular correctamente la función del cuidar.

El deseo de cuidar del otro es una especie de impulso altruista que emerge de dentro de la persona y que la abre a la perspectiva del otro. Este movimiento hacia fuera, de superación del egocentrismo narcisista, es, en esencia, la experiencia ética. Pero sólo es posible culminar este proceso del cuidar si el destinatario es consciente de que debe ser cuidado, si se sabe frágil y reconoce en el cuidador cierta capacidad de cuidar y sanar. Si fallan estas condiciones, el ejercicio de cuidar se convierte en una tarea quimérica.

4. La capacidad de anticipación. Cuidar es preocuparse y ocuparse del otro con capacidad de anticipación

En el acto de cuidar es fundamental la práctica de la anticipación.

El ser humano, en función de su historia personal y basándose en su experiencia, es capaz de proyectarse en el futuro y anticipar situaciones que todavía no vive. Esta capacidad de anticipación es algo lúbil, lo que significa que puede uno equivocarse y predecir algo que, finalmente, no va a ocurrir. Pero cuidar, sólo es posible si uno imagina qué puede pasar en el futuro y qué necesidades se van a manifestar.

5. El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado. Cuidar es preservar la identidad del otro

Cuidar de alguien es cuidar de un sujeto con derechos, de un ser singular en la historia, que tiene una identidad y personalidad propias, forjadas a lo largo de su propia evolución y que el cuidador debe saber respetar y promover en la medida de sus posibilidades. La persona enferma es un sujeto de derecho, un ser dotado de una dignidad intrínseca. Por causa de su patología, sufre una reducción de sus capacidades y de sus posibilidades de expresión, movimiento y comunicación; pero, aun así, es una persona, y en cuanto tal, su dignidad es intocable.

Cuidar de otro ser es velar por su identidad. Cuando el cuidar es un modo de suplir al otro o de colonizar su identidad, no puede denominarse “*cuidado*” en sentido estricto, porque niega el ser del otro, y ello contradice la misma esencia del cuidar. Cuando una madre cuida de su hijo, lo que desea es que llegue a ser lo que está llamado a ser; y para que esto sea posible sabe que es esencial la protección, la alimentación, la estima y el cuidado. No se trata de proyectar en él los pensamientos, ideales y creencias que uno tiene para sí, sino de ayudar al otro a ser auténticamente él mismo, a superar las múltiples formas de alienación y subordinación que presenta la cultura contemporánea.

Muchos de los malentendidos, efectos perjudiciales de los cuidados proporcionados al sujeto cuidado, así como las desviaciones psicopatológicas, incluyendo la ineficacia de los cuidados prestados, tiene que ver con esto que acabamos de mencionar.

La práctica del cuidar es radicalmente distinta según que se dirija a sujetos o a objetos.

El objeto es pasivo y neutro, mientras que el sujeto es siempre un ser dotado de dignidad, abierto a la libertad, y celoso de su intimidad. El sujeto tiene rostro, es un ente singular en la historia, un proyecto único en el mundo. Es, en definitiva, una realidad que no se deja conceptualizar, no se deja agarrar, porque es, en esencia, inabarcable.

6. El auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto. La práctica del cuidar exige el auto-cuidado

Les comentaré ahora la experiencia siguiente que he compartido con uno de mis pacientes en psicoterapia:

Viñeta clínica

Ana es una paciente que en una de sus sesiones de psicoterapia, al hablar de su trayectoria profesional y de sus deseos en este sentido, me dice que cuando se fue a matricular en la Universidad para cursar estudios de historia o de psicología, dudando entre una y otra carrera, tuvo la oportunidad de asistir a la sesión de acogida de los futuros alumnos de psicología. El profesor de psicología que los acogió, de entrada les dijo lo siguiente: “Si estáis aquí con la pretensión de solucionar vuestros problemas personales estudiando la carrera de psicología, estáis muy equivocados, vais a perder vuestro tiempo, vais a colocaros en una situación de riesgo para vuestra salud, además de ser un elemento potencialmente peligroso para las personas que os van a pedir ayuda; sería mejor que estudiaseis otra cosa. ¡Aún estáis a tiempo de cambiar de idea!

La paciente que me cuenta esta historia, dejó entonces de dudar y se matriculó en historia. Cuando preguntó a los compañeros de universidad que habían asistido a la segunda “lección magistral” del profesor de psicología del que hemos hablado anteriormente, le dijeron lo siguiente: “A la segunda clase habían asistido un tercio de los que estaban en la primera clase”.

Sólo es posible cuidar correctamente del otro si el sujeto que cuida se siente debidamente cuidado y si se sabe cuidar.

Pongo la palabra sujeto destacada, para indicar la importancia de lo subjetivo y de las relaciones Inter-subjetivas en el desarrollo del ser humano. Subjetividad que está siempre presente en las relaciones humanas; subjetividad que puede ser objetivada –que no cosificada– en la interacción con el otro y también, en la relación con lo/el otro, ocupando el lugar del “tercero” en una relación triangular. Me refiero en este aspecto de la subjetividad tanto al cuidador como al objeto de cuidados que también es sujeto activo de los mismos.

El auto-cuidado y el cuidado de los suyos, (familia, amigos, equipo, compañeros de trabajo...) en interacción recíproca de cuidados mutuos, es necesario para desarrollar la posibilidad del cuidado del otro sin descuidarse a sí mismo.

La apertura al otro –sin excesivo riesgo para sí mismo– sólo es posible cuando la persona cuidadora tiene una madurez y cierto equilibrio emocional y mental; de otro modo, tal apertura no obedece a la voluntad de dar, sino al deseo de resolver carencias y necesidades que el cuidador padece. El acto de cuidar se convierte, entonces, en un proceso de proyección e incluso de instrumentalización del otro.

Viñeta clínica

María me cuenta en una de sus sesiones de psicoterapia de cómo ella había sido implicada y se había implicado desde muy pequeña en los conflictos “de y entre” sus padres. “Lo que ocurría en casa desde muy pequeña era algo parecido a lo que muestra la película “La guerra de los Rose” ya que mis padres estaban inmersos en un conflicto violento casi permanente. Yo no podía zafarme de eso. Afortunadamente descubrí el placer que tenía dibujando y la capacidad de abstracción que me proporcionaba esta actividad creativa. Creo que sin el dibujo, estaría mucho más “tocada” de lo que estoy”.

El ejemplo clínico de la consulta del paciente al ORL que les he mencionado anteriormente muestra también, cómo la proyección sobre el paciente de un tema personal propio del profesional, no solamente impide el ejercicio de los cuidados sino que también tiene unos efectos perjudiciales sobre la persona que nos pide ayuda.

Cuidar es prestar apoyo, acompañar, dar protagonismo al otro, transmitir consuelo, serenidad y paz cuando éste lo necesita, además de ayudarlo a resolver sus problemas; pero ello sólo es posible si el que se dispone a desarrollar dicha tarea goza de una cierta tranquilidad y estabilidad psíquica. *Cuidar al otro es tratarlo como sujeto y no solamente proporcionarle el tratamiento que necesita.*

Muy frecuentemente perdemos de vista que el cuidador también es un sujeto que, en cuanto tal, es vulnerable y debe

protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad.

El auto-cuidado es, ante todo, una responsabilidad del cuidador. Debe velar por su cuerpo y por su psiquismo, por su equilibrio emocional y por la salud de su vida mental. Pero el cuidado del profesional no sólo es una exigencia para el profesional, sino también para la institución y para el sistema. Las instituciones inteligentes cuidan a sus profesionales, porque se sabe que el profesional es la fuerza motriz de la organización, el principal dispositivo asistencial, y que, cuando éste falla o se quiebra, la institución entra en crisis. De ahí la necesidad de proteger, cuidar y velar por la salud física, psíquica, y social, del sujeto-agente cuidador.

El sistema donde se ubican las instituciones de cura también debe tener cuidado de las mismas, porque las instituciones, en la medida en que son organizaciones humanas, no son ajenas a la erosión y al desgaste, sino todo lo contrario; lo que significa que deben ser cuidadas y atendidas correctamente para que el sistema sanitario cumpla correctamente con la función que tiene encomendada en la sociedad.

