

HIJOS ADULTOS MAYORES AL CUIDADO DE SUS PADRES, UN FENÓMENO RECIENTE

ELDERLY CHILDREN IN CARE OF THEIR PARENTS, A RECENT PHENOMENON

PS. BEATRIZ ZEGERS P. (1)

1. ESCUELA DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES (CHILE). MAGÍSTER EN FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA Y LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Email: bzegers@uandes.cl

RESUMEN

Es un hecho inédito en la historia de la humanidad que hijos que han llegado a la ancianidad cuiden de sus padres. Se mostrarán las particulares vicisitudes y desafíos que se plantean en el seno de la familia extensa cuando se trata de hijos adultos mayores quienes asumen la tarea de cuidar a sus padres, ya que éstas difieren de aquellas que se formulan cuando los hijos se encuentran en la adultez media. Si bien muchas familias se adaptan sin grandes sobresaltos a esta transición biográfica, otras se enfrentan a auténticas crisis. Distinguir las puede ayudar a los profesionales de salud a manejar de mejor modo a sus pacientes y también ayudar a quienes se encuentran abocados a esta tarea.

Palabras clave: Padres adultos mayores, cuidado familiar.

SUMMARY

The growing aging population has given rise to unprecedented event in human history: elderly children in care of their parents. The work will show the particular vicissitudes and challenges within the extended family when it comes to elderly children who assume the task of caring for their parents because they differ from those that are made when children are in the middle adulthood. While many families adapt without major surprises to this biographical transition, others face a real crisis. Distinguishing between both, could help health professionals to best manage their patients and also help those who are working on this task.

Key words: Elderly parents, elderly children, family care.

INTRODUCCIÓN

La coexistencia en una familia de dos generaciones de adultos mayores (AM) fue descrita en otros países, como en EE.UU. por ejemplo, hace 50 años (1). Sin embargo, en Chile, hasta ahora, el cuidado de padres AM era asumido mayoritariamente por hijos que se encontraban en el período de la adultez madura y edad media de la vida. Esta tarea se ha retardado debido a los cambios sociodemográficos que se expresan en una disminución en el crecimiento poblacional y envejecimiento progresivo de la población (2). Debido a lo anterior, hoy día un creciente número de hijos, también AM, son los encargados de brindar este apoyo.

A partir de la revisión de la bibliografía disponible, este trabajo se ha planteado los siguientes objetivos:

- a) Mostrar los cambios en las tendencias poblacionales en Chile.
- b) Establecer las diferencias entre la 3^{era} y 4^a edad.
- c) Señalar los principales desafíos que enfrentan los hijos AM dado su ingreso a la ancianidad, los cuales son distintos a aquellos propios de la adultez madura y edad media de la vida.
- d) Describir las expectativas que tienen los padres AM chilenos respecto de sus hijos.
- e) Aludir a las vicisitudes a las que se puede enfrentar una familia cuando se encuentra en estas circunstancias, delineando las diferencias existentes entre lo que se ha llamado una transición biográfica y las posibles crisis que pueden suscitarse.

CAMBIOS DE LAS TENDENCIAS POBLACIONALES EN CHILE

Chile, al igual que Latinoamérica, se enfrenta a una importante transición demográfica cuyas expresiones distintivas son dos: disminución del crecimiento de la población en los últimos cinco años y envejecimiento en las estructuras de edades (2).

La conjunción de estas dos manifestaciones se expresará en Chile, en el hecho que en el año 2025, el número de personas de 60 y más años igualará a los menores de 15 años. Por otra parte, el Censo de 2002, mostraba que el 11,4% de la población total de AM tenía 60 o más años (3), porcentaje que habría aumentado al 12,95% en el año 2010, estimándose que alcanzará al 28,20% en el año 2050 (2). En la Tabla 1 se muestra el progresivo aumento de sujetos AM en Chile. Dentro de este aumento, llama la atención que proporcionalmente, el mayor crecimiento del grupo etario se observa ocurrirá entre los mayores de 80 años, lo que se aprecia en la Tabla 1 y en el Gráfico 1, se especifica la estimación de este aumento para los próximos años. Asimismo, la reducción sostenida de la mortalidad se refleja hoy en una esperanza de vida al nacer en Chile de 77,7 años, promedio que considera ambos sexos (período 2005-2010) y que se estima será de 79,1 años (período 2010-2015) y alcanzará los 82,1 años en el 2050 (2).

Las tendencias precedentemente descritas permiten comprender por qué hoy día asistimos a la coexistencia en una familia de dos generaciones de AM, hecho que es absolutamente inédito y que se mantendrá en los próximos años.

Tercera y cuarta edad

El incremento en las expectativas de vida ha llevado a distinguir entre el grupo de ancianos a los de la 3^{era} y los de la 4^{ta} edad. Para Naciones Unidas, la ancianidad se inicia a los 60 años (4). Ya en la década de los 60 del siglo recién pasado se distinguió entre el grupo de viejos-jóvenes y viejos-viejos (5). Los cambios en las estructuras de edad anotados precedentemente para Latinoamérica y Chile, han comenzado a popularizar en estos confines, la citada distinción entre estas dos edades.

