

BIENESTAR E IDENTIDAD DE MUJERES CUIDADORAS. RETOS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICO-MOTORA SEVERA

Taimara Alfonso Martínez
Miguel Ángel Roca Perara
Amalia Cánovas Rodríguez
Mayte Acosta Guas
Ernesto Rojas Vera

Facultad de Psicología de La Universidad de La Habana, Cuba.

Resumen

Se presenta un estudio sobre bienestar psicológico en cuidadoras de personas con discapacidad físico-motora severa desde la perspectiva de género. La investigación se realizó desde dos categorías relevantes: bienestar psicológico e identidad de género. La caracterización de estos conceptos y su interrelación permite indagar en aspectos notables de la vida cotidiana de los seres humanos, sus niveles de salud y bienestar, profundizar en temas complejos como el de los cuidadores(as) y contribuir al estudio teórico y práctico de temáticas de gran relevancia social en el contexto internacional y nacional. El estudio se diseñó a partir de la metodología cualitativa, realizándose siete estudios de casos a profundidad. Los resultados muestran la presencia de afectación en el bienestar psicológico en las cuidadoras de este grupo, predominando las valoraciones de insatisfacción con su vida y las emociones negativas, tanto habituales como recientes, debido principalmente a las limitaciones que imponen las labores de cuidado. Además, la identidad de género asumida se muestra relacionada con el bienestar psicológico, en tanto influye en la manera en que se asume el rol de cuidadora y esta identificación se vincula a los niveles del bienestar psicológico.

Palabras claves: Cuidadores(as), bienestar psicológico, identidad de género, personas con discapacidad físico-motora severa.

Abstract

A study is presented about psychological well-being in people's caretakers with inability severe physical-motorboat from the gender perspective. The investigation was carried out from two outstanding categories: psychological well-being and gender identity. The characterization of these concepts and their interrelation allows to investigate in remarkable aspects of the daily life of the human beings, its levels of health and well-being, to deepen in complex topics as that of the caretakers and to contribute to the theoretical and practical study of thematic of great social relevance in the international and national context. The study was designed starting from the qualitative methodology, being carried out seven studies of cases to depth. The results show the presence of affectation in the psychological well-being in the caretakers of this group, prevailing the valuations of dissatisfaction with their life and the negative emotions, so much habitual as recent, due mainly to the limitations that the one imposes the works of care. Also, the assumed gender identity is shown related with the psychological well-being, as long as it influences in the way in that caretaker's list is assumed and this identification is linked at the levels of the psychological well-being.

Key words: Caretakers, psychological well-being, gender identity, people with inability severe physical-motorboat.

*Toda ciencia y toda investigación,
y de la misma manera toda la actividad y toda la búsqueda,
tratan de alcanzar, según se piensa, algo positivo.*
ARISTÓTELES

Desde el comienzo del presente siglo, el mundo ha vivido con más énfasis los cambios científicos. La manera de entender al ser humano y su salud son aspectos que continúan evolucionando y que en los últimos años se han modificado. La salud humana como categoría social se ha consolidado en este siglo y se han cambiado las maneras de conceptualizarla, lo que ha incidido en todas las ciencias relacionadas con ella, entre ellas la psicología (Knapp, 2005).

Estas nuevas perspectivas, preconizan como elementos centrales el bienestar humano y la salud, los cuales son aspectos que necesitan el apoyo de la investigación científica para la evaluación de su incidencia en la realidad. El estudio del bienestar psicológico como categoría compleja permite tener en cuenta aspectos relevantes de la vida cotidiana de los seres humanos, un acercamiento a su individualidad. Además, facilita adquirir los conocimientos necesarios para fortalecer aspectos relevantes que influyan en lograr índices de salud y bienestar adecuados.

Un aspecto relevante es el fenómeno de los cuidadores(as) que ha cobrado notable auge en el contexto mundial y nacional. El aumento del número de personas envejecidas, afianza los padecimientos de enfermedades crónicas y discapacidades, lo que impone un reto a los centros asistenciales, propiciando que los cuidados cada vez más se realicen en el espacio familiar.

También se hace relevante el estudio del bienestar psicológico en los cuidadores(as) desde perspectiva de género, debido a las desigualdades en hombres y mujeres que puede proveer el sistema informal de cuidados (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Eguiguren, 2005). Además el enfoque de género ha sido reconocido por Estrada (2009) como enriquecedor de los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad y como tal, favorecerá los objetivos de este estudio.

Otro aspecto interesante es el estudio de mujeres y hombres cuidadores de personas con discapacidad físicomotora severa, esta especificidad es relevante debido a la dependencia del paciente con estas características al cuidador, lo que puede tornarse en sobrecarga para este. Además son diferentes las atenciones que requieren estas personas, lo que nos permitirá el conocimiento desde esta perspectiva.

Por consiguiente, estudiar la relación de estos fenómenos se convierte en una investigación novedosa, interesante y útil, debido a que los estudios de cuidadores(as) revisados en su mayoría se restringen a describir las características sociodemográficas, enfocándose en las vivencias negativas y las problemáticas de salud que pueden provocar su actividad de cuidado, creando vacíos en el conocimiento de este fenómeno. Algo similar ocurre con los estudios de bienestar psicológico, los cuales se han centrado en personas enfermas y en estados terminales.

