



¿? Amor. ¿? Adulto mayor.

*«Yo mismo cuidaré de mis ovejas y las vigilaré como un pastor vigila su rebaño, cuando está en medio de sus ovejas dispersas»
(Ez 31,11)*

Por JESÚS MESA ORAMAS

I. Introducción

Qué ocasión mejor que los meses de mayo y junio donde celebramos primero el Día de las Madres y luego al mes siguiente el de los Padres; pero, justamente, a causa

del envejecimiento poblacional en nuestro país, me surgió la necesidad de escribir sobre la atención a padres, madres o abuelos(as) el cual demanda mucho amor, en especial de aquellos que, por necesi-

dades obvias, se han convertido en los llamados «cuidadores».

La mejor forma que encontré, para tratar tema tan delicado y especial, fue cuando al pasar a mi lado un amigo que, a pesar de sus



más de seis décadas, siempre saluda con una amplia sonrisa cada vez que nos encontramos en la calle durante los trajines cotidianos, pues atiende a una longevidad¹ debido al consabido envejecimiento poblacional² y sus diversos impactos.

Al contactarlo le propuse tener un intercambio de ideas sobre los que desempeñan esta actividad para proporcionar una panorámica de interés a quienes se inician o se desenvuelven en ella.

Y aprovecho para explicar la elección del título: las nuevas tecnologías de la información han traído a la esfera de la comunicación los *emoticones*³. De ahí que acuda a estos caracteres y símbolos, no desde la perspectiva tradicional del tema, sino del formato en que será abordado.

Indudablemente, en la fecha acordada llegué a su casa. Después de los saludos de rigor le acompañé hasta una mesa donde se encontraban diversos materiales que abarcaban desde libros hasta hojas manuscritas. Nos sentamos y comenzó la entrevista.

II. La entrevista

Entrevistador (E): Dada las múltiples aristas del tema, ¿por dónde comenzamos?

Cuidador (C): Dejando claro dos aspectos: su alcance y el método de exposición.

E: Pasemos al alcance

C: Correcto. Creo que debe restringirse a presentar los aspectos esenciales que debe conocer alguien que se desempeña como cuidador.

E: Definido el alcance, ¿cuál sería el procedimiento de presentación?

C: Como es conocido, la secuencia de contenidos de cualquier exposición se establece a través del orden de presentación utilizado. En este caso la propuesta de Félix Klein⁴ se ajusta como anillo al

dedo⁵: «el camino más rápido y seguro para dominar —aquí significa *exponer*— cualquier ciencia consiste en recorrer uno mismo todo el camino de su desarrollo. No es el camino más fácil, pero sí el más interesante». ¿De acuerdo?

E: Si, pero ¿cómo organizar los contenidos?

C: En tres categorías: hechos, que recogen comportamientos; ideas, que agrupan conceptos y principios para concluir con las características que describen el desarrollo de la actividad del cuidador derivadas de las propuestas anteriores.

E: Bien. Entonces, ¿cuál es el primer hecho?

C: Sin duda la duración de la vida. Y para ilustrarlo, nada mejor que presentar la evolución de la longevidad a través de un conjunto de datos interesantes —*interrumpe la conversación para escoger un libro de la mesa con textos previamente identificados, los cuales pasa a exponerme*⁶: de los 40 neandertales conocidos por la ciencia, solo uno sobrepasó los 50 años; de los 76 representantes del paleolítico, dos alcanzaron esa edad; la longevidad media estimada en el Antiguo Egipto era de 22 años y en los Tiempos Antiguos no sobrepasaba los 30. Con el transcurso del tiempo este índice llegó en Europa a mediados del siglo XIX a los 38, para alcanzar a principios del XX la cifra de 50 y crecer más allá de 70⁷ en el 2007 para ambos sexos a escala planetaria.

En relación con esta evolución es necesaria una acotación: los avances en las Ciencias Médicas, sobre todo a partir de la segunda mitad del pasado siglo con el surgimiento de los antibióticos y el desarrollo de nuevas tecnologías de mayor impacto y menos invasivas, tales como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) —creada por

los ingenieros de los Beatles cuando estos se separaron y se quedaron sin trabajo— y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), los cuales contribuyeron al incremento en el conocimiento de las patologías, así como la identificación de afecciones desconocidas. El resultado de lo anterior es que hoy se manifiesta una tendencia mundial en el incremento de esperanza de vida —lamentablemente desigual en las diferentes naciones a causa de los niveles de pobreza y otros flagelos— que conduce al envejecimiento poblacional antes mencionado.

