

Cambios en el contexto del cuidado: desafíos para la enfermería

Maribel Cruz-Ortiz¹

Cristina Jenaro-Río²

Ma. Del Carmen Pérez-Rodríguez³

María Lourdes Hernández-Blanco⁴

Noelia Flores-Robaina⁵

Este trabajo tuvo por objetivo identificar cambios globales relacionados con la forma de hacer y entender el cuidado, así como las demandas generadas por el cambio poblacional y las implicaciones para cuidadores familiares y profesionales. Se realizó una revisión integradora de la literatura, identificando 284 artículos con los descriptores: cuidado y cuidadores, asociados al descriptor Enfermería, entre los años 2005 y 2010, seleccionando 41 artículos que corresponden al objetivo planteado. Los resultados apuntan a un modelo de transición en el cuidado, reconfigurado por las nuevas demandas de atención asociadas principalmente al incremento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional. Además, el cambio en los roles sociales e individuales sitúan al cuidado mas allá del ámbito familiar y lo aproximan a la responsabilidad social compartida. El cuidado es el eje gravitatorio de las enfermeras, por ello resulta indispensable analizar este contexto que demanda evolución en el desarrollo del cuidado profesional.

Descriptores: Cuidado; Cuidadores; Enfermería.

¹ Estudiante de doctorado, Universidad de Salamanca, España. E-mail: redazul@hotmail.com.

² Doctora en Psicología, Profesor Titular, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. E-mail: crisje@usal.es.

³ Doctora en Enfermería, Profesor, Facultad de Enfermería de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. E-mail: salina67@hotmail.com.

⁴ Enfermera, Facultad de Enfermería de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. E-mail: mlourdeshb@hotmail.com.

⁵ Doutora en Psicología, Profesor, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. E-mail: nrobaina@usal.es.

Correspondencia:

Ma. del Carmen Pérez Rodríguez
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería.
Av. Niño artillero s/n Zona Universitaria, C.P. 78290
San Luis Potosí, San Luis Potosí, México
E-mail: redazul@hotmail.com

Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem

Este trabalho teve por objetivo identificar mudanças globais, relacionadas à forma de fazer e entender o cuidado, assim como as demandas geradas pela mudança populacional e as implicações para cuidadores familiares e profissionais. Realizou-se revisão integrativa da literatura, identificando-se 284 artigos com os descritores: cuidado e cuidadores, associados ao descritor "Enfermagem", entre os anos 2005 e 2010, selecionando-se 41 artigos que correspondem ao objetivo proposto. Os resultados apontam para um modelo de transição no cuidado, reconfigurado pelas novas demandas de atenção associadas, principalmente, ao incremento das doenças crônicas e ao envelhecimento populacional. Além disso, a mudança nos papéis sociais e individuais situam o cuidado além do âmbito familiar e o aproximam da responsabilidade social compartilhada. O cuidado é o eixo onde gravitam as enfermeiras, daí resulta indispensável analisar esse contexto que demanda evolução no desenvolvimento do cuidado profissional.

Descritores: Cuidado; Cuidadores; Enfermagem.

Changes in the care context: challenges for nursing

This research aimed to identify global changes in the way of practicing and understanding care, as well as the demands population change has generated and the implications for family and professional caregivers. An integrative literature review was performed, identifying 284 papers with the following descriptors: care and caregivers, associated with the descriptor "Nursing", published between 2005 and 2010. Forty-one papers were selected that correspond to the intended goal. The results point towards a care transition model, reconfigured by new care demands, which are mainly associated with the increase in chronic conditions and population aging. In addition, the change in social and individual roles takes care beyond the family sphere and closer to shared social responsibility. Care is the axis around which nurses rotate. Hence, it is fundamental to analyze this context, which demands evolution in professional care development.

Descriptors: Care; Caregivers; Nursing.