De esta manera, se pretende remediar estas cuestiones, partiendo desde la perspectiva de la psicología positiva, que posibilitará el mayor conocimiento de estas categorías. Además favorecerá la exploración de estos fenómenos, teniendo en cuenta las vivencias de los individuos. Contribuyendo así, a la apertura de una línea investigativa poco estudiada en el contexto nacional.

Sentando bases. Apuntes teóricos

Desde sus orígenes, el desarrollo del concepto de bienestar psicológico, ha sido un proceso constructivo difícil, plagado de incongruencias y la falta de consenso de la comunidad científica. Estas controversias han formado parte históricamente del devenir de esta categoría.

Una de las polémicas esenciales es la visión del bienestar psicológico como estado o como vivencia. Rojas Marco (2000) afirma que el bienestar es un estado de ánimo positivo que se relaciona o se produce a partir de la satisfacción de nuestra vida (Citado por Victoria, 2005) A esta concepción se oponen diversos autores, entre ellos Victoria (2004) quien afirma que la visión del bienestar como

estado implica una temporalidad de este con carácter transitorio, similar a un estado de ánimo, lo cual no caracteriza de manera suficiente este fenómeno.

Diferentes perspectivas, de esta problemática, defienden que el bienestar psicológico tiene como propiedad el estar conformado por elementos estables y cambiantes, al mismo tiempo (Diener, 1994 citado por Coronel de Pace, s/f) Puede considerarse la estabilidad como una de sus características, que son expresión de lo cognitivo, pues puede mantenerse a lo largo del tiempo y su versatilidad y transitoriedad se debe a las variaciones circunstanciales que puede tener, muy relacionadas con los afectos que predominan en el sujeto, expresión de la esfera emocional. Ambas esferas están vinculadas estrechamente e influidas por la personalidad y el contexto donde se desenvuelva el individuo (Victoria & González, 2000).

La propia conceptualización del bienestar plantea otra de las contradicciones: la existencia de dos tradiciones conceptuales, las cuales han sido las principales responsables de definir el bienestar y sus componentes. Estas son el hedonismo y la eudaimonía. Estas corrientes han influido en la dicotomía entre los términos de bienestar psicológico y subjetivo, debido a que en la tradición hedónica se utiliza el término bienestar subjetivo (Diener, 1984; Cuadra & Florenzano, 2003; D'anello, 2006 citado por Vielma & Alonso, 2010) y en la tradición eudaimónica, el bienestar psicológico (Casullo, 2002; Salotti, 2006 citado por Vielma & Alonso, 2010).

La corriente hedónica define esta categoría como la presencia de afecto positivo y la ausencia del negativo. Hace énfasis en las emociones como componentes principales del bienestar en el individuo y manteniendo la idea de que experimentar la mayor cantidad de placer posible en actividades que promuevan el disfrute saludable y noble permitiría la felicidad y el bienestar. El bienestar subjetivo se considera integrado por dos elementos: el balance afectivo que equivale a la resta de la frecuencia de emociones positivas con la frecuencia de emociones negativas y el otro componente es la satisfacción vital, que se considera un elemento más estable y menos voluble que las emociones y por tanto que incluye un mayor componente cognitivo (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Las teorías eudaimónicas proponen que el bienestar va más allá de la preponderación de experiencias positivas y la minimización de las negativas. Se considera relacionado con la forma de vivir plena, donde predominan los logros y el desarrollo de las potencialidades humanas, estableciendo la idea de que se encuentra en realizar actividades coherentes con los valores del individuo y el compromiso de este con estas actividades (Waterman, 1993 citado por Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Dentro de esta perspectiva Ryff (1989), propone el concepto de bienestar psicológico, definiéndolo como *el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo*, lo que implica que el bienestar psicológico es el producto de la realización de los logros y de una vida vivida al máximo (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Estas propuestas, brindan una perspectiva de lo controversial que puede resultar la conceptualización del bienestar psicológico. A partir de la revisión teórica realizada, se considera que la definición que mejor ilustra la complejidad de este fenómeno es la creada por Victoria (2004) donde afirma:

El bienestar psicológico es: la vivencia relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo (p.11).

De esta manera también se aclara la polémica referida a la estructura y componentes del bienestar, donde autores como Ryff (1989) esbozan un modelo multidimensional compuesto por seis dimensiones, las cuales son: la autoaceptación, las relaciones positivas con otras personas, la

autonomía, el dominio del entorno, propósito en la vida y el crecimiento personal (Citado por Díaz *et al.*, 2006).

Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) presentan un consenso entre los investigadores del bienestar, donde afirman que los elementos que componen la estructura del bienestar psicológico son: la satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo, y que de ellos se forman dos dimensiones que son: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva (Citado por Coronel de Pace, s/f).

Por su parte, Victoria (2004) brinda una propuesta que retoma las afirmaciones de sus predecesores y agrega una visión novedosa, alegando que los componentes del bienestar psicológico son: la dimensión cognitiva-valorativa, referida a la satisfacción con la vida y la dimensión afectiva-emocional, dentro de la que existen afectos positivos y negativos, además de elementos más o menos estables, denominados afectos habituales y afectos recientes.

Basándonos en este concepto, es interesante estudiar el bienestar psicológico en las personas cuidadoras, ya que estas constituyen un grupo de riesgo que a pesar de su antigüedad y de la importancia de las labores que realizan son poco reconocidos en la sociedad actual.