E: El final de su respuesta hace alusión al favorable impacto de los avances en las tecnologías, específicamente las asociadas a la medicina. En ese hecho ¿se manifiestan aspectos negativos o se incrementan y/o surgen nuevos riesgos?

C: Como consecuencia de lo anterior se incrementa la esperanza de vida. Sin embargo, asociado a esto se manifiesta un comportamiento descrito para el cáncer, generalizable a múltiples de padecimientos⁸: «no es que haya más cáncer, sino que es mayor el número de personas que llegan a la edad del cáncer». Es decir, el superior desgaste físico y mental causado por una vida más prolongada, hace aparecer o incrementar la presencia de enfermedades que antes se manifestaban a menor escala. A lo anterior se añade el uso excesivo de las nuevas tecnologías, que puede provocar, entre otras, afectaciones en la visión y la audición; dolencias asociadas a las malas posturas relacionadas con el empleo del ratón de la computadora por periodos ininterrumpidos prologados.

E: De lo expresado queda clara la relación existente en-



tre tecnología y duración de la vida. Sin embargo, el individuo juega un rol, ¿cuál?

C: Lo más razonable es iniciar con una frase capaz de resumir dicho comportamiento: «uno empieza a valorar la salud, cuando comienza a perderla». Esa cita se reafirma con el triste ejemplo siguiente —*realiza una pausa para buscar entre las hojas seleccionadas del libro anterior y continúa*— Hace más de 370 años, Rembrandt⁹ pintó el lienzo con una modelo cabizbaja sentada frente a una chimenea. ¿Cuál era el motivo de su pose? El tumor de mama, que se dice se apreciaba a simple vista¹⁰.

Pero una referencia más antigua se encuentra en el Levítico compilado en el siglo V a.C. durante el destierro en Babilonia. En este sus capítulos 12-15 se relacionan normas primitivas de higiene para los partos, la lepra; los contagios a través de la ropa, la vivienda y la vida sexual. Es más —*toma de la mesa un impreso y me lo entrega*— en esta recopilación¹¹ que me obsequiaron en la misa de los enfermos de este año, se relacionan seis temas relacionados con la enfermedad en el AT, incluido el Génesis. ¿Qué te parece? Pero hay más. En esa propia relación aparecen en el NT también igual número de temas asociados a los enfermos, desde la óptica de las acciones de Jesús hacia ellos, entre las cuales destaca su acercamiento a los mismos a contrapelo de la actitud existente entonces de considerar la enfermedad como signo de impureza.

Esto pone de manifiesto tres aspectos: primero, los seres humanos le asignan máxima importancia a la salud cuando sienten que se les escapa; segundo, la actitud psicológica ante el problema se modifica si existe peligro para la

vida; tercero, la visión social de la enfermedad —incluida la religión— se encuentra condicionada por el marco histórico.

E: Los hechos anteriores abarcan un universo extenso, ¿es posible resumirlos?

C: Esa respuesta resulta muy extensa y lo adecuado es comenzar por definir qué se entiende por salud: «el completo bienestar físico, mental y también social del individuo», el cual puede generalizarse mediante un concepto más abarcador: Salud Pública, entendida como la mejora de la salud, y el control y erradicación de enfermedades.

A partir de esta última sentencia se pueden resumir los contenidos anteriores...—*interrumpe el habla, busca entre los manuscritos de la mesa y me entrega una figura*— como se ilustra en el siguiente esquema (figura 1) cuyas principales características te explico:

La primera es que la organización funcional (no estructural) de la Salud Pública en una pirámide cuyo soporte (base) radica en la Salud Social, que consta de

dos componentes básicos: la comunitaria y la familiar. A estas se adiciona la atención médica, que a su vez se divide en tres niveles, también jerárquicos. Y ambas se encuentran moduladas por un entorno de situaciones ambientales y económicas, entre otras, en un mundo globalizado.

Por otra parte, cada componente de la figura 1 agrupa diversas características que pueden ilustrarse con los aspectos seleccionados mostrados en la siguiente tabla —*nuevamente se detiene para buscar un manuscrito, que me entrega* (Tabla 1).

E: Creo que los hechos descritos abarcan el universo necesario para abordar las ideas derivadas de las mismas. Si es así, ¿pasamos a estas?