7. La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro. La práctica del cuidar se fundamenta tanto en la vulnerabilidad como en las competencias y su potencialidad de desarrollo en una interacción adecuada de la persona cuidada con el medio

La vulnerabilidad constitutiva del ser humano es, a la vez, la condición de posibilidad del cuidado, y también, el límite insuperable del cuidar. Si los seres humanos fuésemos omnipotentes, no necesitaríamos ser cuidados, puesto que no padeceríamos necesidad alguna, pero no es ésta nuestra condición existencial.

Somos vulnerables desde un punto de vista ontológico (inmadurez biológica al nacimiento) y sólo si nos cuidan y nos cuidamos podemos sobrevivir y desarrollarnos como personas.

Por ello, la vulnerabilidad es la fuerza motriz del cuidar, la causa indirecta de dicha actividad; pero precisamente porque

somos vulnerables, nuestra capacidad de curar y de cuidar no es ilimitada, sino que tiene unos límites que debemos conocer.

No podemos curar todas las enfermedades, aunque sí podemos liberarnos de algunas que en el pasado eran mortales y que en el presente, gracias al desarrollo exponencial de la ciencia médica, ya no lo son. Pero tenemos otras enfermedades que nos superan y que esperamos poder subsanar en algún momento. No siempre cuidamos como querríamos a nuestros enfermos, porque existen límites de carácter infraestructural, organizativo, de recursos humanos y de disponibilidades personales. (2005. Torralba Roselló F.).

La práctica del cuidar exige ineludiblemente un cierto vínculo empático entre el sujeto que cuida y el sujeto cuidado.

La empatía consiste en darse cuenta, en observar y en percibir la alteridad; supone la percepción compartida de la existencia y la experiencia del otro. Experiencia Inter-subjetiva compartida que tiene que ver con las actitudes y motivaciones del otro, con el movimiento y la sensación de movimiento del otro, con su intencionalidad, y también, con sus pensamientos y sus emociones.

La Inter-subjetividad sería en un sentido amplio la capacidad de compartir la experiencia vivida entre personas. Es además el soporte de lo consciente, de lo inconsciente y del lenguaje en el ser humano. La Inter-subjetividad puede ser considerada como un sistema motivacional como lo es el vínculo de apego. Tiene fundamentos psicobiológicos, (neuronas espejo, osciladores adaptativos), mientras que la psicología del desarrollo pone de relieve los fundamentos psicológicos. Es la base de los conceptos de empatía, de la identificación y de la identificación proyectiva. No hay psiquismo sin interacción. El lenguaje, la conciencia de si mismo, la conciencia reflexiva, la conciencia moral, el si-mismo, la narración autobiográfica, son construcciones lentamente progresivas que se desarrollan en la interacción con los otros y con el psiquismo de los otros.

La Inter-subjetividad es el factor más importante para la adquisición y aprendizaje del lenguaje. Es necesario poder imaginar lo que siente, piensa y quiere el otro en relación con un referente determinado para poder ponerle palabras.

El grado de empatía que tiene y desarrolla un sujeto determinado no es constante y depende además de la personalidad e historia del sujeto. La persona sana tiene en mayor o menor grado esa capacidad de empatía.

La empatía o comunicación empática ya se puede medir mediante técnicas de neuroimagen y de espectrometría, permitiendo ver el impacto de las emociones en el cerebro y cómo las emociones expresadas por un individuo en interacción con otro, afectan a quien escucha.

“La empatía que posibilita el acceso a la ínter subjetividad en el ser humano sería la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y también, tomando como base y vehículo de transmisión las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no”. (Simas, R., Golse, B. 2008).

A pesar de esta apropiación parcial y transitoria de la experiencia del otro, se debe indicar que esa experiencia del otro que yo interiorizo respeta su experiencia como originaria. No significa alegrarse o entristecerse porque el otro esté alegre o triste, sino ser capaz de vivir su alegría o su tristeza con él y en él, como si fuese mía. A través de la empatía se produce una relación Inter-subjetiva con la subjetividad del otro, con lo otro que no soy yo, con el mundo que está más allá de mí.

La empatía puede verse como la posibilidad de enriquecer la propia experiencia. La vivencia del otro es aquello que, por lo general, está más allá de nosotros, y puede ser algo que ni hemos vivido y que quizá nunca tendremos la posibilidad de experimentar. Adentrarse en la experiencia del otro significaría entonces, adentrarse en lo que nos lleva más allá de nosotros mismos; implicaría superar los márgenes del propio mundo interior. Y ello nos llevaría a enriquecer la propia imagen del mundo.

La empatía es, pues, una forma de co-sentir o de sentir con el otro, de tal modo que trasciende la mera simpatía. Se puede entender la empatía como una energía de unión con el otro y, en este sentido, es apertura hacia la amistad con el otro. A través de la empatía se hace posible la apertura amorosa en

cuanto capacidad de hacer presente lo que siente o vive el otro. Empatizar implica en el sujeto la aceptación o voluntad de salir de sí para encontrar y afrontar incluso, las diferencias con el otro. De tal modo que la empatía, además de fuente de conocimiento del otro, es también fundamento para el conocimiento personal. Viendo al otro, descubro al mismo tiempo lo que yo no soy.

La empatía o identificación empática se podría definir como la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él. Se trata pues de una identificación parcial y transitoria con el otro o con aspectos emocionales y cognitivos del otro. Es la base del desarrollo del ser humano en su interacción con el otro. Es también el fundamento de la alianza terapéutica, (Larbán J. 2008).

Carl Rogers, psicólogo de la corriente humanista desarrolló una modalidad de psicoterapia no directiva y centrada en la persona que tenía como base la comprensión empática. Para Rogers, la comprensión empática consiste en captar con el máximo de exactitud posible, las referencias internas y los componentes emocionales de otra persona y comprenderlos “como si” uno fuese esa otra persona.

La empatía a diferencia de la intuición hace referencia a lo emocional mientras que la intuición hace referencia a lo cognitivo, a la teoría de la mente por ejemplo. A diferencia del “insight” o introspección, que quiere decir, “ver dentro”, la empatía se refiere a “sentir dentro”, “sentir con”, situándose más bien en el registro de lo emocional.

8. La responsabilidad ética inherente al acto de cuidar.

Cuando nos cuidamos profesionalmente del otro, nuestra responsabilidad va más allá de lo estrictamente profesional. Incluye la ética profesional pero también la personal

Se trata en este caso de la responsabilidad ética inherente a la relación-comunicación con uno mismo y con el otro.

En el seno de la –si posible– necesaria colaboración y co-participación en la relación de cuidados del cuidador con la persona cuidada, la responsabilidad ética sería la capacidad

del cuidador de sentirse en cierta medida responsable, –en la relación y comunicación con el otro– de lo que omite, de lo que dice y de lo que hace, así como del efecto que lo que omite, dice y hace tiene sobre el otro. La responsabilidad parcial que asumiría el cuidador y más aún el cuidador profesional sería asimétrica, pesando más en la balanza interactiva su parte de responsabilidad que la de la persona cuidada. (Larbán J., 2007).

Esta actitud ética del cuidador en la relación de cuidados con el otro implica no solamente sentido de la responsabilidad en la interacción con la persona objeto de cuidados sino también una necesidad de coherencia, congruencia o autenticidad que está en la base de la confianza mutua.

Esta preocupación profesional y ética por el otro –junto con la empatía– tiene, entre otras cualidades, el efecto de aumentar y mejorar la alianza terapéutica o profesional con el sujeto-objeto de cuidados. Permite además disminuir la tendencia proyectiva “evacuatoria” (proyectar, depositar inconscientemente sobre el otro aspectos propios que son negados y rechazados en uno mismo) del cuidador que es la fuente de muchos de los efectos perjudiciales que aunque indeseables para/por uno y otro, vive la persona objeto de nuestros cuidados. Además, esta actitud ética del cuidador refuerza la identificación proyectiva empática (no evacuativa) y la identificación introyectiva o interiorizadora del otro, de lo otro, aspectos que están en la base de la comunicación empática con el otro y del desarrollo humano.