La diferencia entre ambos grupos no está ligada a un rango específico

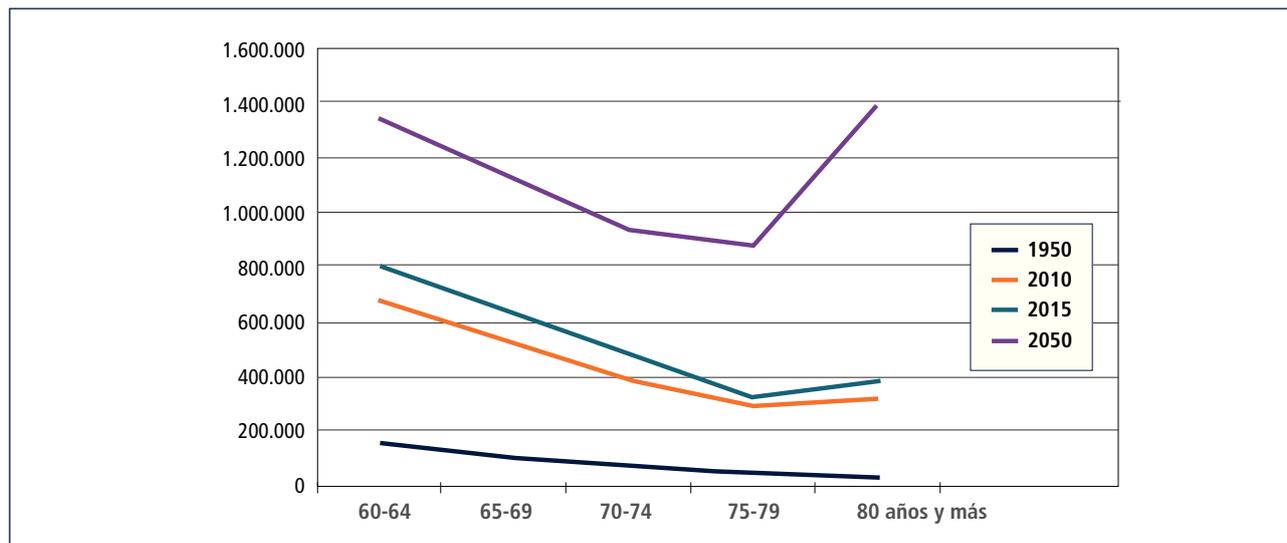
de edad, lo anterior debido al hecho que el envejecimiento se encuentra mediado por diversos factores y por ende, las personas envejecen a ritmos distintos. Con todo, se ha establecido como criterio de referencia, que la 4^{ta} edad, en países en vías de desarrollo comienza alrededor de los 75 años, mientras que en países desarrollados, ésta tiende a iniciarse aproximadamente 5 años después, esto es, alrededor de los 80 años (6). De lo anterior se desprende que si bien es esperable que los padres ancianos estén en la 4^{ta} edad y sus hijos en la 3^{era}, puede suceder que ambos, por sus condiciones de salud física y/o mental, estén en la 4^{ta} edad; incluso, puede ser que el hijo forme parte del grupo de 4^{ta} edad, mientras el padre o madre se encuentre en la 3^{era}.

Esta diferenciación se ha producido debido a la influencia de factores ambientales, avances en la práctica médica, mejores condiciones económicas, educacionales y medios de comunicación (6). Como consecuencia de todo lo señalado, los ancianos como grupo, pueden mantener el potencial de adaptación física y mental, pueden contar con reservas emocionales, cognitivas y sociales, pueden usar estrategias efectivas para enfrentar las ganancias y pérdidas que la vejez trae consigo y se hallen en condiciones de vida favorables hasta edades más avanzadas que lo que ocurría hasta hace unos pocos años atrás, postergando las necesidades de asistencia y cuidado (6). Lo anterior se debe a que se ha retardado la aparición de algunas enfermedades crónicas y patologías diversas que afectan la funcionalidad y autonomía de quienes las padecen (6). La presencia simultánea de ambos fenómenos da cuenta del porqué hijos AM de la 3^{era} edad pueden encontrarse hoy día cuidando a sus padres AM que forman parte del grupo de la 4^{ta} edad.

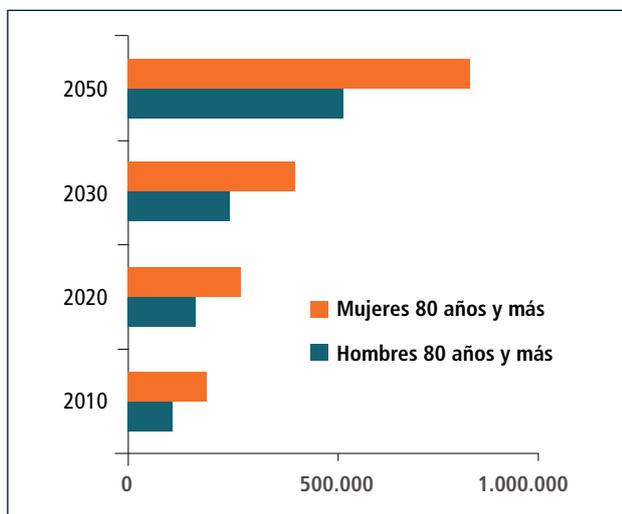
Tareas y desafíos personales que enfrentan los AM de la 3^{era} edad

El ingreso a la 3^{era} edad se inicia habitualmente con la llegada de la jubilación. Aunque muchos estudios especializados se han centrado en los

TABLA 1. CHILE: ESTIMACIONES POBLACIÓN AM, PERÍODO 1950-2050 (*)



(*) Elaboración propia a partir datos CEPAL, ECLAC: Observatorio Demográfico N° 3, 2007 (2).