El término cuidar encierra en su significado una referencia a aquellas tareas que realiza un ser humano para satisfacer las necesidades o carencias de otra persona (Steele, 2010) Según Martínez (2006) el cuidar: “Es una cualidad natural del ser humano, ... está determinado por aspectos sociales y educacionales, también es el resultado de los valores personales. A pesar de ser un aspecto intrínseco, el cuidado de otros requiere un aprendizaje que se produce a lo largo de toda la vida y que es la suma de la adquisición de una serie de conocimientos, la experiencia personal y el entorno en el que cada persona se ha desenvuelto” (Citado por Steele, 2010 p.16).

La acción de cuidar es realizada por personas denominadas cuidadores(as). Estos brindan sus servicios a personas que padecen afectaciones que les impide proporcionarse estos cuidados a sí mismos, para que puedan desarrollarse en su vida diaria. Esto implica aprender tareas para atender de forma adecuada a la persona afectada, asumiendo responsabilidades diferentes, y complejizando la dinámica de vida que antes llevaba el o la cuidadora.

Las personas cuidadoras pueden clasificarse, teniendo en cuenta el parentesco con la persona receptora de cuidados, si es remunerado su servicio, el tiempo que dedica a esta actividad, entre otras. Las principales clasificaciones que se registran en la literatura son: cuidador(a) familiar/profesional, cuidador(a) primario o principal/ secundario y cuidador(a) formal/ informal. En la actual investigación se trabaja con cuidadoras familiares y principales.

Los cuidadores familiares son un grupo creciente, debido a que cada vez en mayor medida los cuidados son realizados por familiares de la persona enferma o discapacitada. Así sucede en el mundo actual, sobre todo en países de Latinoamérica, donde el referente social sobre el apoyo y unión de la familia es mayor, viéndose en estas la confluencia de varias generaciones en un mismo núcleo, haciendo que los lazos familiares se estrechen.

Como perfil generalizado de los cuidadores(as) familiares tenemos que son en su mayoría mujeres, con edades oscilantes entre 40 y 50 años, que están casadas o tienen pareja, en ocasiones hijos, con una educación variada, donde predominan la educación básica e incompleta. Mayormente son cuidadoras primarias y únicas del paciente. La consanguineidad es otro factor, predominando aquellos que tienen un parentesco muy cercano al paciente. Es común el poco apoyo social y familiar a estos cuidadores, la no remuneración y el padecimiento de algunas afectaciones en su salud. No obstante, este perfil no es único y puede variar en función de la historia, contexto del cuidador, así como según la enfermedad que cuida.

De esta manera, se aprecia el notable papel que ejercen las mujeres en los cuidados, superando el número de hombres que asumen estos. Por lo que, se va haciendo cada vez más relevante el estudio de la relación que tiene para hombres y mujeres cuidadoras, el género, no solo cuando asumen los roles para el cuidado, sino cuánto influye esto en su bienestar psicológico.

Por siglos, la mujer ha sido relegada y relacionada con el espacio privado, mientras el hombre se encargaba de desarrollarse en el espacio público. En la formación de las mujeres en sociedades patriarcales se ha privilegiado lo afectivo y el cuidado como elementos relevantes que deben integrar su personalidad y que deben ejercer en el espacio privado (Virgillí, 2012) Permitiendo así, la socialización, sobre la que se van construyendo la identidad de género femenina y que facilita la institución de estos roles, conformando parte de su subjetividad.

El cuidado informal, como rol asumido, tiene su base en las relaciones afectivas, el parentesco y la familia. Pertenece al ámbito privado que tan natural se hace para las mujeres. Por tanto, la lógica de las sociedades patriarcales, en la que se han educado, les indica que es más adecuado para ellas asumir los cuidados que para los hombres. Las mujeres lo comprenden como algo común y asumen estos roles asignados con resignación, entrega y sacrificio, pues forma parte de lo que, para ellas, es ser mujer. Por realizar estas actividades de cuidados no esperan reconocimiento ni remuneración ninguna, las consideran un deber, que históricamente ha sido parte de su identidad (Félix *et al.* 2012).

Estas asignaciones tradicionales las han hecho dueñas y expertas en el cuidado, por lo que la familia y la sociedad les exige que sean ellas las cuidadoras. De esta manera, sin remuneración, apoyo de la pareja o la familia, con grandes responsabilidades, y a expensas de su propia salud y bienestar, dejando atrás sueños, metas, proyectos, asume esta tarea (Félix *et al.* 2012)

Los hombres, por su parte, se encargan en su mayoría de las funciones productivas, proveyendo materialmente el hogar. Les han enseñado que esa es su función social y con ella se identifican, lo que pudiera dificultarle el asumir roles distintos como el cuidado. Algunos lo logran, desde sus peculiaridades, ya que el género masculino no ha sido educado por la sociedad para entregarse a otros de igual manera que las féminas y esto puede influir en la manera en que realizan los cuidados y se perciben a sí mismos. Por lo que, pueden existir particularidades en los cuidados de hombres y mujeres, por la manera en que han sido influenciados por la sociedad.

Estas diferencias se expresan en las variables afectaciones a la salud que sufren las cuidadoras y en el abandono de sus profesiones para dedicarse por entero al cuidado, lo que las afecta económicamente y aumenta su dependencia. Esta dedicación a los otros en ocasiones, le niega oportunidades, ya sea laborales, de estudio, superación y de participación social, limitando así su desarrollo. Evidenciándose diferencias notables en cuanto a coyunturas, inclusión social y sobre todo en cuanto a salud y género.