No se trata de culpabilidad en este caso que describimos, se trata de asumir su responsabilidad. La culpabilidad lleva a la búsqueda del castigo o auto-castigo para expiar la culpa. La responsabilidad o mejor dicho, el sentimiento de responsabilidad, por el contrario, lleva a la reparación del daño, a la corrección del error cometido.

Entiendo por *alianza terapéutica* o profesional –que en un sentido amplio incluye también la relación de cuidado de los cuidadores no profesionales– la interacción que busque además de cuidar, sanar, educar, etc., el facilitar y potenciar la evolución y el desarrollo del sujeto que cuidamos.

La base de esta alianza en la interacción sujeto cuidador-sujeto cuidado sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria, que vive el cuidador en relación con el sufrimiento, (aspecto emocional) y con el problema de la persona que cuida, (aspecto cognitivo) y también de su familia, lo que permite a su vez de forma recíproca e interactiva, aunque asimétrica, una identificación empática similar de la persona cuidada y de su familia “*hacia y con*”, la actitud y trabajo del cuidador.

Para el desarrollo de una buena alianza el cuidador tiene que contar y tener en cuenta la personalidad, la biografía, el contexto, el ritmo evolutivo, los mecanismos de defensa y las resistencias de la persona que cuida, ajustándose progresivamente a ellas.

Para una mayor eficacia de nuestros cuidados tendríamos que tener en cuenta lo siguiente:

Criterios de eficacia terapéutica y por extensión, de los cuidados que prestamos. (Dentro de los límites de la propia patología o problemática del sujeto y entorno inmediato).

1. *Historia y personalidad del cuidador, su motivación, formación y experiencia.* Dentro de la personalidad del cuidador citaremos como importantes: la congruencia, la autenticidad, la capacidad para hacer frente, elaborar e integrar las necesidades evolutivas de cambio interno y externo; tanto si son las del otro como las propias. Capacidad de superación de las situaciones de crisis tanto si son relacionales con respecto a la persona que cuidamos como si son personales o profesionales. Capacidad de duelo. Capacidad de ajustar nuestras propias expectativas al contexto de nuestros cuidados y a las posibilidades evolutivas de la persona que cuidamos. Capacidad de acceso y de contención así como de elaboración de las vivencias emocionales conscientes e inconscientes (del sujeto cuidador y del sujeto-objeto de nuestros cuidados). Capacidad de atención y de espera en una escucha receptiva y activa. Capacidad de empatía, necesaria para establecer una buena alianza terapéutica.

No olvidemos que las personas que cuidamos frecuentemente se encuentran en una situación de dependencia, vulnerabilidad y desamparo similar a la de los niños, pero no lo son,

ni podemos tratarlos como tales. El respeto por su persona en tanto que adulto me parece esencial.

2. *Calidad de la relación terapéutica o de cuidados* (sean profesionales o no). Dependerá en un aspecto fundamental del contexto de los cuidados así como de la capacidad por parte del cuidador, –sea institucional, profesional o no– para crear un continente que permita la elaboración de un contenido útil para la relación de cuidados y los cuidados propiamente dichos, así como para el proceso de su desarrollo, dando sentido a unos y otros a la vez que a nuestras intervenciones terapéuticas o de cuidados.

3. *Adecuación de la respuesta terapéutica –o del cuidador– a la demanda*, tanto si es explícita-consciente, como si es implícita-inconsciente, y siempre, en función de las necesidades reales del paciente-usuario de nuestros cuidados y de su familia.

CUIDADOR

Ser cuidador de los demás puede ser una importante fuente de gratificación narcisista y una situación de riesgo para la salud tanto para uno mismo como para quien es objeto de nuestros cuidados.

El beneficio narcisista que encontramos como cuidadores en el ejercicio de cuidar del otro puede hacer que nos “*enganchemos*” adictivamente a nuestra función o papel de cuidador. Un número importante de adultos cuidadores han sido en su infancia niños parentalizados, (en el sentido del término y concepto desarrollados por Boszormenyi-Nagy. 1993) es decir, han sido niños que demasiado precozmente se han convertido en los cuidadores de sus propios padres, al precio de descuidar aspectos básicos de su propio desarrollo. Esto es a la vez una gran ventaja y un gran inconveniente. Estos cuidadores pueden ser, debido a esta circunstancia biográfica y existencial, cuidadores vocacionales con una actitud adictiva en su papel y función de cuidador, descuidando sus propios cuidados así como el cuidado de lo suyo y de los suyos.

Dentro de esta modalidad de cuidadores, algunos pueden tener importantes dificultades para potenciar la independencia y la autonomía de la persona que cuidan debido a su actitud “adicto-dependiente” de la dependencia que generan en los otros hacia ellos. Esta actitud del cuidador, sea profesional o no, podría ser interpretada como un mecanismo de sublimación de sus pulsiones cuando en el fondo sería más bien un mecanismo de defensa contra su propia avidez y necesidad de cuidados, así como una protección frente a sus necesidades regresivas, con la finalidad de evitar, negándola, su necesidad de dependencia y el reconocimiento de su vulnerabilidad, así como de su propia necesidad de ser cuidado.

Viñeta clínica

Norma es una joven que como profesión se dedica al cuidado de los demás. En el curso de su psicoterapia va descubriendo su tendencia a establecer relaciones de pareja con personas que acaban siendo muy dependientes de ella. Varias relaciones han seguido este patrón conductual y han acabado en ruptura de la relación y sentimiento de fracaso. La petición de ayuda psicoterapéutica tiene que ver con estas repeticiones y la dificultad que tiene para elaborar los duelos consecutivos a estas pérdidas. Va dándose cuenta del miedo que tiene a depender del otro que podría cuidarla. Se va dando cuenta de que su miedo a la dependencia la lleva a negar esta necesidad en ella y a vivirla por procuración, en y a través del otro, que se vuelve dependiente de ella. Acaba por comprender que la dependencia que ella teme, la propicia y fomenta en el otro que convive con ella. Asocia con el hecho de que su madre, siendo bebé, había estado durante mucho tiempo, muy enferma y cómo desde siempre, se había presentado y mostrado como una persona “víctima y enferma de la vida”. Piensa que entonces como ahora, y debido a esta circunstancia, su madre no había podido comprenderla de forma empática, ni cuidarla adecuadamente. Dice que desde siempre, ella ha sido cuidadora de su madre, no solamente por una cuestión de necesidad para sobrevivir siendo pequeña y dependiente de ella, sino también y posteriormente, por una cuestión de gratificación narcisista que le llevaba a asumir este papel y esta función de cuidador en la

relación con los demás, incluso en situaciones en las que nadie se lo pedía y a costa de sus propias necesidades.

Esta situación clínica descrita se relaciona no solamente con lo dicho anteriormente del fenómeno de la parentalización de los hijos por parte de los padres sino también, con el concepto de “falso Self” acuñado por Winnicott, (Winnicott W. D. 2002) en alusión a esas “pseudopersonalidades neuróticas” hipermaduras e hiperadaptativas, personalidades “como si” fuesen normales, que se desarrollan aparentemente normalmente, entregándose al cuidado de los demás, pero a costa de su propia salud y de su propia vida. Este concepto clínico engloba esas situaciones de crianza en las que el bebé, muy precozmente se tiene que someter al imperativo de la realidad exterior, de la situación de sus padres, al precio de renunciar a sus propias necesidades evolutivas.

Verse con la obligación de ser cuidador, (causa externa) o sintiéndose “obligado” a serlo, (causa interna), aumenta la situación de riesgo para la salud del cuidador.

Ser cuidador familiar de referencia supone la mayoría de las veces una obligación que tienes que ejercer incluso si no estás preparado para ello. Representa para él una situación de riesgo mayor que la del cuidador profesional que en teoría ejerce su función por elección y contando con la preparación adecuada.

Ser cuidador supone poner a prueba en la realidad externa lo interiorizado de la experiencia, (realidad interna) de haber sido, y de ser cuidado por el otro. Todos los humanos hemos nacido para ser cuidados necesariamente por el otro.