GRÁFICO 1. CHILE: ESTIMACIÓN POBLACIÓN AM DE 80 Y MÁS AÑOS, PERÍODO 2010-2050 (*)

(*) Elaboración propia a partir de datos CEPAL, ECLAC: Observatorio Demográfico N° 3, 2007 (2).

aspectos negativos de este proceso (7), planteándolo como una crisis, en cambio hay otros estudios que lo ven como una transición biográfica. Mientras la última perspectiva se focaliza en los logros y cambios normativamente esperados y, en tanto tales, fáciles de asumir, la visión de la jubilación como crisis, enfatiza los conflictos, junto a las decisiones y necesidad de ayuda para llevar a cabo los cambios que ocurrirán y que uno no desea (8). Si la crisis se resuelve bien, la situación futura podría mejorar, en caso contrario, ésta podría empeorar.

En cualquier caso, es común que la jubilación traiga consigo, entre otros: reajustes en el presupuesto debido a la merma en los ingresos económicos que se producen con el retiro; se redefina la relación conyugal, la que puede verse beneficiada cuando la partida de los hijos disipa conflictos anteriores o cuando la llegada de los nietos, esa "segunda paternidad y segunda maternidad tan diferentes a la primera" (9) abre nuevas posibilidades de encuentros con la pareja; la autoestima se ve desafiada, ya que hay veces en que es necesario encontrar nuevas formas de valoración personal distintas a aquellas que provenían de logros y reconocimientos laborales y surge también, la pregunta acerca de qué hacer con el tiempo libre.

Para quienes planifican y desean su retiro, jubilar puede significar entrar en una vida que no habían supuesto, ingresar en un período de felicidad no imaginada en la juventud o en la época en que uno se sintió constantemente necesitado, exigido, tensionado entre las demandas laborales y aquellas familiares o de la comunidad (10). Por otra parte, los AM de la 3^{era} edad hoy día están más conscientes de asumir la recomendación que establece, que para envejecer bien, hay que hacerlo activamente (11), lo cual significa involucrarse en una serie de actividades y compromisos que los desafíen y estimulen; iniciativas que muchas veces se relacionan con abrirse al desarrollo de distintos intereses que por las exigencias de la vida

laboral y familiar, se pospusieron. De lo anterior se desprenden las razones de por qué el cuidado de los padres ancianos en esta época, puede generar tensiones distintas de aquellas que surgen en la edad media de la vida, cuando todavía uno está implicado en el cuidado de los propios hijos y está enfrentado a tomar decisiones que se relacionan con una vejez que se avizora, pero que todavía no ha llegado. Además, la situación puede verse complicada por otros motivos; así por ejemplo, sucede cuando el cuidado de los padres ancianos coincide con el cuidado del cónyuge, lo que suele suceder cuando el marido es algunos o varios años mayor que la mujer o cercano a la edad de su suegro y/o suegra. En otras circunstancias, el hijo tiene que postergar la decisión de jubilar ya que su pensión no le alcanza para cubrir sus necesidades y la de sus padres que no hicieron las previsiones necesarias para el tiempo de retiro.

EXPECTATIVAS QUE TIENEN LOS PADRES AM CHILENOS RESPECTO DE LAS ATENCIONES QUE SUS HIJOS LES DEBEN BRINDAR

Después de la partida de los hijos adultos de la casa parental, muchos padres continúan prestando apoyo de diversa índole a sus hijos. Así por ejemplo, AM chilenos opinan, en un 57,8%, que es un deber de ellos escuchar a sus hijos y aconsejarlos, un 48,9% señala estar dispuestos a que los hijos/as vuelvan a vivir con ellos, un 46,7% cuidaría a sus nietos si lo necesitasen y un 44,5% les daría ayuda económica; empero, sólo el 28,9% de ellos los asistiría en labores domésticas de la casa si la requirieran (12).

Al mismo tiempo, de estos mismos AM, un 45,9% señala que es un deber de los hijos cuidar a sus padres cuando ellos ya no pueden hacerlo por sí mismos; un 33,1% estima que un hijo debe llevarlos a vivir a su casa cuando no puedan vivir solos; por otra parte, el apoyo emocional, instrumental y económico es considerado como obligación de los hijos hacia sus padres en porcentajes menores al 30% (12). De las cifras anteriores se infiere que las expectativas de los padres AM chilenos son distintas a las observadas en países que se encuentran en etapas de envejecimiento avanzado y en las que las personas se preparan con tiempo para enfrentar la 4^a edad. Las decisiones que toman a menudo no contemplan el auxilio de los hijos de quienes a veces sólo se esperan visitas esporádicas. Claro está que en esos países se han diseñado un conjunto de soluciones habitacionales que cuentan con acondicionamientos especiales para proporcionar a estos ancianos las atenciones que vayan requiriendo a medida que los niveles de fragilidad y dependencia se incrementan (13). Por otra parte, en estos países, las declaraciones de voluntad en vida respecto a los cuidados médicos y auxilios que les gustaría recibir en caso de que llegue la ocasión, constituyen una práctica frecuente (14), lo que no es una práctica habitual en Chile. La expresión de estos deseos anticipados proporciona información útil a la familia y a los prestadores de servicios y asistencia médica. Entre algunas de las ventajas de este procedimiento se pueden mencionar: ayuda a mantener algún grado de control personal cuando el anciano se enfrenta a una situación médica de cuidado; alivia la sobrecarga a los familiares, quienes no tendrán que asumir la responsabilidad de tomar decisiones difíciles o que puedan causar conflictos y enemistades entre cercanos originados en sentimientos que se tienen hacia los padres (respeto, responsabilidad, pena, compasión, culpa); ofrece respaldo al médico o a otros proveedores de salud al considerar en