Estos elementos esbozados, nos indica que la identidad de género es un elemento relevante que está influyendo en que las mujeres naturalicen los roles de cuidados y las situaciones difíciles que se asocian a ellos, mientras, los hombres los aprecie como una elección que pueden suprimir. Sin embargo, existen hombres que asumen estos roles, con independencia de los estereotipos de género, así como existen mujeres que no consideran una obligación de su rol asumir el cuidado. Entonces, cabe la pregunta: ¿Cómo influye la identidad de género en el bienestar psicológico de hombres y mujeres que se dedican al rol del cuidado?

Por otro lado, se estudiará a los hombres y mujeres cuidadoras de personas con discapacidad físicomotora severa, debido a que la motricidad está rigurosamente comprometida, lo que agrava la situación de la persona que la padece, acentuando las características de los cuidadores familiares antes mencionados. La mayoría dependen de manera elevada del cuidador(a), con el que establecen fuertes vínculos afectivos. Las relaciones entre ambos y los factores psicológicos como creencias y estereotipos, pueden propiciar la sobreprotección y el vínculo dependiente, realizándose las responsabilidades del cuidador(a) de estas personas. Teniendo en cuenta estas cuestiones es interesante profundizar en las características de su bienestar psicológico y en la relación de este con su identidad de género.

Método

Teniendo en cuenta todos los elementos presentados anteriormente, el actual estudio se propone como objetivo general caracterizar la expresión del bienestar psicológico de un grupo de cuidadores

mujeres y hombres de personas con discapacidad físicomotora severa, desde la perspectiva de género.

Para esto se utiliza una metodología cualitativa, debido a la flexibilidad y riqueza que proporciona. La investigación tiene además un carácter exploratorio-descriptivo, debido a que el fenómeno ha sido poco abordado a nivel internacional y nacional. Se utiliza como estrategia de diseño de la investigación los estudios de caso múltiples a profundidad, los cuales permiten una mayor comprensión y claridad sobre un tema de carácter complejo.

Se utilizan dos categorías principales en la investigación: bienestar psicológico e identidad de género. El bienestar psicológico se representó integrado por dos dimensiones fundamentales: Las valoraciones de satisfacción con la vida (cognitiva-valorativa) y los afectos (afectiva-emocional). En ambos casos los indicadores fueron representados por aquellas valoraciones que realizaban los individuos sobre sus logros en cada una de sus esferas de actuación (familiar, personal, social, laboral, sexual y de pareja) y el predominio de emociones positivas y negativas, tanto habituales como recientes identificadas.

La categoría identidad de género por su parte, está compuesta por tres dimensiones fundamentales la asunción de roles y concepciones tradicionales, transicionales y transgresoras. Sus indicadores esenciales son la presencia de elementos que privilegien una representación vinculada con la condición de mujer u hombre desde los roles tradicionales instituidos, desde el sincretismo de roles tradicionales y transgresores y desde los roles que rompen con los patrones instituidos tradicionalmente en las sociedades patriarcales.

El grupo de estudio conformado tuvo como criterios de inclusión que fueran mujeres y hombres cuidadores familiares y primarios de personas con discapacidad físicomotora severa y tuvieran disposición para participar en la investigación. Mientras que no conforman parte de este grupo aquellos cuidadores (as) de personas con otras afectaciones y/o que sean cuidadores(as) profesionales o remunerados económicamente. De inicio se contactó a dos hombres cuidadores para que formaran parte de este grupo, en ambos casos estos expresaron su indisposición para participar en la investigación, por lo que el grupo de estudio quedó conformado solo por mujeres cuidadoras de edades entre 42 y 71 años, donde predominan las que tienen pareja, con nivel educacional medio por lo general y desvinculadas laboralmente en su mayoría, a sea por jubilación o abandono de la profesión.

El tiempo de cuidado varía entre 5 y 43 años, así como es diverso el parentesco con el familiar cuidado predominando las madres, pero existiendo una sobrina, una hija, una nieta y una hermana. Es común que existan creencias religiosas en este grupo estudiado, predominando la religión católica. El color de piel más común fue el blanco, aunque existen dos mestizas en este grupo. Todas las cuidadoras estudiadas se caracterizan por convivir con el familiar al que cuidan y dedicarle gran parte del día a estas actividades de cuidados.

Los instrumentos utilizados para la evaluación son el Cuestionario de Bienestar Psicológico elaborado por Victoria (2004), la entrevista individual semiestructurada, la observación, el cuestionario en forma de esferas de la vida, la asociación libre de palabras, la técnica de los diez deseos y la distribución del tiempo semanal.

El procedimiento general para la investigación constó de tres momentos relevantes: un momento inicial de revisión bibliográfica, antecedentes de la investigación, elaboración y estructuración de las categorías de estudio; un momento de aplicación de la batería de técnicas, comenzando por una entrevista inicial que favoreciera el *rapport* entre personas del grupo de estudio e investigadora y continuando con el procedimiento, la aplicación del cuestionario de bienestar psicológico, las entrevistas a profundidad y el resto de los instrumentos; por último un momento de análisis de la información.

Para llegar a los resultados finales, se realizó en principio un análisis de contenido y triangulación de la información obtenida en las diversas técnicas y luego a cada caso en su particularidad, para tener una visión más completa del fenómeno en este grupo de estudio. Además, se utilizó la síntesis a

través de Casos Cruzados, donde cada caso fue tratado como diferente y sus resultados analizados inicialmente en su particularidad y luego comparados con los resultados obtenidos en los otros estudios de casos. Toda la información conseguida fue triangulada con el fin de comprender el fenómeno en su totalidad y de lograr tendencias o generalidades del grupo de estudio. De esta manera se alcanzaron los siguientes resultados.