C: Coincidimos. Y como dicen que las personas inteligentes no se distinguen por las respuestas que dan, sino por las preguntas que realizan, comienzo por las siguientes, que formuladas hace 20 años —*me muestra un ejemplar de la Revista Correo de la UNESCO*—

Figura 1. Organización jerárquica funcional de la Salud Pública

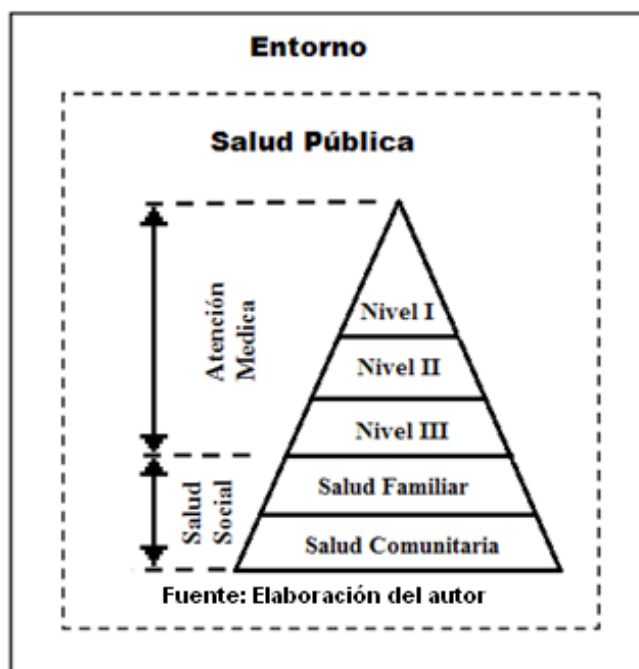




Tabla 1. Características seleccionadas de cada componente de la Salud Pública

	Nivel	Características seleccionadas
Atención médica	Nivel 3	Desarrollo, evaluación, introducción y/o mejora de tecnologías, equipos, instrumentos, útiles, medicamentos y procedimientos para ampliar la cobertura del espectro de patologías atendidas de manera menos invasiva. Idem al nivel 2, en los casos que demandan de tecnologías de alta complejidad y/o conocimientos médicos de elevada especialización.
	Nivel 2	Atención y solución de necesidades de atención médica especializada y enrutamiento.
	Nivel 1	Atención de contingencias de salud y enrutamiento hacia otros niveles si procede. Identificación de problemas de salud (pesquisa), solución o enrutamiento. Promoción de prácticas de autoayuda.
Salud	Salud Familiar	Desarrollo de la capacidad de autoayuda. Hábitos higiénico-sanitarios adecuados. Relaciones familiares cordiales.
Sociedad	Salud Comunitaria	Disponibilidad de recursos para autoayuda. Cultura higiénico-sanitaria. Control epidemiológico. Disponibilidad de redes hidráulicas y sanitarias seguras y manejo sostenible de residuales. Bajos niveles de stress, ruido y adicciones.

Fuente: Elaboración del autor

mantienen plena vigencia hoy día en los temas de salud^{12,13}: «La medicina, ¿trata el paciente o combate la enfermedad?»; «El paciente, ¿es una entidad totalmente autónoma o forma parte de un entorno natural y social?»; «Al movilizar, en torno al paciente, cada vez más medios técnicos, pero haciendo abstracción de su universo mental, de su cultura y otros aspectos personales ¿no se franquea en ciertos casos la línea roja de la deshumanización?».

Conclusión: el paciente debe ser considerado como un individuo que requiere de atención por alguna causa, ya sea física, mental o ambas. Y que, ante todo es un ser bio-psico-social.

E: ¿Cómo se traduce esto en la práctica? Repite la búsqueda y me muestra tres recortes de periódico¹⁴.

C: Escucha lo siguiente: sobre todo en los países tropicales se presentan periodos lluviosos. ¿Te imaginas alguien que no pueda entrar en contacto con el agua? ¡Alergia al agua! Pues sí, existe, aunque es muy rara. Se

llama urticaria acuagénica. La próxima: como parte de nuestra vida tenemos —a veces más, la mayoría menos— billetes y monedas. Bueno, entonces, ¿qué me dices de otra no menos sorprendente, ¡la alergia al dinero! —*sonríe maliciosamente y pasa a explicarla*— No es que se repela el dinero, sino que se estima que el 10% de la población mundial es alérgica al níquel, metal presente en la composición de las diversas monedas. Continúa: tú mides más o menos 1,70 m. Así que si quieres crecer un poco más —entre 2 y 5 cm— te tengo dos noticias: una buena y una mala. La buena: si viajas al Cosmos, —no te recomiendo que te la des de pepillo de la tercera edad— ante la ausencia de gravedad las vértebras se separan. Ahora la mala: cuando regreses a la Tierra, al poco tiempo, vuelves a tu estura habitual. Otra, más anecdótica: cuando era niño en la camiseta se colgaba con un imperdible una bolsita con fragmento de alcanfor, como protección ante epidemias. ¿Te acuerdas? Pues, para estar a tono con la línea de promover el debate, sigo con tres situaciones muy in-

teresantes aún sin confirmar, pero son tan atractivas que les doy el «beneficio de la duda».