La situación de inmadurez neurobiológica (Neotenia) del ser humano al nacer lo coloca en una situación de dependencia total de quien le cuida a diferencia de lo que ocurre con otras especies animales. Esta prolongada y gran dependencia interactiva, por lo que supone de impregnación cultural, facilita y hace necesario el acceso al simbolismo y al mundo del lenguaje. Podríamos decir que básicamente, el lenguaje hablado ha sido inventado y desarrollado por la especie humana para poder designar y hablar de lo ausente que no puede ser alcanzado ni señalado.

El ser humano puede ser definido como el Ser que requiere ser cuidado para seguir siendo lo que es; como el Ser que sólo si es cuidado puede llegar a desarrollar sus potencialidades que son extraordinarias. Potencialidades ancladas en la constitución neurobiológica con base genética del ser humano; pero también, potencialidades virtuales que para hacerse realidad necesitan de la interacción evolutiva con el entorno. *La epigenética*, que ha sido inventada y desarrollada para superar las limitaciones de la *genética*, estudia la interacción del genoma con el ambiente. Lo que antes se creía que estaba predestinado por el genoma de cada uno, lo que está escrito en los genes, se sabe hoy día que se manifestará o no, en función de la interacción con el medio.

Nacemos con una aparente inmadurez neurobiológica comparada con otras especies animales, nacemos con una gran dependencia del otro, nacemos muy vulnerables debido a la gran necesidad de ser cuidados que tenemos; cuidados por otra parte necesarios para sobrevivir y desarrollarnos como personas. Nacemos pequeñitos e inmaduros pero con un gran cerebro que crece y se desarrolla a lo largo de toda la vida del sujeto. Gracias al mecanismo de creación, crecimiento y desarrollo del cerebro y del sistema neuronal que evolucionan y se desarrollan durante toda la vida en estrecha interacción con el entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social), –mecanismo que llamamos hoy día “*Plasticidad Neuronal*”– sabemos hoy día que el ser humano es capaz de aprender –fruto de esta experiencia interactiva– de la experiencia, y que a su vez, esa experiencia interactiva va influenciando y modulando el desarrollo de nuestro cerebro y de sus conexiones neuronales.

Ser cuidador como su nombre indica, forma parte del “*Ser*”, de la naturaleza profunda del ser humano; forma parte del instinto de conservación de la especie humana o si se prefiere, de la “*pulsión de autoconservación*” del ser humano y es algo que tenemos potencialmente desde nuestro nacimiento. Que se desarrolle más o menos este aspecto de la personalidad estará condicionado por la experiencia de lo vivido en la interacción con el entorno.

La forma en que desarrollaremos nuestra función de cuidador estará influenciada, (consciente e inconscientemente) que no predeterminada, por la forma en que hemos sido cuidados y sobre todo, por lo que hemos hecho y estamos haciendo “de y con” esos cuidados, los que hemos tenido, los que no hemos tenido, y los que tendremos, tanto en el aspecto de dar como de recibir cuidados, (Larbán, J. 2006).

Ser cuidador y ejercer la función de cuidador pueden ser aspectos complementarios pero también antagónicos. En este último caso el sujeto cuidador, mediante un mecanismo de defensa como la disociación puede separar y desconectar su vida personal de la profesional o de la de cuidador no profesional. Este mecanismo de defensa si es utilizado de forma parcial y transitoria por el sujeto cuidador es un mecanismo de defensa muy sano que protege al cuidador de la patología de un exceso de empatía. Sin embargo, si como mecanismo de defensa lo utilizamos de forma preferente, de forma masiva, exclusiva y excluyente, entraríamos en la patología por defecto de empatía. En ambos casos de exceso y defecto de empatía, la eficacia y calidad de nuestros cuidados, además de nuestra salud, puede verse afectada. La evolución personal y profesional del cuidador profesional no debería estar excesivamente disociada si queremos proteger nuestra salud y ejercer adecuadamente nuestra función de cuidadores.

Viñeta clínica

Jorge es también un profesional que se dedica a cuidar de los otros. En el proceso de las primeras entrevistas, al analizar y elaborar su demanda de ayuda me cuenta lo siguiente; lo que esencialmente me ha motivado y conducido a pedirle ayuda es el sueño que voy a contarle: En el sueño, o más bien en los sueños que tengo desde hace varios años, sueños muy angustiosos y repetitivos, me veo escindido, separado y dividido en dos. Por una parte, estoy yo, en la base de una montaña, observando y viendo tranquilamente cómo otra persona, que también soy yo, está escalando esa montaña aparentemente sin ninguna dificultad. Sin embargo, cuando en el sueño, soy el escalador, me doy cuenta de que estoy sudando, extenuado,

angustiado y casi sin fuerzas, con la sensación de que en cualquier momento puedo caer. Al mismo tiempo me digo que si tuviese la ayuda de ese individuo que desde abajo me está observando impassible e ignorando mis dificultades, probablemente llegaría a la cima y no acabaría por caer.

El análisis y comprensión del contenido de los sueños recurrentes que padecía Jorge, le llevó a pedir ayuda. Se había dado cuenta de que desde hacía mucho tiempo su vida personal y profesional funcionaban de forma disociada y que como consecuencia de ello, podía acabar “cayendo” enfermo.

Cuidar al otro y cuidarse del otro sin descuidarse a sí mismo ni sin descuidar lo suyo propio, sería un aspecto sano y esencial del acto de cuidar, (egoísmo sano y necesario para la supervivencia y desarrollo) así como de los cuidados del cuidador.

La relación de ayuda de calidad se basa en estas características que voy a enumerar y que tienen que estar presentes en la interacción con el otro:

1. Comunicación. Comunicarse realmente (cognitiva y emocionalmente) con el otro.
2. Personalización de la relación y comunicación. Personalizar la interacción con el otro. Sentirse tratado como persona singular, con nombre propio.
3. Aceptación. Sentirse aceptado **casi** incondicionalmente por el otro.
4. Confianza. Poder confiar en el otro y en el proceso de ayuda construido con el otro.
5. Acogida. Acoger, sentirse acogido por el otro.
6. Comprensión. Comprender, sentirse comprendido empáticamente por el otro.
7. Autenticidad. Ser genuino o verdadero. Ser lo que se dice ser. Base de la confianza mutua.

La forma de ser del cuidador y su función cuidadora del otro, –como ya hemos visto anteriormente– depende de la personalidad, biografía, formación, experiencia, circunstancias y contexto de los cuidados del cuidador así como de la relación cuidador-cuidado.

FORMACIÓN Y CUIDADOS DEL CUIDADOR PROFESIONAL

La formación y competencia personal-profesional del cuidador tiene que ver con tres aspectos del saber en estrecha interacción entre sí.

El saber teórico, que está relacionado con el proceso cognitivo, permite acceder a un saber sobre sí mismo y sobre los demás, así como sobre la profesión y sobre la relación con los demás.

Para saber es preciso cuestionarnos, renovar las ideas, eliminar los prejuicios, mantener la mente abierta al mundo, ser capaces de relativizar, ser flexibles y escuchar.

El saber interroga el presente y prepara el futuro. El saber evita el dogmatismo e incorpora el sentido del humor.

Los estudios, cursos, seminarios, lecturas y comentarios de textos, así como los programas de formación profesional reglada formarían parte de la adquisición y desarrollo de competencias en el ámbito de esta dimensión intelectual del acto de cuidar.

El saber hacer, está en relación con las habilidades técnicas y la destreza profesional.

El saber hacer incorpora la práctica, la acción. Las habilidades que uno tiene y pone en juego, las destrezas al actuar y las técnicas que pueden suponer una mejora en las relaciones aportan un valor personal y profesional básico en el ejercicio de cuidar.