Introducción

En la actualidad se configuran cambios tanto en las personas que brindan cuidados como en las personas que son cuidadas, interactuando esta díada en un entorno que refleja y condiciona dichos cambios. Desde una perspectiva de sistemas podríamos señalar que en el ámbito del macrosistema, los cambios en la estructura demográfica generados principalmente por la disminución de la mortalidad y la natalidad, y por el incremento en la esperanza de vida han llevado al llamado envejecimiento poblacional, que acarrea a su vez un incremento notable en la necesidad de cuidados familiares⁽¹⁾.

Debido a que la familia ha sido históricamente la institución central en lo que al cuidado de las personas se refiere, este hecho explicaría porque los cambios que experimenta influyen decisivamente en la manera de

atender a quienes requieren atención. El cuidado, al igual que la familia, se reconceptualizan lo que ha impulsado cambios que condicionan una transformación en la forma de entender y hacer el cuidado⁽²⁾. Todo ello se ha visto potenciado por cuestiones concretas como el colapso de los sistemas socio sanitarios y los cambios en la composición y función familiar que era, y es a través de las mujeres, la principal proveedora de cuidados y genera modificaciones en su tradicional distinción de cuidado en contexto institucional o en el hogar⁽³⁾.

Metodología

Se trata de una revisión integradora de la literatura, que tuvo por objetivo responder a la siguiente pregunta:

¿Desde una perspectiva sistémica, cuáles son los cambios más relevantes que se han generado en el ámbito del cuidado y cuáles son sus implicaciones para cuidadores profesionales y familiares?

Para ello se revisaron las bases de datos Scielo y LILACS, en el periodo 2005 a 2010, utilizando los descriptores cuidadores y cuidado asociados al descriptor Enfermería, y se identificaron 284 artículos. Una vez identificados los artículos, se realizó la lectura de los resúmenes y fueron seleccionados 41 de ellos relacionados con el objetivo del trabajo.

La agrupación de los artículos se realizó en torno a 3 categorías temáticas identificadas y definidas por el equipo como sigue:

- Cambios poblacionales estructurales, relacionados con la transición demográfica y epidemiológica.
- Cambios en los sistemas familiares y socio sanitarios.
- Cambios en las formas de entender y hacer el cuidado.

Tabla 1 - Temáticas identificadas en artículos seleccionados

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Universo: 284 artículos	33	38	38	48	69	58
Muestra: 41 artículos	7	6	8	4	10	6
Temática identificada						
Cuidadores familiares y profesionales	Cambios sociales	Nuevas propuestas para realizar el cuidado	Empoderamiento	Apoyo social	Calidad de vida	
48,7%	17%	14,6%	4,8%	2,4%	2,4%	

A continuación se presenta de forma integrada la información obtenida, tal como lo hacen los artículos analizados, dado que el abordaje del tema del cuidado claramente rebasa el abordaje marcado por la estandarización centrada en factores unidimensionales como la edad, la situación (crónica, aguda) o la condición (enfermedad, discapacidad).

- *Cambios poblacionales estructurales, relacionados con la transición demográfica y epidemiológica:* Los cambios en la estructura poblacional se están produciendo en todo el mundo, pero la tendencia al envejecimiento es más clara en los países desarrollados⁽⁴⁾. Dicha tendencia ha sido descrita por las teorías de la transición demográfica,⁽⁵⁾ y epidemiológica⁽⁶⁾, que aluden tanto a los cambios en la estructura etárea de la población como a la disminución de las enfermedades infecciosas a expensas de las crónicas degenerativas. Aunque estas teorías tienen limitaciones para explicar las variantes presentes en distintas realidades sociales y dejan de lado el análisis del componente social en los cambios estructurales^(5,7-8), resultan de utilidad para enmarcar cómo se han modificado las necesidades de cuidado y por ende la carga que ello genera.

Al analizar de forma más específica las cifras implícitas en la nueva pirámide poblacional, es evidente

Resultados

El incremento de publicaciones, identificadas en este trabajo, fue de 75% en 2010 respecto a 2005 (58 y 33 publicaciones respectivamente), lo resalta el creciente interés que ha suscitado el tema del cuidado.