La primera: al paso de un ciclón se detectó la ocurrencia de un número significativo de partos prematuros. Conclusión del estudio: la cercanía del centro de bajas presiones fue la causa de este resultado. Moraleja: ante el pronóstico de un ciclón no solo se ingresan mujeres a término, sino también aquellas cercanas al tiempo de parto prematuro. Recuerda que en la década de los '80 del pasado siglo, en la URSS, se hablaba de llevar a cabo el parto en piscinas con dos objetivos: evitar el cambio de presión del feto-niño al salir del claustro materno y promover habilidades casi innatas de desempeño en el medio acuoso con vistas a futuros nadadores de alto rendimiento.

Siguiente: ante el pronóstico de tormentas solares se refuerzan —no lo sé— los servicios de urgencia de Cardiología. Razón: el corazón es un dispositivo eléctrico —recuerda el marcapasos— y las variaciones del campo magnético pueden afectar su funcionamiento.

Una última igual de polémica. En la última temporada ciclónica la severidad de varios de estos eventos en el Atlántico motivó que el polvo del Sahara —con toda su carga de microorganismos— llegara hasta casi hasta la costa oeste de los Estados Unidos. La pregunta es, ¿se habrán incrementado las afecciones respiratorias? He ahí un tema interesante para los lectores médicos.

Como consecuencia de las realidades contenidas en los ejemplos mencionados no sorprende que el enfoque anterior haya estado presente en la práctica de terapias eficaces, muchas veces sorprendentes para la tecnología disponible en la época, que no esperaron por



el desarrollo de la biología, la química y la bioquímica para encontrar vías de solución.

En esa línea pueden mencionarse la medicina del Antiguo Egipto y de los Aztecas, estos últimos basados en la angustia, dada su creencia de que el mundo estaba condenado a ser aniquilado.

E: Dado que el paciente es un ser bio-psico-social, ¿qué principios deben aplicarse en su atención?

C: Los relacionados con los conceptos fundamentales asociados a esta disciplina de los que mi libreta de notas es albacea. En esa línea el primer elemento corresponde a Hipócrates¹⁵; ¡¡hace más de 25 siglos!!! cuando expresó¹⁶: «rodea al enfermo de amor y consuelo». Este se refuerza con el siguiente condensado de citas¹⁷: «el buen médico no cura solamente con los medicamentos, sino también con la fuerza de sus palabras. Por ello debe desarrollar el hábito de conversar con los enfermos mediante una labor asidua... y es que la voluntad de vivir no es un concepto abstracto, sino un factor de importancia terapéutica... es por eso que cuando el tándem paciente-médico hace todo lo posible para activar las reservas del organismo y la voluntad de vivir, esto ofrece resultados positivos».

Un caso práctico de lo antes señalado se encuentra en la terapia de la risa¹⁸. Sus premisas teóricas: si las acciones negativas conllevan al *stress* e influyen de manera perniciosa sobre el organismo, entonces las positivas (alegría, amor, fe, risa y otras) deben tener la acción contraria.

Aquí vale un paréntesis sobre comunicación¹⁹. En la cadena paciente-médico-familiares, los desacuerdos se deben a una serie de causas, en la mayoría de los

casos por no haber obtenido suficiente información del galeno. Ello hace que el paciente recurra a otras fuentes, de las cuales extrae conclusiones, la mayoría de ellas erróneas. Las divergencias entre las informaciones provenientes de diversas fuentes inspiran desconfianza, duda, que no conllevan a nada bueno.

E: En esa misma línea surge la pregunta, ¿y los aspectos éticos?

C: Y muy antiguos algunos, por cierto —y *recurre nuevamente a las páginas marcadas*. Tal es el caso de las palabras pronunciadas por Hipócrates²⁰ «...a cualquier casa que yo vaya, entraré para el bien del enfermo, estaré lejos de todo lo premeditado, injusto y perjudicial... todo lo que vi o escuché relacionado a la vida humana, entre ellos, lo que corresponde no divulgar, lo callaré considerando estas cosas como secretas».

Lo anterior se complementa con²¹ «la caridad constituye el núcleo de la medicina y si no se puede ayudar en forma substancial al paciente, se debe intentar con todas las fuerzas y vías disponibles mitigar sus sufrimientos», frase modulada por la afirmación²² «estamos desprovistos de ser valientes a cuenta ajena».