En este campo, para el profesional cuidador, la supervisión de casos y de la forma de llevarlos es una situación privilegiada para adquirir no solamente ese saber hacer del que hablamos sino también la capacidad de interiorizar la función del *“tercero observador”*. En este caso, la función del tercero observador sería la del supervisor, un profesional con experiencia clínica y formativa, externo a la institución donde se hace la supervisión grupal del equipo. La creación de un espacio profesional interno del profesional y del equipo, –que también tiene que desarrollar la capacidad de cuidar y de cuidarse– y

también, la creación de un espacio institucional de acompañamiento del cuidador y su equipo a lo largo del camino recorrido con el sujeto de sus cuidados me parece fundamental. Espacio donde se pueda trabajar el grado de cooperación y de ayuda mutua entre sus miembros. Espacio también, donde se pueda pensar y hablar de lo que hacemos u omitimos de hacer en la interacción con el otro que cuidamos, así como el poder efectuar un trabajo de elaboración-integración de nuestros errores, ansiedades, miedos y dificultades en la relación de cuidados que prestamos, no solamente es un elemento fundamental para el desarrollo de la calidad asistencial sino también, un importante factor protector de nuestra salud como cuidadores profesionales (Larbán J. 2009).

Para los cuidadores no profesionales, las asociaciones de afectados y familiares, así como los grupos de autoayuda multifamiliares, pueden representar para ellos algo parecido a lo que hemos comentado sobre el espacio de cuidados para los cuidadores profesionales.

Dentro de los programas de formación continuada de los cuidadores, sean profesionales o no, debería tenerse siempre presente como telón de fondo de toda formación, la filosofía, la ética, y el enorme beneficio que representa la necesidad de potenciar y desarrollar los cuidados del cuidador.

“Para la organización, cuidar a los profesionales es, ante todo, quererlos, (Winnicott dice que “para cuidar hay que sentir amor”, y no es extraño ver a profesionales vividos como cargas por las administraciones), tenerlos en cuenta, permitir y favorecer su implicación en los diseños, desarrollo y evaluación de sus acciones, confiar en ellos, permitirles ser creativos y no quedar encorsetados en las cada vez más insoportables estrechuras de una gestión mecanicista y centrada en la dictadura de los números. Significa también reconocer las tensiones que genera la tarea y facilitar los remedios para hacerle frente” (2002. Leal Rubio, J.).

También sucede que en las instituciones de cuidados hay profesionales que esperan de su institución una actitud cuidadora-maternante-terapéutica que a veces es incompatible con

la autoexigencia y la propia exigencia de calidad y de compromiso asistencial (profesional e institucional) que debería regir nuestra práctica hacia la persona a la que van destinados nuestros cuidados profesionales. También ocurre que a veces, los intereses personales y profesionales de los cuidadores predominan sobre los intereses de las personas que cuidan o que pueden ser objeto de sus cuidados.

Viñeta clínica

Miguel, que se dedica al cuidado profesional de los otros, en una de sus sesiones de psicoterapia se queja de que su nuevo jefe le acosa laboralmente, que eso le está haciendo sufrir mucho y que está agravando su depresión. Se plantea denunciarlo con ayuda de su sindicato. Cuando analizamos su situación a fondo, vamos descubriendo que su anterior jefe no les controlaba y que eso les permitía una libertad que a veces era vivida por sus trabajadores, incluido Miguel, como un abandono. Situación que se hacía dolorosamente evidente cuando Miguel tenía que asumir situaciones de responsabilidad que podían preocuparle y angustiarse. En su psiquismo se había producido una confusión entre la necesidad de control y de ser controlado en su trabajo por su jefe con el hecho de sentirse perseguido y acosado por él. El trabajo psicoterapéutico efectuado sobre su pasado biográfico nos permitió comprender y cambiar –a través del vínculo transferencial– esta percepción de Miguel. Se repetía para él y en su trabajo, así como en la relación terapéutica, la situación alternante de abandono-control persecutivo que vivió de niño en la relación con sus padres.

El Saber ser, asociado con la dimensión afectiva, las actitudes, los valores, las emociones, las habilidades de relación y comunicación del cuidador.

El saber ser en las situaciones de trabajo dirigidas a “cuidar” sólo está parcialmente dirigido por la razón. Nuestra afectividad interviene de forma casi determinante. No cabe duda de que conocer, saber, razonar... evitan o limitan los malentendidos y pueden facilitar las relaciones.

Las emociones, su conocimiento y su gestión adaptativa son muy importantes en nuestras relaciones interpersonales. Las actitudes que adopte o tenga incorporadas el profesional cuidador van a jugar un papel esencial en los resultados de la relación de ayuda o cuidados.

Para evitar “quemarse” y para ser un buen profesional cuidador es básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones así como los factores que hemos mencionado anteriormente.

Este conjunto de habilidades forman parte del concepto de “*inteligencia emocional*”. Si olvidamos desarrollar alguna de las dimensiones profesionales mencionadas, no llegaremos a ser buenos profesionales-cuidadores. Se tiende a potenciar más la vertiente intelectual y las habilidades técnicas pudiendo quedar desatendida nuestra parte más humana; el desarrollo del ser, de nuestra vertiente afectiva.

Para la consecución de ese saber ser del que hablamos me parece muy importante que el cuidador, y sobre todo el cuidador profesional, durante su formación, haya experimentado la posición del otro que pide y necesita ayuda, siendo tratado y cuidado a través de su propio tratamiento psicoterapéutico personal o con una experiencia terapéutica personal acorde con el modelo o escuela de formación que inspire su ejercicio profesional. Evitaríamos así que algunos de los profesionales cuidadores ejerzan su trabajo como una elección defensiva inconsciente que consistiría en cuidar a los demás, cuidándose y protegiéndose de ellos para evitar ser, objeto-sujeto de cuidados. Con el importante riesgo que esto representa para el cuidador y para quien es cuidado.

Desarrollaremos ahora brevemente la problemática que afecta al cuidador profesional cuando se ve sometido a situaciones frustrantes y estresantes, repetitivas y duraderas; situaciones clínicas tales como el Burn Out y el Estrés crónico. También comentaremos la presencia y efectos de la crisis psicológica en el cuidador profesional y en los cuidados que presta.

BURN-OUT, ESTRÉS CRÓNICO Y CRISIS PSICOLÓGICA DEL CUIDADOR PROFESIONAL

Efecto y consecuencias psicopatológicas en el cuidador profesional y en sus cuidados

Estos tres conceptos enumerados, –que son utilizados como similares– aunque presentan similitudes, son diferentes. Por eso los tratamos por separado aunque incluidos en el mismo apartado de los riesgos y consecuencias que para el cuidador profesional puede tener el desempeño de su labor.

El Burn Out o Síndrome del profesional-trabajador “quemado”

Con este nombre se describe en la actualidad un síndrome patológico de la relación cuidador-cuidado, poniendo el énfasis en el cuidador.

Este cuadro ocurre o se presenta ante la frustración de ideales, crónica y repetida; frustración que simboliza o representa un obstáculo a una demanda afectiva o emocional y cuando esa demanda en el cuidador se constituye en la única o principal satisfacción o gratificación que el sujeto pretende obtener y que se acompaña de una vivencia dolorosa de “*frustración interna*”.

Les presento ahora los elementos necesarios para que pueda presentarse este “*Burn Out*” en un cuidador:

Por un lado un profesional, un cuidador que por el conjunto de factores biográficos que integran su personalidad y los que lo orientaron hacia esa actividad; más los aspectos idealizados y fantaseados, interiorizados durante su aprendizaje y formación, ayudaron a crear un profesional omnipotente y ambicioso. Que además, ha convertido ese objetivo idealizado en su principal o único objetivo.

Podríamos denominar a este profesional, por su adicción al narcisismo como una “*personalidad narcisista-adictiva*”.

Por otro lado el “*cuidado*”; un paciente o individuo atendido, cuidado o auxiliado que por las características de su afección y su evolución, indudablemente frustrará esos ideales exagerados, fantaseados y omnipotentes del cuidador.

A ello puede contribuir la estructura social, cuando restringe los medios necesarios para esa eventual labor auxiliadora, reparadora o curativa que gratificaría al cuidador.

Pero, el elemento principal o más evidente en la acción lesiva vivida por el cuidador será siempre “la relación”, que actuará como un disparador.

Desde el punto de vista psicológico, el estudio del Burn Out es una investigación de la frustración de tipo narcisista, pero con características individuales que modulan esa patología psíquica.