Si bien los *grupos de edad* en los que mayoritariamente se centran los estudios son los niños y ancianos (19,4%), la complejidad de la temática se dirige más hacia el análisis de *condiciones* que trascienden a grupos etáreos como la discapacidad (14,6%), la dependencia (24,2%) y la cronicidad (17%). Por otra parte, se identifica que el análisis de la experiencia del cuidado desde la perspectiva del cuidador (familiar o profesional) es el tópico más recurrente en este grupo de artículos (48,7%), apareciendo en menor medida otras *temáticas* como el empoderamiento de la persona que recibe cuidado o el apoyo social requerido (ver tabla 1).

que se trata no sólo del fenómeno del envejecimiento relacionado con el incremento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad. La silueta cada vez más alargada de estos gráficos de población muestra el reflejo de la caída en la tasa de natalidad y con ello la disminución en el tamaño de la población y las familias⁽⁹⁾. Se trata pues de un fenómeno de incremento de la población con necesidades de cuidado y disminución de la disponibilidad de cuidadores en el hogar⁽¹⁰⁾.

De acuerdo al informe mundial de envejecimiento presentado por la ONU, en 2008 las personas mayores representaron el 10% de los habitantes en el mundo, es decir casi 700 millones⁽⁴⁾. Por su parte, la encuesta sobre envejecimiento del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos del mismo organismo estima que en el año 2050 el porcentaje de mayores de 60 años aumentará en todo el mundo y superará el 30% en Europa y el 20% en los países en vías de desarrollo⁽¹¹⁾.

Los fenómenos poblacionales señalados multiplican y complejizan las posibilidades a las que tiene que responder el cuidado actual. Dicho de otro modo, hoy en día en el núcleo familiar podemos encontrar en mayor o menor medida niños, ancianos, personas enfermas, personas con discapacidad, o una combinación en una misma persona

de varias de estas condiciones⁽¹⁰⁾. Ello evidencia no sólo el incremento en la complejidad del cuidado brindado en el hogar, sino también la necesidad constante de innovación y adaptaciones que faciliten y mejoren dicho cuidado.

- Cambios en los sistemas familiares y socio sanitarios:

Al conjugarse la transición demográfica y epidemiológica con la evolución social y las consiguientes modificaciones en los roles sociales y de género, el cuidado se traslada del ámbito privado al público, transformándose en una función social a través de la participación del Estado mediante políticas sociales que buscan satisfacer las necesidades básicas de estas personas, rebasando con ello el límite del ámbito familiar como espacio exclusivo del cuidado^(9,12).

En los países que han incorporado los servicios sociales como cuarto pilar del Estado de bienestar, el Estado ha ido asumiendo tareas que las familias ya no pueden abordar, ya sea por el tipo de conocimientos que requieren o porque su disponibilidad es ahora menor. Ello incluye buena parte de las actividades relacionadas con el cuidado de las personas, que se entiende cada vez más como un derecho social que proporciona no sólo el Estado sino las sociedades de Bienestar⁽¹³⁾, que actúa ofreciendo servicios públicos de cuidado a quienes los necesitan y respondiendo así directamente a las necesidades de quienes no pueden valerse por sí mismos, y concediendo tiempo liberado de la actividad laboral para cuidar a familiares que lo requieren. Ello supone que se invierte la prioridad que generalmente tiene la actividad productiva sobre la reproductiva, y que implícitamente sugiere que el mundo del empleo debe ceder el paso ante las responsabilidades familiares de los trabajadores^(9,14).

Muchos de los países que han asumido este modelo de bienestar que privilegia la actividad productiva sobre la reproductiva, presentan un fenómeno consolidado denominado segunda transición demográfica. Se trata de un cambio acuñado por Lesthaeghe para describir los cambios relacionados con la disolución de la familia y las uniones, y en los patrones de reconstitución de las mismas que se encuentran presentes en los países occidentales desde la segunda guerra mundial⁽¹⁵⁾. Esta segunda transición demográfica se suma al efecto de la primera transición cuyo efecto es el envejecimiento, y se caracteriza por: (a) incremento de la soltería; (b) retraso del matrimonio; (c) postergación del primer hijo; (d) expansión de las uniones consensuales; (e) expansión de los nacimientos fuera del matrimonio; (f) aumento de las rupturas matrimoniales y, (g) diversificación de las modalidades de estructuración familiar.

