

Maria Bertran Suárez

***LA CODEPENDENCIA DEL FAMILIAR CUIDADOR DE
PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA***

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la profesora Maria Victòria Forns i Fernández

Grado de Trabajo Social



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

TARRAGONA

2020

MOTIVACIÓN

Son diversas las razones que me han motivado a investigar sobre la codependencia entre sujeto cuidador y sujeto enfermo y, ello deriva de mis prácticas universitarias en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. En este centro sanitario, la Unidad de Trabajo Social Sanitario atiende a cualquier persona que se encuentra ingresada en él, por lo que el abanico de tipología de casos es muy amplio y de índole bien distinta, es decir, se atienden casos de infancia, pacientes con adicción (mayormente a sustancias tóxicas), pacientes con dependencia, entre muchos otros. Así pues, fue trabajando en varios casos cuando aprendí y conocí el concepto “codependencia” de la mano de una de mis tutoras de prácticas. Estas prácticas en el Hospital despertaron en mí el interés por profundizar en este campo con la intención de averiguar cómo llega a perjudicar, y el cambio que supone, en la vida de un familiar cuidador de una persona con enfermedad crónica. Así mismo, me di cuenta de que este tipo de relación de dependencia, y sus variantes, puede llegar a estar más presente, en nuestras vidas o en nuestro entorno, de lo que nos podemos llegar a imaginar. Además, considero que a menudo se ignoran las consecuencias que pueden llegar a desarrollarse cuando ejerces un cuidado intensivo hacia alguien, y más si existe una relación afectiva.

No obstante, aunque es un término inicialmente acuñado por el campo de las adicciones, quise focalizar el sujeto cuidado como víctima de la enfermedad crónica porque a lo largo de la carrera universitaria descubrí mi pasión por todo lo relacionado con la salud. Así pues, quise centrar la temática de mi Trabajo de fin de grado haciendo hincapié en el ámbito sanitario y/o la indagación de alguna enfermedad, relacionando esta con el entorno social.

“La codependencia del familiar cuidador de personas con enfermedad crónica”

Maria Bertran Suárez

Estudiante del Grado en Trabajo Social

Facultad de Ciencias Jurídicas

Universitat Rovira i Virgili

RESUMEN

La codependencia se puede entender desde diversos puntos de vista, pero todos ellos coinciden en que la persona codependiente desarrolla una personalidad obsesiva y controladora, adictiva y dependiente hacia una persona en concreto suponiendo graves repercusiones para ambos. Asimismo, cada vez son más los familiares que se ven obligados a desarrollar el rol de cuidador informal del paciente con enfermedad crónica. Así, a partir de la atención integral que lleva a cabo durante años, este acaba desarrollando altos niveles de estrés y ansiedad llevándole a sufrir sobrecarga. En suma, la codependencia en el familiar cuidador conlleva al empeoramiento en la calidad de vida tanto del cuidador como del enfermo crónico, viéndose afectados tanto el entorno social, psicológico como biológico, por lo que la situación requiere una intervención integral biopsicosocial. Finalmente, cuando el paciente crónico llega al final de la vida, el cuidador codependiente deberá afrontar la nueva realidad con ciertas dificultades que precisarán, una vez más, de apoyo especializado tanto médico como social y, en este momento, es esencial el papel del trabajador social.

PALABRAS CLAVE: codependencia, enfermedad crónica, cuidador informal, sobrecarga, apoyo social.

ABSTRACT

Codependency can be understood from various points of view, but all of them agree that the codependent person develops an obsessive and controlling personality, addictive and dependent towards a specific person, with serious repercussions for both. Likewise, an increasing number of family members are forced to develop the role of informal caregivers of the chronically ill patient. As a result of the comprehensive care provided over the years, the patient ends up developing high levels of stress and anxiety, leading him or her to suffer from overload. In short, co-dependence in the family caregiver leads to a deterioration in the quality of life of both the caregiver and the chronically ill patient, affecting both the social, psychological, and biological environment, so the situation requires a comprehensive biopsychosocial intervention. Finally, when the chronic patient reaches the end of life, the codependent caregiver will have to face the new reality with certain difficulties that will require, once again, specialized medical and social support and, at this point, the role of the social worker is essential.