Lo que la realidad parece escapar al profesional no es cualquier tipo de satisfacción sino muy claramente esa única (narcisista) que busca. Esta frustración focalizada no proviene sólo del mundo exterior sino también de su mundo interior, de aspiraciones del Yo Ideal narcisista (construcción de un ideal no realista como expectativa, haciéndolo además, de espaldas a la realidad o negándola) cuando su narcisismo se frustra. Este “cuidador” “cree” que lo que padece es por culpa de la enfermedad o “*con este enfermo*”, con los colegas y jefes, con los reglamentos y disposiciones.

En la realidad lo que padece tiene que ver sobre todo con él mismo, lo externo actúa como el factor desencadenante.

Siguiendo con la frustración narcisista, ésta requiere omnipotencia y un grado de tolerancia a la frustración que es variable y relacionado con el desarrollo de la personalidad y con la aparición de una regresión conflictiva en el propio cuidador.

Como en una especie de balanza, cuanto mayor sea el narcisismo, el amor propio, las causas efectivas de la frustración narcisista pueden ser pequeñas, hasta parecer no significativas para el observador. Así, una persona puede frustrarse por razones nimias y esa frustración suele ser mucho más grave en sus efectos cuando se refiere a aspiraciones sublimadas, es decir no referidas a lo sexual, en el sentido psicoanalítico.

Para Freud la frustración narcisista es el resultado de una pulsión no satisfecha, de una identificación fracasada, pero además, quien la vive, está incapacitado para recibir gratificación.

En la frustración narcisista, según Lacan la falta es imaginaria. Es el campo de las exigencias sin límite. El individuo no puede reconocer estas circunstancias en sí mismo, pero recibe la evolución del paciente como una agresión narcisista. Debemos recordar que para que exista la agresión narcisista se requiere narcisismo y también, trastornos o psicopatología del narcisismo.

Psicopatología del Burn Out en el cuidador profesional

Como los trastornos psicopatológicos son en gran medida similares en este caso y en el del estrés crónico, me limitaré a describirlos someramente en el caso del Burn Out.

El síntoma más grave es la dificultad para la autocrítica. La ausencia o distorsión de la percepción de enfermedad o de riesgo que el sujeto tiene.

La creencia de tener ¡un perfecto control de mis emociones! (piensa él) es una de las situaciones narcisistas mayores y más peligrosas para la salud del ser humano. Esto conlleva además, grandes dificultades para pedir y recibir un tratamiento.

Podemos considerar la presencia de la sintomatología psíquica y conductual en 3 áreas: El agotamiento emocional, la desinvertidura de las relaciones y la falta del sentimiento de realización personal.

Parece que se ha levantado un muro que bloquea en ambos sentidos la comunicación afectiva. La aferentación afectiva, en la realidad, se cumple, pero es recibida por neuro-receptores diferentes que en lugar de provocar placer, inducen a frustración y disgusto. Se le ha llamado a este fenómeno, “*disonancia emocional*”.

Se la denomina “*agotamiento*” sólo para explicitar el cuadro, el cual siempre tiene un depositario determinado. Suele aparecer la frase: “*¡Este paciente me agota!*”.

La persona trabaja con tensión, está disconforme en múltiples aspectos. Pareciera que “*busca lo que no está bien, pero no hace nada para mejorarlo*”. Su irritación se traslada a su hogar y siempre es un individuo desgraciado.

Pierde fácilmente su humor y tolerancia y esto “*se contagia*” y se incrementa con el contacto con el resto del personal

o con colegas y pacientes. Es “*el conflictivo*” en nuestra forma de hablar coloquial y suele ser temido en su medio.

Provoca conflictos interpersonales que le llevan al aislamiento y su frecuente agresividad dificulta el acceso terapéutico. Tiene pobre rendimiento y por eso suele ser cambiado de un lugar a otro.

La sintomatología depresiva agregada es frecuente y su diagnóstico diferencial es importante y difícil.

No es extraño que la persona afectada adopte conductas sádicas para con algún paciente, desoyendo peticiones de ayuda o de analgesia. Dado el pobre rendimiento habitual, no es extraño que, por ejemplo en enfermería, sea derivado a horarios nocturnos. Siniestra paradoja porque queda liberado de todo control y se cita el caso de haber recibido elogios porque nunca molesta al médico de guardia con demandas.

Es más frecuente en la edad media de la vida y con pocos recursos de afrontamiento, y donde los ideales fantaseados de su profesión pueden estar aún presentes.

El sujeto que padece el síndrome del profesional “*quemado*” presenta también *trastornos psicosomáticos tales como:* cefaleas, malestar en la vista, apetito desahogado y alteraciones menstruales, trastornos del aparato osteoarticular, modificaciones inmunológicas con disminución de linfocitos T, aumento del cortisol plasmático, frecuentes problemas de sueño, fatiga, y palpitaciones.

Puede sufrir también de adicciones a psicofármacos, cigarrillos, alcohol, y en enfermería y en los médicos, la drogadicción es favorecida por su fácil acceso a la sustancia adictiva.

Su tratamiento es complejo y difícil cuando el centro asistencial al que pertenece el afectado ignora, no posee, y a veces hasta obstaculiza las actividades individuales y grupales de orientación psicoterapéutica. La desorientación diagnóstica hace de la persona con Burn Out un incomprendido, un perseguido y un desgraciado. Se hace daño a sí mismo, a los pacientes y a la estructura asistencial.

La poca o nula preparación o comprensión, y los prejuicios en la elección de profesionales psicoterapeutas que puedan orientar, ayudar o proponer tratamientos posibles, es otro

factor que dificulta el tratamiento. No obstante, pienso que es válido el concepto de que toda elección u orientación psicológica define al que elige, más que al elegido.

Creernos invulnerables a circunstancias anímicas es lo que nos transforma en *“sujetos de alto riesgo”*. El narcisismo y la omnipotencia patológica son tales, sólo para el observador. Frente a esto, es difícil proponer tratamientos a los que nadie, o muy pocos se presentarán.

Para hacer frente a esta realidad y dificultad se pueden asignar créditos de formación continuada y valor curricular a la asistencia a grupos terapéuticos.

Con frecuencia se opta por lo que parece fácil, que es cambiarlo de servicio o buscar una actividad que, en la opinión del entorno, lo gratifique. Esto no es efectivo porque la problemática padecida se lleva adentro.

Además, la gratificación que esa persona busca no es cualquiera, sino una determinada e imposible, como hemos visto.

Sin embargo, al distanciarlo del tipo de pacientes donde hubo fijado su situación psíquica actuando como disparador de su frustración, el cuadro clínico puede mejorar temporalmente.

También se puede proponer como tratamiento la organización de *“juegos de rol”*, que parecen ser efectivos y es una propuesta que suele ser fácilmente aceptada.

Deberá prestarse atención a los programas de enseñanza con objeto de no idealizar ni proyectar fantasías irreales sobre su futura actividad. Asimismo se tendrían que examinar las condiciones de selección de personal, para que atractivas idealizaciones no acaben en significativos disparadores de Burn Out.

Suponer que la labor misma, ¡la realidad de la vida! reorientará al afectado y le sacará de su problemática, es un error grave y frecuente. Es una receta siniestra que dañará a todos.

Es frecuente que en medicina, enfermería y otras actividades sociosanitarias y educativas se idealice demasiado la actividad profesional, insistiendo desde la cátedra de enseñanza sobre *“los nobles sentimientos”* del cuidador, *“la profesión*

idealizada” y muchas otras cosas que la realidad de la vida llevará progresivamente hacia la frustración.

La participación en una técnica de grupos facilita la identificación y orienta su tratamiento. Su asistencia debería ser obligatoria y constituir un elemento evaluable de curriculum, adjudicando un cierto prestigio en su medio laboral y ventajas en su trabajo.

El Estrés crónico en el cuidador profesional

El origen del término *estrés* se encuentra en el vocablo “*distres*”, que significa en inglés antiguo “*pena o aflicción*”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye, aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto, produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud; para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones.