Sin embargo, hay otra vertiente dentro de la ética que no se puede pasar por alto: la avidez de algunos médicos por sus honorarios. Esta aparece en épocas tan lejanas como el Renacimiento. Tal es el caso de Silvius²³, que adopta matices entre lo satírico y lo morboso el día de su muerte²⁴. En la puerta del templo donde se celebraba la misa de cuerpo presente, apareció la siguiente nota: «Aquí reposa Silvius, quien nada hacía gratis; murió gratis, lo que hace sufrir».

E: Concluimos los temas conceptuales, ¿cuál puede considerarse que sea

la esencia del cuidador?

C: Para ese propósito parece razonable utilizar con escaso margen de error, como esencia del cuidador, el carácter humano de la relación que establece con la persona atendida, pues la misma constituye el tronco común de las acciones requeridas para lograr el éxito en ese **desempeño**.

Resalto el término utilizado «desempeño» con la finalidad de aclarar que esta actividad no debe acometerse como una tarea o un trabajo, sino como una labor que debe enfocarse hacia el objetivo de mayor alcance antes mencionado: lograr elevar al máximo la calidad de vida del atendido.

Importante es que eso trascienda de las indispensables, pero no suficientes acciones de suministrar alimentos y medicamentos en el horario adecuado, ocuparse de su higiene u otras muchas que puedan señalarse. La disminución en las habilidades reduce el despliegue de las mismas, y esa es la razón por la cual la elevación de la calidad de vida se convierte en la principal meta del cuidador.

Para comprender plenamente su alcance, es conveniente esclarecer que nada mejor que la siguiente cita (Lc 12, 15) para expresarlo: «Eviten con gran cuidado toda clase de codicia, porque, aunque se tenga todo, no son las pertenencias las que dan vida».

Lo expresado ratifica la propuesta de que la esencia del cuidador se encuentra en el fomento de la relación cuidador-atendido, **basada en el amor**. Si esto se logra, sin dudas los resultados deseados llegarán.

E: Pasando al cuidador, ¿cómo lo definiría?

C: Pues alguien que no necesariamente es médico, enfermero o psicólogo, pero se vale —consciente o inconscientemente— de estas disciplinas, al tiempo que dispone de varias cualidades para llevar a



cabo la actividad de atender personas necesitadas de ayuda. Como consecuencia de lo anterior, el cuidador constituye un enlace entre la Salud Familiar y el primer nivel de Atención Médica, pues sus acciones abarcan aspectos como los indicados en la tabla 2.

E: Una vez conocido el objetivo supremo de la actividad del cuidador, ¿qué aspecto le sigue?

C: Caracterizar al atendido; y se debe a que cada individuo posee una personalidad resultado de sus preferencias y vivencias, que le proporciona matices específicos, indispensables de identificar para lograr una relación cuidador-cuidado satisfactoria.

En correspondencia con esto, el primer paso consiste en establecer sus rasgos característicos, pues en la práctica, como seres humanos, algunos son más sensibles al dolor físico que al del alma; unos mantienen esperanza, en tanto que para otros está ausente.

De lo anterior se desprende que, para alcanzar el objetivo deseado, resulta indispensable adentrarse en el pensamiento y las expectativas del atendido, con vistas a comprender las verdaderas causas de sus conductas. Ese conocimiento permite estar en condiciones de orientarlas hacia una vertiente positiva cuando su enfoque no sea ese. Pero ojo, siempre desde una perspectiva realista, para evitar engaños. Estos conducen a una situación emocional más desfavorable que la existente.

Por ello se requiere crear un canal de comunicación entre ambos, con vistas a facilitar el proceso de conocimiento mutuo, de gran utilidad si surgen las indeseadas, pero casi imposible de evitar discrepancias, sobre todo al inicio de la rela-

Tabla 2. Ubicación del cuidador en el esquema de Salud Pública

categoria	características
1° nivel de atención médica	Identificación de problemas de salud (pesquisa), solución o enrutamiento. Promoción de prácticas de autoayuda.
Salud Familiar	Capacidad de autoayuda. Hábitos higiénico-sanitarios adecuados.

Fuente: Elaboración del autor

ción cuando esta carece de nexos sólidos.

Como resultado del empleo sistemático de ese enfoque resulta posible **conocer al atendido, más allá de los diagnósticos**, sus dolencias y expectativas. Eso significa compenetrarse con él para identificar sus necesidades y anticipar la evolución de sus padecimientos y estados de ánimo.

E: Seguramente usted se encuentra al tanto del criterio bastante difundido de que los atendidos son egoístas. Sin embargo, no hizo alusión a ello. ¿Por qué?