Discusión de los resultados

Valoraciones de Satisfacción con la vida

Como generalidad en este grupo de estudio existen valoraciones de insatisfacción con el desarrollo de las esferas de su vida, asociados principalmente al ejercicio del cuidado y las limitaciones que este rol le impone, lo cual afecta de manera notable su bienestar psicológico. Vellido (2012) refleja estas limitaciones que imponen las labores del cuidado como rasgos comunes en las cuidadoras principales, así como la repercusión en su tiempo de autocuidados y ocio.

De manera ambivalente, también se aprecian expresiones de satisfacción vinculadas a este rol. Esta tiene como fundamento el compromiso moral, que puede sustentarse o no en un vínculo afectivo favorable hacia su familiar. El cumplimiento de esta retribución brinda satisfacción a la cuidadora, en tanto siente que ha ejercido de manera efectiva su rol. En la mayoría de los casos el vínculo afectivo positivo favorece esta satisfacción, pues las cuidadoras, valoran que el cuidado de sus familiares les permite retribuir el afecto, gratificarlos, acrecentar sus relaciones etc. Estos resultados coinciden con estudios realizados, donde se describe cómo hombres y mujeres cuidadoras tienden a asumir el rol como un "deber moral" y esto los hace sentir satisfechos(as) (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005, Lagarde, 2003, Vaquiro y Stieповich, 2010).

En la esfera personal se expresan elevadas insatisfacciones, debido a que la satisfacción de las necesidades individuales de las cuidadoras, son postpuestas e ignoradas en pos de las necesidades de los otros. Por otro lado, la valoración del rol de cuidadora que desempeñan es uno de los elementos que con más relevancia se evidencian en las expresiones de los sujetos. Dicho rol las define en gran medida, debido al tiempo que llevan realizando estas actividades y la relevancia que posee en su vida.

De esta manera, se aprecia que las cuidadoras tienden a autovalorarse positivamente, en tanto valoran como adecuado su desempeño de roles tradicionales de género como el de cuidadora, madre, esposa e hija. Esto propicia que en ocasiones desestimen otras potencialidades y características de su personalidad. Sancho y Quero (2006) confirman estos resultados en sus investigaciones, afirmando que el cuidado cambian tanto la dinámica y condicionan tanto su rol que no se trabaja de cuidadora, se es cuidadora.

Todos estos elementos conducen a que exista una tendencia a que los proyectos futuros se encuentren inestructurados, debido a que su vida se centra en estas labores y dependen de la mejoría del paciente o de la sustitución en estas tareas para poder poner en práctica sus planes.

En cuanto a las motivaciones de las cuidadoras se aprecia que están enfocadas al bienestar familiar y a su actividad de cuidado, lo que ratifica la tendencia de este grupo a entregarse al cuidado de los otros, priorizándolo a su desarrollo personal. Demostrándose que existen motivos afectivos, de reciprocidad y deber que las llevan a considerar como principios elementales de su vida el cuidado de sus familiares, proveyéndoles estas acciones sus principales expresiones de satisfacción.

Otra generalidad en las cuidadoras estudiadas, es la expresión de insatisfacciones con respecto a padecimientos de salud que van desde el estrés, la ansiedad hasta tendinitis, lumbalgias, problemas en la columna, dolores musculares, depresión, insomnio etc. Las rutinas del cuidado, constituyen las causas fundamentales de estas afectaciones. La atención médica a estas enfermedades no constituye prioridad para las cuidadoras y ninguna valora la posibilidad de abandonar o ceder la actividad de cuidados. Estas cuestiones, perturban su salud deteriorándola, causando afectos negativos vinculados a una autopercepción de afectación e inutilidad, que influye en su bienestar psicológico.

Estos elementos se corresponden con investigaciones que caracterizan a las cuidadoras como sacrificadas por los otros, (Peinado & Garcés de Los Fayos, 1998; Cabariti, 2010; Pérez, 2006; Steele, 2010; Jofré & Mendoza, 2005), por lo que es un elemento común en las cuidadoras. Sin embargo, en estas investigaciones no se reconoce este aspecto como elemento que afecta el bienestar psicológico.

En cuanto al área social, en las cuidadoras existe una tendencia a expresar valoraciones de satisfacción, con pocos conflictos. Esta esfera, constituye un espacio de satisfacción de necesidades de afecto y filiación, carentes en el ámbito familiar. Se evidencia además, satisfacción con la buena calidad de las relaciones sociales que se establecen.

Las principales insatisfacciones se refieren a las limitaciones que impone el cuidado en esta área y la percepción de escaso apoyo social a nivel institucional. Esto les presenta nuevas problemáticas a su vida, debido a que son ellas solas las que deben gestionar las soluciones a sus dificultades, aprender como curar, instruirse en la enfermedad etc. lo que acrecienta las responsabilidades de la cuidadora y sus insatisfacciones.