Sin lugar a dudas estos cambios condicionan la transformación del modelo tradicional de familia que suponía un matrimonio estable, una mujer en casa que

se ocupaba de su mantenimiento y de la educación de los hijos, y un hombre que obtenía los recursos necesarios para la supervivencia familiar fuera de las puertas del hogar⁽¹⁶⁾. La transformación incluye pues, un cambio en la función a través de una orientación mucho más individualista de sus miembros y también en la composición, ampliando el concepto de familia mucho más allá de la inclusión de padre, madre e hijos y planteando nuevas formas de familia^(2,15).

- Cambios en las formas de entender y hacer el cuidado: A finales de los años ochenta en buena parte de los países occidentales se produce la crisis de los sistemas de protección social, y ello incentiva la reinterpretación del cuidado familiar frente a los fallos y los límites de la solidaridad pública o colectiva. Es la suma y potenciación de todos estos factores lo que ha dado visibilidad y nueva relevancia al cuidado como concepto y actividad^(9, 17-18).

El cuidado persigue garantizar la vida del sujeto y mejorar su autonomía⁽¹⁹⁾, pero ha sido entendido muchas veces sólo desde un enfoque clínico, centrado fundamentalmente en el control de la enfermedad. Entendido en su acepción más básica, el objetivo del cuidado, se centra en garantizar la supervivencia a través de la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo, al producirse el alargamiento de la esperanza de vida de las personas con enfermedad o discapacidad y reivindicarse su derecho a acceder a una vida integrada como el resto de las personas, se genera un movimiento centrado en la vida independiente y auto determinada, lo que implica que el objetivo del cuidado ha tenido que extenderse y diversificarse a tantos ámbitos y apoyos como requiera la persona^(18,20- 21).

En este sentido, las disciplinas enmarcadas en la medicina, caracterizadas predominantemente por la búsqueda de curas, han ido variando esta tendencia, entre otras cosas por el incremento de las enfermedades y condiciones crónicas. Ello ha llevado a acentuar las cuestiones relacionadas con la calidad de vida cuando la curación es imposible, y a convertir el objetivo del tratamiento en el mantenimiento de la máxima funcionalidad y en proporcionar una existencia o vida de calidad. En consecuencia cobra una nueva preponderancia la familia y el cuidado⁽²²⁾.

Visto desde esta perspectiva, en el ámbito de la salud cobra relevancia la evolución de la concepción de curar (*cure*), hacia cuidar (*care*), y de sanar hacia recuperarse⁽²²⁾. Ello hace referencia no sólo a la «recuperación» del trastorno, sino sobre todo a la recuperación del proyecto vital una vez que ha aparecido la enfermedad y ha llevado a desplazarse desde un enfoque de cuidado de la enfermedad hacia otro centrado en la potencialización de

las capacidades presentes en la persona⁽²³⁾.

Un punto central relacionado con el cuidado, tiene que ver precisamente con un cambio de postura que implica el papel central y activo de las personas en lo que se ha denominado autocuidado⁽¹⁸⁾. Es así que se han estructurado programas e intervenciones enfocadas a promover la autodeterminación a través de la provisión de apoyos generales y también se han desarrollado iniciativas que tienen que ver con capacitación específica para el manejo de medicamentos, control de signos y síntomas, afrontamiento de enfermedades y en general fomento de la vida independiente, en un sentido amplio⁽²³⁻²⁷⁾. Estos apoyos, necesarios en las distintas esferas del desarrollo del individuo, requieren de la participación de distintos actores que conforman la red social y que en diferentes contextos brindan apoyos naturales y apoyos formales. Dicho de otro modo, precisa tanto de los cuidados que se ofrecen y desarrollan por se en el seno familiar y social, como de aquéllos que son diseñados ex profeso con una finalidad específica y brindados por instancias externas a la familia⁽²⁸⁾.