C: Por supuesto que conozco ese enfoque. Lo he escuchado incluso proveniente de excelentes personas en el cuidado de familiares, pero no lo comparto en un sentido estricto, porque hay un aspecto poco o nada mencionado, pero de gran relevancia, sobre todo si de longevos se trata. Hace algunos años, hablando con mi madre sobre este tema, me expresó un criterio que solo comencé a entender y compartir al comenzar a transitar por la tercera edad: «podemos comprender a un niño e incluso predecir su conducta porque fuimos niños; ídem con los jóvenes y los adultos. Pero en el caso de los ancianos y de los longevos, NO tenemos vivencias de esa etapa, y eso limita el alcance de las evaluaciones sobre las conductas de éstos».

E: En correspondencia con su esencia, objetivo y posición en la estructura funcional de

la Salud Pública, ¿cuáles deben ser sus características?

C: Resulta conocido que para la realización de cualquier actividad con profesionalidad se requiere de un mínimo de condiciones materiales, así como del desarrollo de las destrezas específicas en la esfera concreta de que se trate con el fin de lograr el resultado previsto.

Es necesario dejar claro que en el caso del cuidador existen dos vertientes: la asociada al desarrollo de las actividades cotidianas; y otra, relativa a momentos específicos por los que puede transitar el atendido.

E: ¿Cuáles se encontrarían en el grupo de las cotidianas?

C: En el caso de las asociadas al día a día es posible señalar cinco características básicas que facilitan su trabajo: la observación, la planificación, la paciencia, la previsión y el orden, todas relacionadas entre sí.

Comencemos por identificar el impacto de la observación permanente del atendido. Ella es decisiva para elaborar un cuadro cada vez más completo de la persona cuidada. Aquí vale la frase de Alejo Carpentier: «la realidad supera a la fantasía». Y el desempeño del cuidador no constituye la excepción. Como subyace en los aspectos anteriores, no existen enfermedades, sino enfermos, o más aterrizado, seres humanos con necesidades físicas y emocionales que requieren de atención permanente.

Lo señalado requiere fomentar esa pericia que facilita el recono-



cimiento anticipado, incluso por simple inspección, de manifestaciones adversas y con ello mitigar su impacto y, en

ocasiones, hasta impedir su aparición. Un ejemplo de lo anterior es posible citar la pérdida súbita —o progresiva— del ánimo de hablar. Esta puede ser motivada por el descenso de la glicemia o variaciones en la tensión arterial.

El siguiente componente, la planificación, constituye una herramienta básica para garantizar la ejecución de las acciones sistemáticas en el momento adecuado, y lograr una mayor efectividad. No resulta ocioso señalar que este instrumento **NO** puede convertirse en una camisa de fuerza que obstruya el trabajo y afecte el desarrollo de la relación cuidador-atendido, sino que debe interpretarse siempre como un utensilio y no como un fin.

Otra característica se encuentra derivada de la anterior: la paciencia. Este rasgo se traduce en asignar a cada actividad —participe directamente o no el atendido— un tiempo adicional. Ese enfoque se sustenta en que estas personas pueden requerir de improviso algún tipo de asistencia, tales como necesidades fisiológicas u otras que demandan de la presencia y acción del cuidador, lo que en consecuencia retrasa la tarea que éste pretendía llevar a cabo. Y ello significa saltar también la barrera recogida en el criterio «la paciencia es una cualidad difícil de encontrar, sobre todo cuando más se le necesita».

Una habilidad importante es la previsión, porque constituye un excelente aliado en manos del cuidador, pues le permite, a partir del conocimiento obtenido acerca de la situación general del atendido, elaborar estrategias para enfren-
tar eventos adversos que suelen

presentarse de manera sorpresiva.

Y para concluir, el orden. De poco vale poner en práctica las anteriores características, si no se materializan de esta forma. Eso significa: un lugar para cosa y cada cosa en su lugar, a la que se adiciona **con** la debida anticipación, para contribuir a la rapidez de la puesta en práctica de las acciones necesarias.

E: Y en el caso de las situaciones, ¿qué aspectos deben considerarse?

C: Pasando a la otra cara, en ella se encuentran presentes dos circunstancias: la pérdida de un ser querido en sentido amplio con su correspondiente cuota de depresión —según la OMS más de 300 millones de personas viven con esta afectación en el mundo²⁵— y tristeza, que dada la edad avanzada de estas personas no resulta sorpresiva, y la visita de familiares y amigos, cuando se encuentra enfermo.

Para este propósito recurro a trabajos publicados en la revista *Selecciones del Reader's Digest* —*me enseña dos ejemplares de esa publicación*— comencemos por la ayuda al afligido²⁶ cuyas recomendaciones mostradas en la siguiente tabla 3; puede que hoy día los psicólogos hayan cambiado, pero

sirve para presentar los matices asociados a este tema.