La falta de apoyo social ya ha sido registrada por la OMS (2009) como un elemento común que perciben las cuidadoras. Vaquiro y Stiepovich (2010) consideran que el cuidado se asocia al rol reproductivo en la mujer y por tanto se naturaliza que esta sea la que lo realice, lo cual dificulta que se reconozca socialmente su valía, ya que el cuidado no se reconoce como trabajo remunerado, lo que se confunde con una carencia de valor. Por otro lado, es bien sabido que el rol de cuidadora puede afectar las interacciones con los otros, debido a la dedicación elevada que la cuidadora centra en el enfermo, reduciendo el tiempo para interactuar en relaciones sociales y afectando la atención a las existentes (Matus, 2013).

Otro aspecto que refleja igual insatisfacción en las cuidadoras es su distribución del tiempo. Se aprecia como todas sus tareas diarias son labores relacionadas al cuidado de la persona discapacitada, los familiares y el hogar. De esta manera, se aprecia una distribución del tiempo sobrecargada, predominando el poco tiempo para el descanso y la recreación. Esto afecta el bienestar psicológico de las cuidadoras.

Estos elementos han sido anteriormente descritos en la teoría por Vaquiro y Stiepovich (2010), Espín (2010) y Lagarde (2003) quienes coinciden en que la vida de la cuidadora se acondiciona por el rol asumido a partir de las enseñanzas tradicionales que ha recibido, y que estas perciben en su mayoría que el cuidado afecta de manera importante la salud y su vida personal y social, debido a que la frecuencia con que lo realizan es elevada, lo que acrecienta su malestar y las inconformidades con el rol.

Como tendencia general se apreciaron altos niveles de insatisfacción en la esfera material, no considerando que exista estabilidad ni seguridad en este aspecto en sus vidas y que los recursos con lo que cuentan no son suficientes para cubrir las necesidades del cuidado. Este es un elemento que causa muchas expresiones de insatisfacción en las cuidadoras, ya que constituyen problemáticas extras con las que deben lidiar y que han llegado hasta afectar su salud, debido a que se suman a las dificultades del propio rol de cuidadora y afectan la calidad del cuidado que brindan.

Como predominio en la esfera laboral se observa el abandono o jubilación adelantada de las cuidadoras. El área profesional es considerada como un espacio de estimulación que les facilita la variabilidad de actividades, salir de la rutina del cuidado, el vínculo social y su mayor desarrollo personal, por lo que valoran la no incorporación a este espacio como una gran insatisfacción que afecta su desempeño y logros en esta área.

El cuidado es su principal limitación, pues ocupa gran parte de su tiempo, impidiendo que se desarrollen profesionalmente. Esto provoca en las cuidadoras valoraciones de insatisfacción con su situación y emociones negativas como la frustración y la impotencia, en tanto consideran que cumplen con su rol, pero esto tiene altos costos y renunciaciones subjetivas para ellas, lo cual afecta de forma negativa su bienestar psicológico.

Vaquiro y Stieповich (2010) describen en sus estudios cómo las cuidadoras se ven obligadas a abandonar o reducir su jornada laboral debido a las responsabilidades del cuidado. Sin embargo, no se ha encontrado ningún resultado que argumente las insatisfacciones y emociones que esto trae a las cuidadoras y cómo afecta su bienestar.

En cuanto a la esfera de pareja, se evidencia variabilidad en el grupo de estudio. De las cuidadoras que tienen pareja, podemos notar que existe mayor satisfacción en esta esfera y se sienten más apoyadas y realizadas en este sentido que aquellas que no tienen pareja. De esta forma, podemos afirmar que la percepción de apoyo de parte de la pareja es un elemento que favorece el bienestar psicológico, en tanto estas se sienten más reconocidas y aceptadas, favoreciendo que se perciba menos carga y mayor satisfacción. Por el contrario, la falta de apoyo espiritual, crea en las cuidadoras la sensación de soledad, mayor responsabilidad, abandono, mayor estrés y depresión.

Como aspecto notable podemos apreciar que las cuidadoras como tendencia se ven limitadas por las labores de cuidado, en esta esfera, influyendo estas en que existan insatisfacciones en cuanto al aspecto sexual y de intimidad de la pareja. Este elemento está relacionado con la tendencia a anteponer el rol de madre o cuidadora a los intereses sexuales, descuidando la pareja, lo que afecta la dinámica de esta esfera, incidiendo en las separaciones y divorcios. Estos resultados han sido expuestos por Steele (2010) en sus investigaciones en cuidadores(as).

En cuanto al área familiar pudimos apreciar que la mayoría de las mujeres expresan valoraciones ambivalentes en su dinámica: por una parte, perciben apoyo y afecto de sus parejas e hijos, sin embargo su familia de origen tiende a alejarse y desentenderse del cuidado de su familiar. De esto derivan, constantes demandas de ayuda a su familia de origen, que constituyen elevadas insatisfacciones en esta área. Sin embargo, las cuidadoras tienden a centrarse en su familia conformada, de los que reciben soporte, lo que elevan su satisfacción en esta esfera.

Otro componente con el que muestran insatisfacción es con el reconocimiento por sus labores en el ámbito familiar, lo cual es un elemento que se observa relevante para su bienestar psicológico, ya que las cuidadoras que dicen no tener este se sienten menos valoradas y útiles, más afectadas emocionalmente.

Como factores protectores del bienestar psicológico encontramos la religiosidad, la personalidad optimista y la autoestima adecuada. Los factores protectores facilitan que las cuidadoras, valoren como más satisfactorias las áreas de su vida, se centren en las cuestiones positivas más que en las negativas y tengan mayor confianza en su futuro.