Si bien hemos señalado que el origen del cuidado reside claramente en la familia, y que en su entendimiento más sencillo persigue garantizar la supervivencia de sus miembros, no por ello tiene un carácter innato. Aunque se han producido grandes cambios sociales que han modificado la posición de las mujeres dentro de la familia, no es menos cierto que la naturalización y biologización que son asignadas socialmente al cuidado continúan etiquetando a las mujeres como las mejores o más adecuadas para cuidar. Sin embargo, aún con la persistencia de esta naturalización se percibe ya una evolución en la concepción del cuidado⁽²⁹⁻³⁰⁾.

En el planteamiento expuesto sobre la evolución del cuidado, las características intrínsecas de quienes lo realizan en el hogar parecen ser las que menos han cambiado ya que están vinculadas a diferencias de género que permanecen y cuyo mejor reflejo es la existencia de una mayoría de mujeres cuidadoras. Esta situación ocurre a pesar del creciente papel laboral que tienen las mujeres y que ha venido acompañada por la escasa contribución de los hombres al ámbito doméstico familiar y a sus requerimientos cotidianos^(9,16) y a los cambios que pueden observarse en la nueva dinámica de tres personajes: mujeres migrantes, personas mayores y hombres^(10,31).

El fenómeno migratorio podría entenderse como contribuyente a la segunda transición demográfica. El Fondo Mundial de Población de las Naciones Unidas reportó que el 3% de la población mundial había migrado⁽³¹⁻³²⁾. Este fenómeno tiene como uno de sus estímulos principales la posibilidad de encontrar un empleo y la provisión de cuidados

ha generado un mercado especialmente atractivo para mujeres provenientes de países escasamente desarrollados que a su vez desplazan el cuidado de sus propias familias a otras mujeres dando origen a un fenómeno denominado cadenas globales de cuidados definidas como cadenas de dimensiones transnacionales que se conforman con el objetivo de sostener cotidianamente la vida, y en las que en los hogares se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros en base a ejes de poder, entre los que cabe destacar el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia⁽³²⁻³⁵⁾. En este caso se refieren a las mujeres cuidadoras que se han centrado básicamente en el cuidado de los adultos mayores y enfermos⁽³⁶⁾ donde una mujer es sustituida por otra.

En el caso de los adultos mayores, como cuidadores en países con estructuras demográficas envejecidas sus cuidados parecen estar encaminados básicamente a sus nietos o cónyuges, responden a la incorporación de la mujer al mercado laboral y al envejecimiento de la población y requieren políticas sociales acordes con estas realidades^(9,37).

En el caso de la participación masculina, los cambios parecen encaminarse al cuidado dirigido a los hijos. Estudios como El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI, elaborado en España, señalan que los varones se implican más en las tareas más gratificantes o que tienen relación con la esfera pública (paseos, baños, juegos, ayuda para gatear...), mientras que las madres continúan realizando las tareas más pesadas, y monótonas que se desarrollan en el ámbito doméstico⁽⁹⁾. Una tendencia semejante se observa en México donde el estudio Hombre y Mujeres en México, señala que los hombres incrementan su participación en cuidados de enfermos temporales, pero se involucran poco en cuidado de los niños y de las personas con limitaciones físicas o mentales⁽³⁸⁾.

Esta evolución marcha a la par de la transferencia de múltiples conocimientos técnicos hacia quienes realizan el cuidado en casa. Así pues, alternativas como el alta precoz, el manejo ambulatorio y el manejo de tecnología médica en el hogar, así como el incremento de enfermedades crónico degenerativas en la población en general, hacen que el cuidado hoy sea diferente al de hace unas décadas^(1,39-40), (véase figura 1). Lo anterior, aunado a la creciente aceptación de los beneficios de mantener a las personas vinculadas a su ambiente familiar, ha promovido la adquisición de conocimientos dirigidos a realizar actividades de cuidado especializadas. Éstas van más allá de la ayuda tradicional acelerando la necesidad de transferir conocimientos al cuidador y también a la persona que recibe el cuidado^(30,41).