sus opciones, la voluntad del enfermo; y además se puede contar con un interlocutor que uno ha designado para que llegado el caso, manifieste la voluntad cuando uno es incapaz de expresarla (14). Con todo, no exime ni anula las inevitables vivencias de dolor que estas circunstancias causan; siempre podrá surgir la pregunta acerca de si se habrá hecho lo suficiente para dejar ir la responsabilidad que se siente hacia los padres (15).

Vicisitudes familiares cuando se plantea el cuidado del padre AM anciano

Con el transcurso del tiempo, llegará el momento en que la necesidad de cuidar a los padres ancianos se volverá posiblemente una realidad. Con el incremento en las expectativas de vida, hoy es posible observar que muchos padres envejecen junto a sus hijos, produciéndose la situación que da origen al título del presente trabajo. Es en este contexto que el tema de la responsabilidad filial ha ido cobrando creciente importancia; se la ha definido como "el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tienen los hijos (...). Aunque también puede implicar la disposición a proteger y cuidar a los padres mayores (...). Puede incluir una disposición preventiva que fomenta la autosuficiencia y la independencia de los mayores", hasta dónde esta sea posible (16).

El desarrollo de la madurez filial se considera como un reto único de la madurez, la que no se entiende como una simple inversión de roles en la que los hijos cuidan a sus padres como si fueran sus hijos, ya que cuando esta tarea se lleva a cabo de esta forma, se la considera incluso una percepción disfuncional de lo que se espera de los hijos hacia sus padres. De lo que se trata es que los hijos continúen considerando a sus padres como personas y que sigan teniendo sus propias necesidades, derechos e historias personales (17).

La madurez filial está en íntima relación con la tarea de la generatividad formulada inicialmente por Erikson como una exigencia de la edad media de la vida. Si bien el autor la definió como "la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación" (18), posteriormente la amplió y la relacionó con una "caritas universal" (19), y que implica la conciencia de la responsabilidad personal hacia la sociedad y, especialmente, hacia los más jóvenes, pero también hacia los más débiles (entre los cuales se incluyen los padres ancianos). Esta generatividad ampliada se conoce como "gran generatividad", dentro de la cual se incluye la necesidad que los más viejos acepten ser cuidados por los más jóvenes, cuando se enfrentan a discapacidades funcionales (20). Esta es una ocasión propicia para que los más ancianos sean modelos de envejecimiento para sus descendientes. En efecto, los roles propios de la vejez, la forma de aceptar ayuda o el modo de comportarse como enfermo, se activarán cuando los jóvenes de hoy envejecan mañana (21).

Ahora bien, el cuidado que los hijos prestan a sus padres, independientemente de que los primeros hayan también llegado a la AM, puede ser de distinta índole: apoyo emocional (interacciones afectivas, comprensión, compañía), ayuda práctica o apoyo instrumental (quehaceres de la casa, arreglos, trámites, transportes, compras), asistencia en el cuidado personal (baño, vestirse), apoyo económico (ayuda en dinero, compra de mercade-

rias), entrega de consejos e información (12; 22). Estos distintos tipos de cuidado tienen que ver con el estado de salud funcional, la autonomía que se conserva para realizar las diversas actividades de la vida diaria, la salud mental (estado cognitivo y de ánimo), funcionalidad psicosocial, salud física (enfermedades crónicas), recursos sociales, necesidades económicas y recursos ambientales (23) y también, con necesidades afectivas y espirituales.

A pesar de que no se ajusta a las expectativas de cuidados que los padres AM en Chile esperan en mayor medida de sus hijos, es el apoyo emocional el tipo de ayuda que más reciben en independencia de la edad que los padres tengan (12). Es cierto que las distintas formas de apoyo aumentan a medida que los padres envejecen, aunque llama la atención que en el grupo de 75-79 años, pareciera que el consejo adquiere una importancia preponderante, lo que posiblemente se deba a que se está produciendo el paso de la 3^{era} a la 4^a edad, y por ende, se enfrentan a tener que tomar diversas decisiones.