La otra arista, relacionada con las visitas de familiares y amigos bien intencionados, pero con falta de tacto hacia los enfermos, —te garantizo por experiencia de tres ocasiones en el quirófano—, una de ellas, de niño, mantiene plena vigencia. En esa cuerda²⁷ señala puntos que el cuidador debe velar: no dar por hecho que en todo momento la visita será bienvenida, pues el enfermo se encuentra frágil y se deprime con facilidad; una visita de duración adecuada puede prestar ayuda, pero hablar demasiado puede causar daño; esperar que él escoja el tema y acompañarlo, así como hablar en voz baja.

Concluyo con una precisión: las consideraciones mencionadas aplican a casi todos los casos, pero no se excluye que, dada las especificidades de cada atendido, resulte necesario el desarrollo de otras.

E: Aun cuando las habilidades anteriores existan, ¿hay otras sugerencias que contribuyan a un mejor desempeño?

C: Como expresé, desde el punto de vista práctico, resulta de sumo interés identificar anticipadamente situaciones y/o eventos que pueden generalizarse y, con ello, contribuir a mejorar los resul-

Tabla 3. Sugerencias para ayudar al afligido

Indicación	Detalles
No hay que tratar de desviarle de su pena ni tenerle preocupar el llanto	El reconocimiento de que tiene motivos para el dolor le permite expresarlo y con ello desahogarse. Es bueno dar rienda suelta al dolor y malo contenerlo. Es mucho mejor guardar silencio que hacer esfuerzos de distracción
No hay que sentir temor de mencionar al que partió	Lo sensato es hablar del ausente tal como se le conoció en la plenitud de su vida
No discutir con el afligido, sino dejarlo hablar para tranquilizarlo	Es característico del dolor el pensamiento de que hubiera podido hacerse esto o lo otro y lamentar no haberlo hecho. Se debe contribuir a restablecer la confianza. No preocuparse por lo que vamos a decir, sino por escuchar.
Hay que evitar el aislamiento e inducirlo a pensar en otras cosas	Mantenga contacto con más frecuencia que antes con cualquier pretexto y promueva la acción que es símbolo de vida. Cuando se comienza a hacer algo por sí mismo su pena está casi curada, cuando se ocupa de hacer algo para los demás, está curada completamente.

Fuente²⁵



tados en el trato del cuidador hacia el cuidado.

Lo primero es el relativo al escenario nocturno; ese momento demanda extremar las previsiones para enfrentar la posible ocurrencia súbita de eventos adversos, extremos o no. Esto se debe a la necesidad de agilizar la ejecución de las acciones emergentes necesarias, momento en que unido a la fatiga del trabajo del día se añade en el cuidador la presencia del sueño —puede llegar, en ocasiones, a vencerlo—, y la combinación de ambos factores lo vuelven más lento de pensamiento y obra.

Otro elemento a considerar es que, contrario a la lógica, el descenso de la temperatura, ya sea en la madrugada o en períodos invernales, constituye un factor de riesgo para la elevación de la tensión arterial a causa de la reducción de grosor de los vasos,

lo que puede conducir en casos agudos, a episodios vasculares severos.

Sin embargo, no solo la situación física requiere de recomendaciones. En el campo de las emociones del atendido también se encuentran dos situaciones que contribuyen a mejorar su calidad de vida: combatir el muy frecuente estado depresivo y mitigar la soledad que mayoritariamente sienten.

En el primer caso puede señalarse la conveniencia de poner en práctica una estrategia encaminada a devolverle la autoestima y la confianza en sí mismo. Eso significa, también, NO prohibirle cosas que SI está en capacidad de realizar —que adicionalmente constituye un maltrato— bajo el pretexto de su protección, cuando en verdad responde a la realidad de que el cuidador las efectuará de manera más rápida y con mayor calidad.

Como segundo aspecto, la presencia del cuidador no resulta

suficiente para dar compañía ni combatir la depresión, sino la más sistemática —hasta donde sea posible— comunicación entre ambos.

E: Una pregunta final. Hasta ahora hemos hablado de la atención desde la cara del atendido ¿Y de cara al cuidador?

C: Una alerta: la medicina ha identificado el denominado Síndrome del Cuidador, que abarca un conjunto de afectaciones —huellas— en la personalidad de estos una vez concluido ese desempeño. Con vistas a prevenir, mitigar y/o erradicar dichos efectos derivados de una relación que exige tanta entrega, resulta recomendable que el cuidador —de manera sistemática— lleve a cabo acciones de auto ayuda basadas en el principio de disponer de un tiempo de compensación.