Hans Selye desarrolla su teoría del estrés como la respuesta no específica del cuerpo a distintas demandas, enfatizando que dicha tríada patológica, (“*stress syndrome*”), puede resultar de la exposición a distintos estresores. (“*Estrés: Un estudio sobre la ansiedad*”. 1950).

Además, Selye introduce la expresión “*Síndrome General de Adaptación*” que como cualquier síndrome está constituido por un conjunto de síntomas y signos, que transcurre en tres fases sucesivas: 1–Alarma, cuando detectamos el estímulo amenazante tanto si es interno como externo. 2–Resistencia o adaptación, cuando tomamos medidas defensivas frente al elemento estresante. 3–Agotamiento, cuando comienzan a agotarse las defensas de nuestro organismo.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia ya que nos mantiene en alerta y preparados para la huida o el ataque.

A pesar de que un cierto nivel de estrés o de ansiedad es necesario para mantener viva la atención y para la acción, hoy

día se confunde frecuentemente con algo patológico, confusión que se debe a que ese mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias, que abundan en determinadas formas de vida, desencadenando graves problemas de salud.

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo:

Se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, un aumento en sangre de la glucosa, de los factores de coagulación, de los aminoácidos libres y de los factores inmunológicos. Todo ello se produce en nuestro organismo para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para ser mantenidos indefinidamente que es cuando el estrés puede derivar en patología.

Las definiciones de estrés dan cuenta de un estado de desarmonía, de una situación de homeostasis amenazada, de una respuesta del organismo frente a la amenaza o a la presencia de situaciones no esperadas, no programadas, o no aprendidas con anterioridad. Algo irrumpe en la homeostasis propia del organismo.

La mayoría de los autores coinciden en señalar que existen acontecimientos vitales estresantes, refiriéndose a aquellos sucesos a los que se les adjudica potencialmente un efecto traumático.

En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.

La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el am-

biente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación.

Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él.

Como vemos, la relación de cuidados en una situación estresante repetitiva y continuada no favorece la calidad ni la eficacia de dichos cuidados. Además, puede afectar seriamente la salud y el bienestar de los partícipes en la interacción.

El cuidador que tiene dificultades para contener y canalizar la ansiedad, que no puede encontrar suficientes momentos de tranquilidad y de ensimismamiento porque los teme y los vive como situaciones amenazantes para su equilibrio psíquico, que necesita estar constantemente activo y en movimiento, ya sea mental o físicamente, que no puede estar a solas y creativamente consigo mismo; este cuidador, quizás sin darse cuenta, está sometiendo a su organismo a una situación estresante continuada con grave riesgo para su salud.

La crisis psicológica en el cuidador profesional

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro.

Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante.

La crisis se podría definir como un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración.

Entendemos como crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En sí misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de

posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización.

Para Caplan, (Caplan G., 1961), uno de los fundadores de la psiquiatría comunitaria, la crisis sería *“un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes; obstáculo que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”*.

El papel patológico de las crisis proviene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, situación que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como tal una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando a veces, a la construcción de un nuevo sentido.

Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: *“una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis”* (González de Rivera J. L. 2001).

“Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos”.

“El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo.

“El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera

sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno”.

“En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis”. (González de Rivera J.L., 1990).

Las consideraciones negativas sobre el poder patogénico de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad.

Como aspectos positivos, no hay que olvidar el aspecto potenciador de la creatividad que la crisis puede tener en el ser humano así como su capacidad para generar nuevos recursos que permitan afrontarla y superarla con éxito. Se puede salir de ella cambiado, en el sentido de *“actualizado”*, fortalecido, y enriquecido por la experiencia vivida.

La actitud del cuidador profesional ante la crisis psicológica que puede vivir frente a la necesidad imperiosa de cambios internos y/o externos, tanto a nivel de su vida personal como profesional, así como la posibilidad de que la relación de cuidados, –como las demás relaciones humanas- pueda entrar en crisis en un momento u otro del proceso interactivo entre cuidador y sujeto cuidado, dependerá de varios factores. No solamente dependerá del tipo e intensidad de la crisis, del desamparo e indefensión con que se viva, de su posible impacto traumático y de su duración, sino también, de la experiencia,

del grado de competencia, de la personalidad flexible y adaptativa, y entre otros, de la confianza en la capacidad de generar nuevos recursos que tenga dicho cuidador.

Con frecuencia, las relaciones próximas y continuadas entre los humanos, así como la relación de cuidados, se bloquean, se cronifican, y se repiten, en un círculo vicioso interactivo de difícil salida. La espiral interactiva generadora de evolución y cambio, se convierte entonces en una interacción circular y repetitiva, con imposibilidad de cambio. El miedo a un cambio necesario que atrapa al sujeto objeto de nuestros cuidados pero también, y a veces, al cuidador, bloquea, empobrece y cronifica la posible y necesaria evolución interactiva.

Por el contrario, el afrontamiento de la crisis con la consiguiente creación y gestión adecuada de los nuevos recursos disponibles, aporta confianza y esperanza, así como renovación y cambio en el estilo interactivo cronificado. Conociéndose bien, como persona y como cuidador, conociendo al sujeto que cuidamos, sus capacidades y limitaciones, y confiando en el proceso relacional construido entre uno y otro, creo que podemos permitirnos en algunas situaciones y casos, inducir unas crisis o mini-crisis que rompan los mecanismos de repetición y proporcionen una posibilidad de cambio hacia algo más dinámico y mucho mejor.

FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN EL CUIDADOR PROFESIONAL

Uno de los factores importantes de protección de la salud mental es la capacidad de establecer vínculos de apego seguro con los demás

El apego se define como “una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas a través de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección”.

A la persona que puede establecer un vínculo de apego seguro (basado en la confianza y seguridad relacional) con el

otro se la asocia con una buena relación social, con una afectividad abierta y positiva, con una buena capacidad para interpretar las intenciones del otro y también, con una gran capacidad de reflexión sobre si mismo y sobre sus propios sentimientos. Tiene además una buena capacidad de resiliencia frente a los acontecimientos traumáticos. Una persona así, sería un buen candidato para ejercer las funciones de cuidador.

Resiliencia

Como plantean (Kotliarenco, M. A. & al.1997), el vocablo **resiliencia** tiene su origen en el latín, **resilio**, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Esta significación haría alusión a la regresión que acompaña frecuentemente las situaciones traumáticas en el ser humano. Puede ser una regresión, –vuelta atrás o retroceso– para desde ahí, saltar hacia adelante, avanzar, o también puede ser, una regresión llamada “*maligna*” que hace que la persona en las situaciones mencionadas se quede sin recursos y atrapado en ella. *La traducción al castellano de “resiliencia” sería la de “resistencia”*.

El término fue adaptado por Rutter a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas (Rutter, M.1986).

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, S. 2001, 2003), y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner, E.E. y Smith, R.S. 1982, 1992). Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux M. & al., 2001). Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de

que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño traumatizado, “herido”, no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

La resiliencia se podría definir como la capacidad de resistencia que tiene un individuo ante la adversidad, así como la capacidad de resurgir de momentos de desgracia, adaptándose, resolviendo los problemas y pudiendo volver a darle sentido a su vida, siendo esta más positiva y productiva.

La resiliencia se ha definido como “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural”.

De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter M. 1993).

La resiliencia se ha definido también como “*la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves*” (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux M. & al., 2001).

Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno.

Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental, no se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proce-

so, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital. (Cyrułnik B. 2001). La resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux M. & al., 2001).

A continuación exponemos tres citas ilustrativas (Dryzum J. 2006) del importante papel que juega la resiliencia como factor protector de la salud y su importancia, no solamente en el ámbito de la prevención sino sobre todo, de la promoción de la salud en el ser humano:

“Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos “es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios...” Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor... juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos”. (Samuel Shem, 1997. “Monte Miseria”).

“Cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad sin duda serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad”. (Gamezy, 1971. Citado por Gottlieb, 1999).

“El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad” (Stanislaw Tomkiewicz, 2001. “La resiliencia: resistir y rehacerse”).