Resultados similares han sido registrado antes debido a que se considera la religiosidad como un recurso personal, es un factor que tiene un efecto mediador y moderador sobre el estrés y el malestar de los cuidadores, ya que les facilita ayuda, pues encuentran propósito en la diversidad, un fundamento para afrontar el cambio, la pérdida y la incertidumbre, además le permite a los cuidadores interpretar el sufrimiento, mantener la esperanza (López, Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2013).

Otros autores corroboran la existencia de otros factores, considerando la personalidad como moduladora del bienestar psicológico, a la vez que se considera que puede condicionar el tipo de afrontamiento de las personas (Diener & cols., 2003, citado por Victoria & González, 2007).

Afectos habituales y recientes

En la totalidad de las cuidadoras podemos encontrar el predominio de emociones negativas como tendencia. Los afectos que pudimos corroborar como frecuentes en las cuidadoras son: frustración, tristeza, preocupación, temor, impaciencia, ansiedad, estrés y depresión. Existen elementos asociados que son el centro de estas emociones negativas, el principal son las restricciones que impone la actividad de cuidado, en la cual las cuidadoras muestran elevadas insatisfacciones. Dichas valoraciones de desaprobación casi siempre, como bien expresa Victoria (2004) en su teoría de bienestar psicológico, llevan asociadas emociones coherentes.

Otros aspectos a los que se asoció estos estados emocionales negativos fueron las insatisfacciones en diversas esferas de su vida, sobre todo a la percepción de su salud deteriorada. La propia discapacidad del familiar es otro aspecto que facilitaba la aparición del temor, la inseguridad, la ansiedad, la preocupación y la tristeza, teniendo como base un vínculo afectivo y el conocimiento que se tiene de su elevado grado de dependencia y el pronóstico reservado de la enfermedad, lo que provoca en las cuidadoras incertidumbres sobre la salud futura del paciente.

En este grupo también se observa que no existen grandes diferencias entre las emociones habituales y las recientes, debido a que el rol de cuidadora ha sido ejercido durante muchos años. Por lo que, las emociones negativas asociadas a las valoraciones de insatisfacción hacia el cuidado, si bien es posible que antes no fueran estables en ella, después de varios años son percibidas como tal.

Las emociones positivas expresadas, están vinculadas al cuidado y tienen que ver con aquellos afectos que aparecen al retribuir a su familiar, entre ellas pudimos observar un predominio del amor, agradecimiento, la confianza, la esperanza. Estas dos últimas también se pudieron apreciar vinculadas a la religiosidad como un aspecto relevante en su vida, que le permite experimentar estas emociones positivas con respecto a los cuidados, debido a sus creencias.

Los estados emocionales negativos en las cuidadoras ya han sido descritos: Pérez (2006) afirma que debido a los roles asumidos por las cuidadoras estas pueden experimentar emociones negativas como la desesperanza, la depresión, el estrés y el miedo, la incertidumbre, la ansiedad muy relacionados con el deterioro irreversible del familiar, así poco a poco se ve afectada la satisfacción con la vida del cuidador, y aumentan las dificultades en su salud, las tensiones emocionales y físicas etc. y considera que pudieran derivar en trastornos mentales.

Identidad de género y bienestar psicológico

Como generalidad se aprecia que las cuidadoras estudiadas se identifican con los roles y concepciones de género tradicionales femeninos. Esta identificación es un elemento relevante en cuanto a la asunción del rol de cuidadora, pues facilita que este sea ejercido como un compromiso moral, debido a las enseñanzas tradicionales que han recibido de esta sociedad patriarcal y que contribuyen a que consideren este rol como un aspecto más de lo que significa ser mujer. Favoreciendo así, que la asunción de ellos se aprecie como natural, "porque es lo que me toca". Propiciando que las mujeres se sientan satisfechas con el desempeño de este rol, en tanto tributa a su deber social y afianzan su identificación con los roles tradicionales femeninos asignados, haciendo su comportamiento coherente con sus creencias sobre lo que es ser mujer.

Estos resultados han sido abordados por Lazcano (2008) y Lagarde (2003). En todos los casos se mantienen concepciones tan instituidas que conforman su sistema de creencias, haciéndolas aceptar el rol a pesar de reconocer la afectación a su vida que este conlleva. Admitiendo las responsabilidades que le son asignadas y sometiendo a la presión social, comenzando a anteponer las necesidades de otros, dedicando poco tiempo a sus intereses y restringiéndose al ejercicio del rol de cuidadora.

De esta manera, se puede afirmar que la identidad de género asumida está relacionada con el bienestar psicológico de las cuidadoras. Sin embargo si bien estas concepciones tradicionales, pueden propiciar bienestar por la satisfacción que brindan, influyen negativamente limitando el desarrollo en diversas esferas de su vida, provocando en las cuidadoras emociones negativas, problemas de salud, en la satisfacción con su vida, contribuyendo así a que se afecte su bienestar psicológico.