Tal entendimiento del cuidado y la evolución de su

complejidad llevan a configurar de forma distinta tanto el perfil del cuidador informal como el de la persona cuidada. Las fronteras entre el cuidado como profesión y el trabajo familiar se desdibujan cuando atender a un pariente

implica una prestación económica a cargo del Estado y representa una trayectoria de cambio en las condiciones en las que el cuidado es realizado y la naturaleza de la participación del Estado y la familia⁽⁴²⁾.



Figura 1 - Cambios sistémicos que han modificado el cuidado

En algunos países de Europa la atención a dependientes constituye una estrategia para aumentar el trabajo femenino⁽⁴³⁾. Esta posibilidad abre la discusión sobre las implicaciones del cuidado a nivel socio político, como en el caso español en el que la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia plantea una compensación económica para quienes se dedican al cuidado de un familiar y por tal motivo no tienen la posibilidad de desempeñar un trabajo remunerado fuera del hogar (Ley 39/2006 de 14 de noviembre).

A este respecto, desde que la Ley fue promulgada, surgió el interrogante de la posible profesionalización de las cuidadoras frente a la consideración tradicional de su papel cuidador, y en 2009 se avivó esta discusión al anunciarse la posibilidad de que las personas que hubieran carecido de la oportunidad de formarse en el ámbito del cuidado pudieran obtener un título profesional al acreditar experiencia familiar en la atención a menores o familiares dependientes, con el fin de integrarlas en el mercado laboral. El Real Decreto 1224/2009, para el reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral pretende facilitar la empleabilidad de los ciudadanos, la movilidad, fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida y favorecer la cohesión social, especialmente de aquellos colectivos que carecen de una cualificación reconocida (R.D. 1224/2009 de 17 de julio).

Este reconocimiento abre una nueva cuestión que radica en la perspectiva de encontrar una forma mixta entre el cuidador formal y el informal dada su inserción laboral y con ello la posibilidad de nuevos mercados de trabajo⁽⁴⁴⁾. Esta posibilidad refleja que el ámbito del cuidado está experimentando una nueva feminización y que, de alguna forma, el establecimiento de esta nueva opción laboral vuelve a colocar a la mujer en el ámbito doméstico⁽⁴¹⁾. Se mantiene así la presión familiar para que la mujer que ha venido cuidando de forma gratuita lo siga haciendo aunque ahora con ayuda económica y seguridad social, lo que refuerza todos los aspectos de naturalización femenina del cuidado⁽⁴³⁾.

Por otra parte la emergencia de este sector de actividad económica trae consigo la génesis de nuevas figuras laborales, como, por ejemplo, la trabajadora familiar, el gerocultor o asistente personal para la autonomía. Todas ellas emergen en un momento de precarización del mercado laboral y que, dado su incipiente proceso de profesionalización, las coloca en una situación vulnerable y redundante en discriminación para quienes ejercen estos empleos. Esto es, dado que dichos empleos, a menudo, se confunden con una expresión de feminidad, tienden a la invisibilidad laboral^(33,41). Por otra parte, puesto que estos empleos se desarrollan en el ámbito familiar, llevan consigo el entendimiento implícito de la disponibilidad permanente del tiempo de las mujeres al servicio de la familia, al contrario de lo que ocurre en la esfera económica donde

las mercancías se intercambian por otras mercancías y existe un tiempo determinado para este intercambio⁽⁴⁵⁾. Este fenómeno se ha denominado domesticación del trabajo, término que implica que los trabajos remunerados presentan, cada vez más, características similares a los desarrollados en el ámbito doméstico-familiar: son elásticos, fragmentados y dispersos en lo que se refiere a las condiciones laborales tales como la disponibilidad horaria, la flexibilidad, la dedicación y la polivalencia. Además y cada vez en mayor medida, suponen la sujeción de una cualidad – el afecto – que hasta ahora se consideraba exclusiva del ámbito privado de la vida de los individuos, y absolutamente desvinculada de cualquier conceptualización del trabajo⁽³³⁾.