Esta conducta significa lograr una actitud mental —reitero, con **c**— que movilice la energía física aprovechable del cuidador para obtener una mayor disponibilidad





de este, entendida como capacidad de reacción, acceso y decisión, que a su vez repercute en el fortalecimiento de la relación cuidador-atendido con los consiguientes beneficios para este último.

Por ello, resulta indispensable llevar a cabo exámenes internos cotidianamente para no confundir la realización de acciones sistemáticas con más o menos eficiencia y eficacia con estar activados. La rutina de esos desempeños, puede enmascarar que estemos apagados. Eso se traduce, sin iniciativa y mucho menos esperanza. Si se llega a esa situación, se requiere

cargar al máximo la batería del celular de la fe, para que vuelva a instalarse la presencia de la esperanza y así poder transmitirla al atendido. Y sobre este punto recuerdo a un médico amigo, ateo él, que, no obstante, comentaba las diferencias en los enfermos con fe y los que no la poseían. Los primeros tendían a mejorar más rápido.

III. ¿Consideraciones finales? No... pero sí

A diferencia de otros artículos, en los cuales unas breves consideraciones finales sirven para resaltar los aspectos más importantes o significativos del mismo, en este para cambiar, se encuentra des-

tinada a una sorpresa. ¿Cuál? La siguiente.

Resulta probable que usted conozca acerca del descubrimiento de Albert Einstein de la relación entre la masa (m) y la energía (E). Matemáticamente esta equivalencia se expresa mediante la ecuación $E=mc^2$, donde c es la velocidad de la luz en el vacío. Después de esta oportuna digresión, viene la sorpresa. En este trabajo se cumple la ecuación anterior, si se realizan las siguientes modificaciones: E, se convierte en Entrevistador; m, pasa a ser Mesa y c toma el significado de Cuidador. Es decir, Entrevistador = Mesa Cuidador. ¿Lo suponía?

Notas:

- 1- Longevidad: Expresión de supervivencia más larga de determinados individuos dentro de una población, Negrín y colaboradores, *Biología del Adulto Mayor*. Parte I. Biología y longevidad, pág. 2, Editorial Academia, Cuba, 2008.
- 2- Envejecimiento poblacional: Significa que el número de individuos de edad avanzada representa cada vez una proporción más alta dentro de la población de un país. *Ibidem* 1
- 3- Emoticones: Signos con que se expresan estados de ánimo.
- 4- Félix Klein (1849-1925). Matemático alemán, nacido en Düsseldorf.
- 5- B. Ponomarev, *Alrededor del Cuanto*, pág. 31, Editorial MIR, Moscú, 1974.
- 6- M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 20, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 7- Negrín y colaboradores, *Biología del Adulto Mayor*. Parte I. Biología y longevidad, pág. 2, Editorial Academia, Cuba, 2008.
- 8- I M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 23, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 9- Van Rijn, Rembrandt (1606-1669). Pintor y grabador holandés.
- 10- M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 9, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 11- Hnos. San Juan de Dios, *El enfermo en la Sagrada Escritura*
- 12- B. Elnadi, A. Rifaat, "Al correr los meses", revista *Correo de la UNESCO*, pág. 5, feb/98.
- 13- C. Brelet-Rueff, "El paciente es ante todo una persona", *Ibidem*, pág. 6-11.
- 14- Periódico *Granma*, "Hilo directo", 27-2-18, 26-6-13, 15-2-18.
- 15- Hipócrates (¿460-377 a.C.). El más famoso de los médicos de la antigüedad.
- 16- M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 344, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 17- M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 346, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 18- *Ibidem*, pág. 324, 346.
- 19- *Ibidem*, pág. 347.
- 20- *Ibidem*, pág. 319.
- 21- *Ibidem*, pág. 367.
- 22- *Ibidem*, pág. 293.
- 23- Jacques du Bois, conocido como Jacobus Sylvius (1478-1555). Médico y anatomista del Renacimiento.
- 24- M. Shubin, Yu. Ya. Grisman, *El hombre contra el cáncer*, pág. 320, Editorial MIR, Moscú, 1989.
- 25- Citado por L. Fariñas, "Proyecta tu vida", periódico *Granma* 3-4-17.
- 26- H. Whitman, "Cómo ayudar al afligido", revista *Selecciones del Reader's Digest*, págs. 83-86, may/54
- 27- M. Bonn, "El mejor modo de visitar a los enfermos", revista *Selecciones del Reader's Digest*, págs. 113-118, ene/54.