Consideraciones finales

Los resultados anteriores ilustran las afectaciones que sufre el bienestar psicológico en este grupo de cuidadoras. Las causas principales están vinculadas a la propia asunción del rol, que conlleva a la desorganización de sus dinámicas psicológicas y las restricciones al desarrollo en sus esferas de actuación. Estas cuestiones influyen en que la cuidadora valore negativamente su bienestar psicológico, pues disímiles elementos de su situación de vida están incidiendo en que se aprecie

afectaciones en este, tales como el tiempo que lleva al cuidado, el conocimiento que tiene sobre la enfermedad, el escaso apoyo y reconocimiento social, la afectación de su salud, la falta de apoyo de la familia de origen, escasos recursos materiales, la desvinculación laboral, la rutina doméstica, el poco tiempo dedicado a sus intereses y necesidades personales etc. De esta manera, se puede apreciar en este grupo de estudio no solo elevadas valoraciones de insatisfacción con su vida sino la frecuencia de emociones negativas tales como: la ansiedad, la depresión, el temor, la preocupación, la irritabilidad, la frustración y la impaciencia. Por otro lado, los roles y concepciones de género con los que se identifican influyen en disímiles cuestiones de su vida, sobre todo en la manera en que se asume el rol de cuidadora (como naturalizado o impuesto), lo cual determina la calidad del bienestar psicológico. Por lo que, la identidad de género es otro aspecto que debe considerarse como relacionado al bienestar psicológico en las cuidadoras. Todos estos elementos van conformando conflictos y dificultades en la vida de estas, que van intercediendo en su percepción de bienestar psicológico. Sin embargo, existen factores que protegen este bienestar, logrando que las cuidadoras lo valoren en mejor medida. Estos factores protectores, si bien influyen en que no se perciba un bienestar afectado completamente, no son potenciadores del bienestar en sí mismos, sino que facilitan a la cuidadora, el afrontamiento a situaciones difíciles en su vida, la mejor valoración de esta y por tanto tributan a que su percepción de bienestar psicológico sea mejor que en aquellas cuidadoras que no se aprecian estos factores.

Bibliografía

- Cabariti, S. (2010). Afeciones psicosomáticas en cuidadores de familiares enfermos. Documento digital.
- Castro, P.L. (2006). Aspectos psicológicos de las personas con discapacidad físico-motoras severas. En: García, M.T & Castro, P. L. (ed.) *Psicología Especial* t. III, (158-258) La Habana: Félix Varela.
- Coronel de Pace. C. P. (s/f). Bienestar Psicológico. Consideraciones teóricas. Documento digital.
- Crespo, M. & López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias*, 35, octubre. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 12(1), 83-96.
- Díaz, D. *et al.* (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18(3), 572-577. Recuperado de: www.psicothema.com
- Espín, A. M. (2010). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. La Habana. 2003–2009. Tesis presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.
- Estrada, J.H. (2009). La articulación de las categorías de género y salud: un desafío inaplazable. *Revista Gerencia Política en Salud*. 8 (17), 106-122.
- Félix, A *et al.* (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados. Edición electrónica*. 16(33) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- García-Calvente, M.M, Mateo-Rodríguez, I. & Eguiguren, A.P. (2005). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Documento digital.
- García-Mina, A. (2003). Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad. España: Narcea.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11, (5/6). 454-461.

- Jofré, V. & Mendoza, S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*.9 (1), 37-49.
- Knapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Félix Varela.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. Recuperado de: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entr_e_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf
- Lazcano, C. L. (2008). La expresión de la identidad de género en la personalidad neurótica. Un estudio en mujeres diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo. Tesis presentada en opción al título académico de máster en estudios de Género. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.
- López, J.; Márquez-González, M.; Romero-Moreno, R. & Losada, A. (2013). Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato. *Sociedad y Utopía*.41 (6), 402-433.
- Martínez, I. (2006). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Ponencia presentada en Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Matus V. & Barra, E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*. 23(2), 153-160.
- Organización Mundial de la Salud (2009) Resumen Analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra: OMS.
- Peinado, A. I. & Garcés de Los Fayos, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 14(1), 83-93.
- Pérez, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Programa: La Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia. Universidad de Salamanca, España.
- Pinto, N.; Barrera, L. & Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa .Cuidando a los cuidadores. *Revista Aquichan*. 5 (5) 128-137.
- Ryff, C. & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and implications for Psychotherapy Research. *Psychother Psychosom*. 65, 14-23.
- Sancho, I. & Quero, A. (2006). ¡Me tengo que levantar! Relato de una madre cuidadora de su hijo con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizado. Tesis para optar al título de máster: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. España.
- Steele H. (2010). "Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009". Tesis de para optar por el grado de especialista. Sistema de Estudios de Posgrado de Psiquiatría, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecasbhptextotesis20.pdf>
- Vaquiroy Stieповich (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*. 16(2), 9-16.
- Vázquez C., Hervás, G., Rahona, J.J & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Anuario de psicología Clínica y de la Salud*.5 ,15-27.
- Vellido, C. (2012). Cambios y emociones. Recuperado de: <http://cpaliativos-escueladepacientes.blogspot.com/2012/08/cambios-y-emociones.html>
- Victoria C. R. & González I. (2000). La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16(6), 586-92.
- Victoria C. R. & González M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25(1) ,72-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902508>

- Victoria C.R. (2004). Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Miguel Enríquez, Cuba. Recuperado de: <http://promociondeeventos.sld.cupsicosaludfiles200803resumen-tesis-carmen-regina-victoria.pdf>
- _____. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 8 (2), septiembre.
- Vielma, J. & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *EDUCERE*. 14(49), 265 – 275.
- Virgilí, D. (2012). Género y trabajo remunerado. Experiencia grupal de Investigación-acción con mujeres y hombres dirigentes del Ministerio del Transporte. Tesis en opción del Título de Máster en Psicología Educativa. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.