Aunque los padres puedan conservar su autonomía y funcionalidad en muchas áreas, llegará el momento en que comiencen a necesitar algunas ayudas, y los hijos requieren comprender el temor que ellos experimentan, temor que en último término tiene que ver con perder la independencia y el control sobre sus vidas, experimentar vergüenza por ello, perder la confianza en las propias capacidades, no saber qué emergencias y pérdidas de habilidades físicas pueden ser inminentes (24). Lo anterior puede traer consigo algunas rebeliones de parte de los padres, punto de partida de algunos conflictos (leves o graves), resabios de los que se tuvieron cuando los hijos entraron en la adolescencia y que no fueron resueltos en su oportunidad. La diferencia está en que cuando surgen en esta época de la vida, estas dependencias presagian o anuncian otras que serán mayores, mientras que en la adolescencia los padres saben que llegará el momento en que sus hijos alcanzarán la independencia y autonomía (1).

El cuidado que los hijos tendrán que brindar a sus padres tiende a postergarse cuando al menos uno de los cónyuges se encuentra en condiciones de asumir su cuidado. De hecho, es inusual que los matrimonios ancianos se separen (25); al contrario, muchos se reencuentran en una comunidad más fuerte y amorosa que antes, experiencia que se ve incluso en matrimonios que en sus años previos, estuvieron seriamente interferidos por sus desventuras. Esposos y esposas distantes pueden volverse generosos samaritanos de un cónyuge débil, frágil y necesitado, testimonio que puede tener importantes repercusiones en los hijos que observan esta transformación. Pero más tarde o más temprano, llegará la viudez, lo que suele ser el detonante que lleva a los hijos a darse cuenta de que ha llegado la hora de tomar el relevo o, al menos, preguntarse si el padre sobreviviente puede continuar viviendo solo. Generalmente son más las mujeres las que envían que los hombres, en parte porque las mujeres se casan con hombres algo mayores, en parte, porque las expectativas de vida son más altas para ellas (26). Como afirma el filósofo Jean Guittou: "Parece que en el destino ordinario es el hombre quien tiene que partir primero" (27); es como si la mujer estuviese preparada para llorar a su hombre y no a la inversa.

Cuando los padres se vuelven ancianos y necesitados del apoyo de los hijos, estos lo quieran o no, se ven envueltos en una serie de decisiones

que no siempre son fáciles de resolver o asumir. Estas decisiones atañen a temas legales, financieros, del diario vivir, cuidados médicos y decisiones relativas al término de la vida.

Pero además, se pone de manifiesto la historia familiar —una verdadera trama de logros y problemas, alegrías y dolores— regalos y miserias que se han vivido en su seno (28). Es por eso que se ha dicho que posiblemente sea uno de los momentos más difíciles y complejos que se vivirá como familia (28). Los acuerdos implican normalmente, a muchos, tanto más cuantas sean las personas que la conforman. En el caso del tema objeto de este trabajo, hay que tener en cuenta que posiblemente la familia no sólo tendrá tres generaciones vivas (padres, hijos, nietos), sino que muchas de ellas incluso, habrán llegado a las cuatro (bisnietos). Esto significa que hay que saber negociar y conciliar opiniones no siempre coincidentes, que provienen no sólo de los hijos, sino que también de quienes conforman la trama de la familia política (nueras, yernos) y si los nietos ya son adultos, es posible que también quieran contribuir o interferir en la búsqueda de soluciones; a todos ellos, a veces se agregan personas de la familia de origen de los padres (hermanos cercanos). Cada uno quiere exponer sus propias perspectivas y expectativas, lo que no significa necesariamente que estén dispuestos a asumir en la vida práctica la tarea del cuidado. Así por ejemplo, no siempre el hijo que puede recibir a su padre en casa es el que quiere hacerlo o es el mismo con el que el padre quiere vivir; otras veces, acoger al padre o madre en la casa significa posponer la decisión de cambiarse a una casa más pequeña ahora que los hijos se han ido del hogar; tal vez se trate de alguien que todavía tiene hijos en casa y el nieto no siempre querrá ceder de buena gana su pieza al abuelo; también puede acontecer que un hijo o hija quiera albergar a su padre, pero sea el cónyuge quien se resista. Pueden surgir otras preguntas y decisiones igualmente complejas: ¿será necesario trasladar al padre a una casa de reposo o a una clínica? ¿Podré hacerlo si mi madre me hizo prometerle que nunca lo haría aún sabiendo que mi marido nunca la quiso? ¿Qué tipo de intervenciones médicas son deseables o ella querría, si nunca conversamos acerca de estos temas? ¿Cómo financiaré la enfermedad, si mi padre o madre no proveyó para su vejez y yo estoy también envejeciendo? Se trata de decisiones que afectivamente no son fáciles ya que movilizan sentimientos y emociones de las más diversas coloraciones y muchas veces provocan encuentros entre hermanos que por alguna u otra razón están enemistados desde hace tiempo.

Hay veces que los hijos, ante la imposibilidad de llegar a acuerdos acerca de con quién vivirá el padre o la madre anciana, deciden turnarse; este arreglo a veces resultará ser una buena alternativa, ya que permite que el AM estreche vínculos con algunos de sus hijos, nueras, yernos o nietos, los que por alguna razón han estado más distante. Asimismo, se ha discutido la posibilidad que este arreglo ayude a los distintos miembros de una familia a asumir su responsabilidad filial, evitando de esta forma que alguno de ellos se desentienda (29); otras, mostrará ser una posibilidad no viable, ya que el padre anciano, al volverse un huésped itinerante pierde sus comodidades, la familiaridad con el entorno físico, su intimidad, intensificando vivencias de desamparo o reacciones depresivas que pueden incluso, precipitar un acto auto-destructivo, cuando finalmente la familia como una forma de evitar los conflictos, decide internarlo en una casa de reposo (30).