Factores de resiliencia

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la **resiliencia** es la determinación de los **factores que la promueven**, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, G.A. 2004). Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes tales como la seguridad en uno mismo, la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender

de las experiencias positivas y también de las negativas, etc. También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (self-enhancement) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992, y Bonanno, G.A. 2004). Un estudio realizado con población civil bosnia que vivió la Guerra de los Balcanes mostró que aquellas personas que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellas que no contaban con dicha característica. (Bonanno, G.A.; Field, N.P.; Kovacevic, A. y Kaltman, S. 2002).

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters, J.E. y Martínez, P.E. 1993; Manciaux, M. & al., 2001).

En el estudio llevado a cabo por Fredrickson (Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. 2003), tras los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste estaba mediada por la experiencia de emociones positivas. Éstas parecen proteger a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional. En esta misma línea, la investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block, J. y Kremen, A.M. 1996).

En este punto puede argumentarse que la experiencia de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, pero también existe evidencia de que esas personas utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, se ha encontrado que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson y Tugade, 2003).

CONCLUSIONES

El acto de cuidar del otro implica ante todo, la necesidad de conocerse y saber cuidarse.

La esencia del acto de cuidar implica entre otros factores, una serie de condiciones éticas y formativas, de cualidades comunicativas y relacionales tales como una capacidad de escucha atenta, comprensiva y empática del sufrimiento, de los problemas y de las necesidades del otro por parte del cuidador, así como una actitud de respeto de la autonomía, de la personalidad, de las creencias, de los objetivos, y del ritmo evolutivo del otro que cuidamos.

A diferencia del cuidador profesional que hace de su profesión cuidadora una elección, el cuidador familiar de referencia se ve obligado muchas veces a cuidar y cuidarse de su familiar afectado sin el soporte, preparación y formación adecuados. Esta situación representa para él una fuente de frustraciones, de inseguridades, de sentimientos de tristeza, rabia, impotencia y desamparo que le colocan en una situación de riesgo de sufrir una crisis y de enfermar.

Las asociaciones de afectados y sus familiares pueden constituir para él ese soporte necesario para cuidarse, y para cuidar mejor al otro, además de sentirse comprendido y acompañado en el proceso de cuidados en el que está inmerso. Los grupos de autoayuda llamados multifamiliares, contribuyen a proporcionar, tanto al cuidador familiar como al afectado, los cuidados necesarios que ambos necesitan.

El cuidador profesional, en teoría, tendría menos riesgo de enfermar al ejercer su función cuidadora ya que se supone que lo hace con el soporte y la formación adecuados. No obstante, la falta de cuidados adecuados y la negación de la necesidad de dichos cuidados tanto por parte del profesional cuidador como por parte de la institución a la que pertenece, le coloca también en una situación de riesgo para su salud que se podría evitar. La supervisión de situaciones difíciles, penosas, y a veces traumáticas, vividas en el ejercicio de su profesión permite al cuidador una mejor calidad asistencial y constituye para él, un factor protector de su salud y un factor preventivo de la enfermedad profesional.

Dentro de la formación continuada del profesional cuidador, las instituciones tendrían que posibilitar la creación y desarrollo de un espacio de reflexión grupal sobre lo que se hace

y lo que se omite en el ejercicio de cuidar; un espacio que permita la contención y elaboración-integración de las ansiedades, dificultades, temores, errores, fracasos... del cuidador; un espacio en el cual se pudiese sentir acompañado y apoyado a lo largo del recorrido que él hace con la persona que cuida.

La patología derivada de un estado de frustración permanente debida a la falta de recursos asistenciales adecuados y necesarios, pero también debida a la dimensión narcisista de su personalidad, colocan a algunos profesionales en situación de riesgo de padecer el síndrome del profesional "quemado" o el síndrome de estrés crónico, con graves consecuencias para su salud y para el sistema de cuidados.

La capacidad de manejarse en situaciones difíciles y conflictivas, de afrontar las situaciones de crisis psicológicas, tanto evolutivas como circunstanciales, colocan al cuidador que reúne estas características personales en una posición privilegiada para gestionar con nuevos recursos, el proceso de cambio imperioso y necesario que le ha impuesto la crisis, evitando así en muchos casos verse atrapado en una dinámica interactiva circular de no cambio, en él, y en la interacción con el otro que cuida.

La personalidad, los valores, las actitudes, las aptitudes relacionales y comunicativas, tanto cognitivas como emocionales, la empatía del cuidador, su historia personal, su situación familiar, su experiencia, formación y motivación, así como la comprensión y el manejo adecuados de las circunstancias y el contexto de los cuidados que realiza, incluida la relación de cuidados que establece, influyen poderosamente en la calidad y eficacia de los cuidados prestados al sujeto objeto de sus cuidados, y también, en el establecimiento de un vínculo de confianza y seguridad que potencia la resiliencia (resistencia ante situaciones que dificultan el desarrollo personal y recuperación sin enfermar) de la persona que es cuidada y del propio cuidador.

En el proceso de selección del profesional cuidador tendría que tenerse en cuenta no solamente su grado de capacitación y competencia profesional sino también, todos estos factores, características y habilidades enumerados tanto personales co-

mo profesionales, de forma que, no solamente contribuyamos a una mejora de la calidad asistencial sino también, a una disminución de los factores de riesgo para la salud, tanto en el cuidador, como en la persona y familia objeto de sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Block J., Kremen, A.M. (1996). "IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness". *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, p, 349-361.
- Bonanno, G.A. (2004). "Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events"? *American Psychologist*, 59, p, 20-28.
- Bonanno G.A., Field N.P., Kovacevic A., Kaltman S. (2002). "Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, p, 184-196.
- Boszormenyi-Nagy I., & Cols. (1993). *Lealtades Invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Caplan G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune&Stratton, New York.
- Cyrułnik B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Madrid, Ed. Gedisa. (Orig., 2001).
- Dryzum J. (2006). "Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma". *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- Fredrickson BL., Tugade MM. (2003) "¿What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001" *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, p, 365-27.
- González de Rivera J.L. (2001). "Psicoterapia de la crisis". *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, p, 35-53, Ed. AEN.
- González de Rivera J.L. (1990). "El síndrome post traumático de estrés". *Psiquis*, 11, p, 290-298.

- Kotliarenco M.A., et al. (1997). "Estado de Arte en Resiliencia". *Organización Panamericana de la Salud*.
- Larbán J. (2007). "El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43-44, p. 171-195, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2008). "Guía abreviada para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el bebé". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p. 63-152, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2006). "Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41-42, p. 147-160, Ed. SEPYPNA.
- Larbán J. (2009). En prensa. "El modelo comunitario de atención a la salud mental: Continente y contenido". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Ed. SEPYPNA.
- Leal Rubio, J. 2002. "Cuidarse, cuidar, ser cuidado. La soledad del cuidador". III Jornadas del Centro Alberto Campo. Ed. CRIPS- Societat Catalana de Rorschach i mètodes projectius. Barcelona.
- Manciaux M., Vanistendael S., Lecomte J., Cyrulnik B. (2001). *La resiliencia: estado de la cuestión*. En: Manciaux, M. (comp.). La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid, Ed. Gedisa, 2003. (Orig., 2001).
- Richters J.E.; Martínez P.E. (1993). "Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds". *Development and Psychopathology*, 5, p, 609-627.
- Rutter M. (1993) "Resilience: Some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*, 14, p, 626-631.
- Rutter M. (1986) "Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder". *British Journal of Psychiatry*, vol.147, p. 598-611.

- Simas R.; Golse B. (2008). "Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas". *La psychiatrie de l'enfant*, LI, 2, p, 339-356.
- Torralba Roselló F. 2005. "Esencia del cuidar. 7 tesis". *Sal Terrae* 93. p, 885-894.
- Vanistendael S. (2003). "La resiliencia en lo cotidiano". En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid, Ed. Gedisa (Orig., 2001).
- Werner E.E., Smith R.S. (1982). "Vulnerable but invincible: A study of resilient children". New York: McGraw-Hill.
- Werner E.E., Smith R.S. (1992) "Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood" Ithaca.
- Winnicott W. D. (2002). *Realidad y juego*, Ed. Gedisa.