A este respecto, un estudio⁽⁴³⁾ señala que distintos regímenes de cuidados dan lugar a tipos específicos de mercados en este sector. Por ejemplo, en Suecia se han creado ocupaciones calificadas con empleos de calidad, en un marco de políticas universalistas y de servicios públicos paralelos e integrados en las políticas de igualdad de género. En cambio en los países del sur de Europa, con servicios sociales escasos y una mayor tendencia a las transferencias monetarias, se está gestando un sector de mercado laboral precario y unas condiciones de empleo similares a las que se dan en el caso británico^(33,43).

Respecto a los cuidados prestados por los cuidadores formales, es previsible que las características de la red de apoyo sociosanitario determinen de forma indirecta el nivel de apoyo informal proporcionado al enfermo por su entorno más cercano⁽⁴⁶⁾. El grado de acceso a ayudas técnicas, así como el precio y la disponibilidad de sustitutos del cuidado informal, pueden repercutir en la intensidad y la naturaleza del mismo. A la vista de estos cambios y de la demanda creciente de cuidado, la perspectiva es cada vez más compleja, puesto que se requieren enfoques individualizados que aborden esta diversidad⁽¹⁸⁾.

Conclusiones

En los cambios poblacionales estructurales, relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, es posible identificar que el envejecimiento ocurrido en distintas medidas a lo largo del mundo, han traído consigo el incremento del fenómeno de la dependencia, situación en la que se entrelazan dos condiciones: la cronicidad y la discapacidad, que traen aparejados consigo un incremento y complejización de los cuidados. Esta situación demanda cada vez más la participación de los cuidadores familiares y el surgimiento de nuevas figuras de cuidadores profesionales. Por otra parte, también refuerza la necesidad de una nueva posición de las personas que

reciben cuidados, transitando hacia el apropiación del conocimiento para su autocuidado.

Las implicaciones para los cuidadores profesionales no sólo señalan hacia un cambio en el desempeño de su práctica de forma individual, sino también hacia modificaciones en la organización y posición de los servicios sociosanitarios que requieren además de nuevas modalidades como la atención domiciliaria, una reconceptualización hacia el entendimiento del cuidado como función social más que como cuestión individual. El incremento de necesidades de apoyo social para brindar cuidado en áreas y poblaciones más diversificadas pone sobre la mesa la oportunidad y necesidad de que las enfermeras profesionales participen no sólo en la atención directa a las personas sino también en la planeación y gestión del cuidado dado que es éste el eje gravitatorio de la disciplina.

Referencias

1. Ewijk H, Hens H y Lammersen G. Care Work in Europe Current Understandings and Future Directions, Mapping of Care Services and the Care Workforce National Report - The Netherlands. Utrecht: Netherlands Institute of Care and Welfare/NIZW; 2002.
2. Mejía L y López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm* 2010; [periódico na Internet]. 19(2-3):138-42. [acceso 17 nov 2010]. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962010000200015.
3. Vaquero S y Stieповичи J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Enferm*. 2010;16(2):9-16.
4. ONU. World population ageing United Nations. Population Division. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs; 2009.
5. Vera M. Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles Población (UAM)* 2000;25:179-206.
6. Omran A. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change, reproducción del original de 1971. *Bull WHO*. 2001;79(2):161-70.
7. Gómez-Arias RD. La transición en epidemiología y salud pública ¿explicación o condena? *Rev Fac Nac Salud Pública*. (Medellín). 2001;19(2):57-74.
8. Martínez C y Leal G. La transición epidemiológica en México: Un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos El Colegio de México, AC*. 2002;51:547-69.
9. Tobío C, Agulló M., Gómez M y Martín M. El cuidado de las personas. In: La Caixa, editor. Un reto para el siglo XXI. Barcelona; 2010.