Cuando el padre enferma, el problema puede volverse aún más acuciante, porque entonces la familia tendrá que involucrarse en un sistema más amplio: el sistema de salud. Y si bien, muchas veces las relaciones entre ambos se dan de manera fácil y fluida, otras tantas, surgirá un patrón relacional disfuncional de evitación y distanciamiento mutuo, donde el interjuego de proyecciones y devaluaciones afectará a ambos (sistema de salud y sistema familiar o a algunas díadas o tríadas dentro de ella), disminuyendo las posibilidades de encontrar las soluciones que mejor convengan al enfermo (31). Se desprende la importancia que el equipo encargado de la atención tenga alguna formación y entienda las dinámicas familiares, siendo en muchos casos recomendables que recurran a la ayuda de terapeutas familiares especializados en la resolución de estos conflictos.

No sorprende por tanto, que la familia en esta etapa de la vida pueda verse enfrentada a distintas crisis: desarrollo, desvalimiento, estructurales y de cuidador (32). La primera puede ser desencadenada por la enfermedad del padre quien confronta a su hijo AM con las propias creencias acerca del envejecimiento, la enfermedad, la muerte y pueden plantear profundas interrogantes que causan tensiones y ansiedades (33). La de desvalimiento puede desencadenarse ante la enfermedad física o psíquica del padre, lo que trae como consecuencia una dependencia parcial, creciente y total; esta crisis también puede surgir por la enfermedad grave o la muerte del hijo del cual dependía el padre anciano. De hecho, Brody, afirma que es frecuente que en los padres ancianos surjan temores al darse cuenta que su hijo AM pueda enfermar, preguntándose entonces, quién cuidará de él si eso llegase a ocurrir (1). Las crisis estructurales se presentan en familias con historias de conflictos de larga data y que ante estas circunstancias, pueden reaparecer una vez más; sin embargo, no hay que olvidar que siempre las crisis constituyen una ocasión que puede propiciar desenlaces favorables si se resuelven los conflictos anteriores (34). Finalmente, la crisis del cuidador se origina porque la persona que asume el cuidado del anciano pierde el interés, la paciencia, no quiere continuar haciéndolo o bien la sobrecarga que el cuidado trae consigo la desencadena. Esta sobrecarga suele ser mayor en cuidadores de enfermos que sufren de una demencia (35, 36).

En el contexto de las crisis familiares que pueden desatarse, puede ayudar saber que los sistemas familiares funcionan a partir de la distribución de ciertos roles, los que no siempre son funcionales y que han sido identificados por Blazer (37). Así por ejemplo, suele existir un miembro que asume el papel de líder, es quien ayuda en la planificación, define los apoyos concretos, distribuye las tareas, se entiende con el médico, pero posiblemente sea la persona con más dificultades para brindar apoyo emocional al enfermo. Está el cuidador, el cual habitualmente tiende a ser una mujer quien tiene importantes necesidades de cuidar y atender, es el más propenso a sufrir la sobrecarga que esta tarea conlleva, al tiempo que posiblemente sea quien a la muerte del padre o madre, sufra un duelo complicado y prolongado. También puede existir el fugitivo, aquel con el cual la familia no puede contar, no obstante pueda cumplir importantes labores altruistas lejos del seno familiar. Puede haber una víctima, aquella que siente la enfermedad de su padre o madre como una amenaza, la que puede provenir no necesariamente del enfermo sino de las relaciones que

mantiene con otros miembros de la familia. Por último, se ha descrito el facilitador de la enfermedad, persona que por diversas razones no sólo no coopera, sino que puede boicotear el tratamiento.

Finalmente, es preciso no olvidar el dicho que establece que uno envejece como ha vivido, que el modo en que se vive la vejez depende del carácter de los hombres (38), lo que también es cierto cuando se aplica a la forma de vivir la enfermedad afectando el cuidado del enfermo y lo que éste demanda (37). Así por ejemplo, es posible que una persona que acepta ser cuidado o lo solicita cuando lo requiere, desarrolle una actitud más favorable frente a la enfermedad y haga que quien proporcione el cuidado lo suministre de una mejor manera. Distinto es el caso de quienes por características de su personalidad previa o como consecuencia de la enfermedad, hagan que esta tarea se vuelva más onerosa y difícil: ocurre con aquellos que evidencian rasgos dependientes y exigentes, que se quejan constantemente de no ser atendidos y temen ser abandonados. Puede también que sean pacientes que han sido ordenados y controladores, para ellos enfermar puede significar una amenaza y una ocasión que los hace perder el control al que estaban acostumbrados; frecuentemente buscarán estar informados acerca de todos los detalles de su enfermedad, que valorarán la puntualidad con que se les entregan los cuidados, que estarán pendientes de los costos que su enfermedad implica y posiblemente se resistan, por las mismas razones, a recibir determinados tratamientos. Están los enfermos que dramatizan todo, que se implican emocionalmente y que desean establecer relaciones cercanas o idealizadas con personas que representan imágenes parentales (generalmente, el médico) y que podrán mostrar reacciones de celos cuando no siente que es su paciente preferido o que cree que se preocupa más por quien lo cuida que por él (o ella); estos pacientes a menudo lo que más temen de la enfermedad es el miedo al daño corporal y a la pérdida de su atractivo. Son personas que suelen hacer grandes esfuerzos por ganarse la atención y la admiración, exagerando sus quejas y síntomas o bien, pueden negar sus reales problemas. Asimismo, están aquellos desconfiados y querulantes (entran en pleitos y discusiones ante distintas situaciones); experimentan miedo a encontrarse en situaciones en las que se sienten vulnerables o en las cuales creen que pueden ser dañados; estos pacientes se mostrarán muy atentos y vigilantes, sospecharán de los demás, serán sensibles a reconveniones o críticas o bien, acusarán a un tercero de que lo que busca es obtener algún beneficio personal en contra de él y no su bienestar. Por último, están aquellos orgullosos y arrogantes y como se sienten poderosos e importantes, tolerarán mal la enfermedad, porque la misma es considerada una amenaza para su autoimagen, lo que puede generar intensas angustias; estas personas buscarán ser atendidos por profesionales destacados y famosos y devaluarán a todo aquél que no lo sea.

SÍNTESIS

Es un hecho inédito en la historia de la humanidad la coexistencia en una familia de dos generaciones de AM, lo que ha traído como consecuencia que hijos que han llegado a la ancianidad cuiden de sus padres que lo son aún más. Las cifras muestran que se trata de un fenómeno que continuará en las próximas décadas, lo que fundamenta su importancia.

Como el lector habrá apreciado, se trata de un tema de gran complejidad, que tiene muchas aristas y que puede ser abordado desde múltiples perspectivas. Esta revisión privilegió una perspectiva psicológica y dentro de ella se mostró la relevancia de distinguir entre la 3^{era} y la 4^a Edad. Esta diferenciación da cuenta el modo en que se constelan en cada anciano particular, factores individuales (predisposiciones genéticas, biografía, carácter), sanitarios, sociales, educacionales, entre otros. Se afirmó además, que ambas no se relacionan estrictamente con la edad, sino que alude más bien a los niveles de funcionalidad y autonomía con las que cuenta el anciano y las necesidades de atención que requiere en caso de que ellas se vean afectadas.

La visión entregada por el estudio del ciclo vital, permitió establecer los motivos porque la tarea de cuidar a los padres AM tiene matices distintos cuando se es adulto de edad media que cuando se ha llegado a la 3^{era} edad, cuyo inicio suele coincidir con la jubilación. Las demandas adaptativas que formula el retiro, junto al hecho de que la recomendación de envejecer activamente ha permeado la conciencia de estos AM, quienes cada vez más asumen los desafíos y exigencias, y pueden entrar en competencia con las que demanda el cuidado de un padre o madre anciano.

Se expuso como ha de entenderse la responsabilidad filial, vinculándola a la tarea de la generatividad y que se refiere a la virtud de la caridad. Poniéndose en el lugar de los padres, se mostró algunos de los sentimientos que pueden aflorar en ellos cuando comienzan a perder la independencia y el control sobre sus vidas y las preocupaciones que pueden despertarse respecto de quién se hará de cargo de ellos, al imaginar que su hijo también anciano, puede morir antes que él. Comprender estas dinámicas puede ayudar a los hijos a tolerar la presencia de algunas rebeliones y resistencias en los padres u otras manifestaciones afectivas que de otra manera resultan incomprensibles.

El desafío no es fácil, ya que es un asunto que toca la historia de las relaciones familiares, activa complejos sentimientos, atañe a decisiones que comprometen los distintos ámbitos de la vida humana (temas legales, financieros, del diario vivir, cuidados médicos y decisiones relativas al término de la vida), se confrontan expectativas de diversos integrantes y, en muchos casos, surgen preguntas que hasta ahora nunca se habían formulado. Como se dijo al comenzar, muchas familias logran llegar a acuerdos y asumen diversos roles que son funcionales a la situación. Otras, sin embargo, pueden entrar en diversas crisis, describiéndose y distinguiéndose aquellas llamadas de desarrollo, desvalimiento, estructurales y del cuidador. Conocerlas y distinguir las puede ser una ayuda tanto para los profesionales de salud como a los familiares responsables de cuidar a sus padres ancianos.

Finalmente y considerando que el modo en que se vive la enfermedad, depende en parte del carácter, se describieron diversas actitudes, exigencias, demandas y/o resistencias que pueden apreciarse en la persona necesitada de cuidado y que dificultan la tarea, si el que atiende no es capaz de descifrar las dinámicas subyacentes.