10. Rodríguez S, Watanabe HA y Derntl A. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):493-500.
11. ONU. *Development in an ageing world*. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs; 2007.
12. Villagómez E. La actividad laboral de las mujeres en España: Retos económicos y sociales del sistema impositivo y de seguridad social *Gaceta Laboral* 2005;11(2):208-29.
13. Montoro R. La reforma del Estado de bienestar: Derechos, deberes e igualdad de oportunidades. *Rev Española Investigaciones Sociols*. 1997;79:9-42.
14. Santolaria E, Fernández A y Daponte A. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social: El sector productivo. *Gac Sanit* 2004;18(1):24-30.
15. Lesthaeghe R. On theory development and applications to the study of family formation. *Pop Develop Rev*. 1998;24(1):1-14.
16. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A y Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(1):50-5.
17. Robles L. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):618-25.
18. WHO. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: World Health Organization; 2002.
19. Torralba i Roselló F. Enfermería y mutación paradigmática. XX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2003; Alicante, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2003.
20. De la Cuesta C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm*. 2007;25(1):106-12.
21. Cruz M, Jenaro C y Pérez C. Enfermería y discapacidad: Una visión integradora. *Index Enferm*. 2009;19(2-3):177-81.
22. Roberts G y Wolfson P. The rediscovery of recovery: Open to all. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:37-49.
23. Pires M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(5):729-36.
24. Droulout T, Liraud F y Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale*. 2003;29(5):430-7.
25. Rummel-Kluge C y Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother*. 2008;8(7):1067-77.
26. Brêda M, Rosa W, Pereira M y Scatena M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(3):450-2.
27. Lussi I, Pereira M y Pereira J. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(3):448-56.
28. Vega O y González D. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Global*. 2009;16:1-11.
29. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit*. 2001;15(6):498-505.
30. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):132-9.
31. Moreno M. La relación con el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras. *Index Enferm*. 2005;14(50):25-9.
32. UNFPA. *Estado de la población mundial: Fondo de Población de las Naciones Unidas*; 2006.
33. Martín M. Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política Soc*. 2008;45(2):29-47.
34. ONU. *Seguimiento de la población, con especial referencia a la migración internacional y el desarrollo*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2006.
35. Román M, Martínez A Las cadenas globales de cuidados: un análisis sociodemográfico. *Soc Utopía*. 2005;26:261-78.
36. Cameron C y Moss P. La atención a personas dependientes en Europa: conceptos actuales y perspectivas futuras. *Intervención Psicococ*. 2007;16(1):7-22.
37. Tobío C. Redes familiares, género y política social en España y Francia. *Política Soc*. 2008;45(2):87-104.
38. INEGI. *Mujeres y Hombres en México*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2009.
39. Harwood R, Sayer A y Hirschfeld. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull WHO*.. 2004;82(4):251-8.
40. Izquierdo M. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Donosti: Emakunde; 2003.
41. Cruz M, Pérez MC, Jenaro C, Flores N y Segovia Díaz de León, MG. Necesidad social de formación de recursos informales para el cuidado: Una disyuntiva para la enfermería profesional. *Index Enferm*. 2010;19(4):269-73.
42. Daly M y Lewis J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare status. *Br J Sociol*. 2000;51(2):281-98.
43. Simonazzi AM. Care regimes and national employment models. *Cambridge J Econom*. 2009;33(2):211-32.

44. BOE. Reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral. Madrid: Ministerio de la Presidencia; 2009. p. 72704-27.
45. Martín M. Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. Cuad Relaciones Laborales. 2008;26(2):13-44.
46. Jenaro C, Robaina N, Cruz M. Vigor and dedication in nursing professionals: Towards a better understanding of work. J Adv Nurs. 2009;67(4):865-75.

Recibido: 20.11.2010

Aceptado: 17.5.2011

Como citar este artículo:

Cruz-Ortiz M, Jenaro-Río C, Pérez-Rodríguez MDC, Hernández-Blanco ML, Flores-Robaina N. Cambios en el contexto del cuidado: desafío para la enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso: ____/____/____];19(4):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día / mes abreviado con punto / año