Ojalá estas páginas constituyan una fuente de inspiración y reflexión para sus lectores y un estímulo a los especialistas para continuar investigando sobre este fenómeno reciente y que compromete la solidaridad intergeneracional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brody EM. On being very, very old: An insider's perspective. *Gerontologist* 2010; 50(1): 2-10.
2. Organización de las Naciones Unidas: CEPAL, ECLAC., América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico. 2007; Año II(3). Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/32634/P32634.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>, [Consultado el 29 de septiembre de 2011].
3. Marín PP, Guzmán JM, Araya A. Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Méd Chile* 2004; 132(7): 832-38.
4. Organización de las Naciones Unidas. La población mundial: seguimiento de la situación, con especial referencia a la evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. Documento del Consejo Económico y Social, E/CN.9/2007/4.
5. Neugarten B. Age group in american society and the rise of young old. En Neugarten, DA, editor, *The meanings of age. Selected papers of Bernice L. Neugarten*. Chicago: The University of Chicago Press; 1996; 34-46.
6. Baltes PB, Smith, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 2003; 49: 123- 35.
7. Wethington E, Cooper H, Holmes CS. En Gotlieb IH, Wheaton B, editor, *Stress and adversity over the life course. Trajectories and turning points*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997; 215-31.
8. Tornstam L. Gerotranscendence. A developmental theory of positive aging. New York: Springer Publishing Company; 2005.
9. Guitton J. *Essai sur l'amour humain*. Aubier: Éditions Montaigne; 1948; p. 128.
10. Heilbrun CG. *The last gift of time. Life beyond sixty*. United States of America: Ballantine Book; 1997.
11. Regalado JP. Envejecimiento activo: Un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2): 74-105.
12. Chile y sus mayores. Resultado Segunda Encuesta Nacional calidad de vida en la vejez 2010; Santiago: Caja Los Andes, Pontificia Universidad Católica de Chile, SENAMA.
13. Papalia DE, Stern HL, Feldman RD, Cameron JC. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V. (3a. edición); 2009.
14. Baines BK. *Ethical wills. Putting your values on paper*. Cambridge: Da Capo Press; 2006.
15. Kramer J. *Changing places. A journey with my parents into their old age*. New York: Riverhead Books; 2000.
16. Schaie KW, Willis SL. *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Educación, S. A.; 2003, 5ta. edición, p. 169.
17. Schaie KW, Willis SL. *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Educación, S. A.; 2003, 5ta. Edición, p.61.
18. Erikson EH. *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Hormé, S. A. E.; 1976; 240.
19. Erikson EH. *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Editorial Paidós, S. A. I. C. F.; 1985; 87.
20. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. *Vital involvement in old age*. New York, London: W.W. Norton & Company; 1986.
21. Kernberg O. *Internal world and external reality*. Northvale, NJ, London: Jason Aronson Inc.; 1980.
22. Merz EM, Schulze HJ, Schuengel C. Consequences of filial support for two generations: A narrative and quantitative review. *J Fam Issues* 2010; 31(11): 1530- 54.
23. Martínez G, Carrasco M. Valoración geriátrica integral y semiología de las personas mayores. En Marín PP, editor, Gac H, Carrasco G, editores adjuntos, *Geriatría & Gerontología*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2006; 58-62.
24. Erikson EH. *The life cycle completed. Extended Version*. New York, London: W. W. Norton & Company; 1997.
25. Viorst J. *Matrimonio adulto*. Buenos Aires: Emecé editores S.A.; 2003.
26. Moncarz E. *Ser viuda: De la pérdida a la reconstrucción*. Buenos Aires: Paidós; 2008.
27. Guitton J. *Essai sur l'amour humain*. Aubier: Éditions Montaigne; 1948, p. 130.
28. Carpenter BD, Mulligan EA. Family, know thyself: A workbook-based intergenerational intervention to improve parent care coordination. *Clin Gerontol* 2009; 32: 147- 63.
29. Zhang W, Wang Y. Meal and residence rotation of elderly parents in contemporary rural northern China. *J Cross Cult Gerontol* 2010; 25: 217- 37.
30. Matusевич D, Pérez S. *Suicidio en la vejez*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009.
31. Imber-Black E. A family-larger-system perspective. *Family Systems Medicine* 1991; 9(4): 371- 95.
32. Pittman III FS. *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós; 1990.
33. Aronson MK, Bakur Weiner M. *Aging parents, aging children: how to stay sane and survive*; 2007. Disponible en http://books.google.cl/books?id=-fDsonNUZEoC&pg=PA1&dq=care+of+elderly+parents+by+old+children&hl=es&ei=qIJ_TsKvJKjLQZHzoaTjDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&ved=0CFQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false. [Consultado el 25 de septiembre de 2011].
34. Merrill DM. *Caring for elderly parents: juggling work, family, and caregiving in middle and working class families*. 1997. Disponible en http://books.google.cl/books?id=uu6cz4H456kC&pg=PA190&dq=care+of+elderly+parents+by+old+children&hl=es&ei=qIJ_TsKvJKjLQZHzoaTjDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CFgQ6AEwBg#v=onepage&q=care%20of%20elderly%20parents%20by%20old%20children&f=false. [Consultado el 25 de septiembre de 2011].
35. Roy M, Hoffman R, Yee J, Tennstedt S & Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist* 1999; 39(2) 177- 85.
36. Miranda CA. *Diseño y evaluación de un taller psicoeducativo para cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer*. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica; 2002.
37. Blazer D. *Síndrome depresivo en geriatría*. Barcelona: Ediciones Doyma; 1984.
38. Platón. *La República*. Barcelona: Galiano Ediciones Atalaya, S.A; 1993: 329, b.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.