KEYWORDS: codependency, chronic disease, informal caregiver, overload, social support.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende hacer un análisis documental a cerca de la codependencia (CD) para estudiar la situación, emociones y afectaciones que viven y desarrollan los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica (EC) de larga duración. Con esta investigación me dispongo a analizar la afectación del familiar cuidador de la persona con EC haciendo mención a la fase *exitus* de este. Teniendo en cuenta que han podido pasar años manteniendo esta relación de cura y de CD, en los que el/la cuidador/a se ha visto inmerso/a en una mezcla de sentimientos, fruto de querer tener el control sobre el otro, de la depresión, de la falta de autoestima... Para ello, es importante acercarse antes al concepto “codependencia”.

Este se originó en los años 50 del siglo pasado después del nacimiento de los conocidos grupos llamados “Alcohólicos Anónimos”. Las esposas de los alcohólicos en recuperación concluyeron que todas ellas se sentían cansadas, desarrollando un gran deterioro tanto a nivel emocional, físico, mental como espiritual. Con ello, se hacía referencia a estas mujeres como “co-alcoholicas”. De este modo, estas mujeres compartieron la necesidad de utilizar las mismas técnicas de recuperación que llevaban a cabo sus maridos. Fue en esa época cuando se empezó a hacer referencia al coalcoholismo como una enfermedad (Rocha Ortiz, 1998¹). Una década más tarde, cuando empezó a aumentar el consumo de sustancias químicas, a las personas que acompañaban y cuidaban de los adictos a estas sustancias se les llamaba “codependientes” (Crothers y Warren, citados en Castrellón, 2002: 1).

Con el paso de los años son muchos los autores que han dado su opinión y han realizado análisis a cerca de la CD entendiéndolo así como una relación de dependencia de las personas más allegadas/cuidadoras de los sujetos con problemas de comportamiento como: “ludópatas, personas violentas y abusivas, *workalcoholic*, personas psicológicamente desequilibradas (Beattie, 1998; Dear, 1996), enfermedades crónicas

¹ Rocha Ortiz, D. (1998), en *LiberAddictus*: una revista electrónica de divulgación científica sobre adicciones y salud mental. Recuperado en: [http://liberaddictus.org/vari0s/467-codependencia--una-revision-historica-del-termino-\(primera-de-dos-partes\).html](http://liberaddictus.org/vari0s/467-codependencia--una-revision-historica-del-termino-(primera-de-dos-partes).html)

(esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer)” (Martins D’Angelo y Menéndez Montañés, 2011: 130).

De igual modo, la CD se entiende como una enfermedad progresiva llevando al sujeto cuidador al desorden de la personalidad. A su vez, Whitfield (citado en Sirvent, 2000: 154) definió la CD como aquel “comportamiento aprendido que se manifiesta como una dependencia hacia la gente y las cosas, esta dependencia incluye negligencia y disminución de la identidad personal”. Mientras, Lindley y Hammer (citados en Sirvent, 2000: 154) resumieron el concepto alegando que “las personas codependientes se centran de tal modo en lo que está ocurriendo con quienes están a su alrededor tratando de tener algún control sobre sus vidas que pierden el contacto con sus propios pensamientos y sentimientos. Ello por tanto, usan ese control para ganar en realización con los demás”.

Así pues, en muchos casos, el paciente con EC requiere de un cuidador y a menudo este es un familiar próximo como la pareja afectiva o un hijo -convirtiéndose oficialmente en el cuidador informal (CI)- quien, a largo plazo, se involucra de modo integral y obsesivo al cuidado de la persona enferma hasta llegar al punto en que el cuidador depende del enfermo, convirtiéndose así en codependiente. El sujeto cuidador vive por y para el sujeto enfermo y ello conlleva una gran repercusión a nivel personal, familiar, social y laboral. Muchas veces, el/la CI no se da cuenta de la afectación que le supone este exceso de cuidado y de atención hasta que se ve realmente afectado o incluso, su nivel de cansancio y estrés es tan elevado que interfiere negativamente en la salud del paciente. Además, el codependiente se ve como responsable de todo lo que pueda suceder, culpabilizándose de todo, lo quiere tener todo bajo su control, se ve en la necesidad constante de proteger a la persona enferma/adicta/dependiente, viviendo con miedo a ser abandonado, desarrollando así una adicción hacia el sujeto cuidado y sus problemas (Mansilla, 2002). Por ello, requerirá de ayuda externa. De este modo, hay autores que defienden la teoría de la codependencia explicándolo desde diferentes puntos de vista los cuales, veremos a continuación.

CODEPENDENCIA, ¿QUÉ DICEN LOS ESTUDIOS PRECEDENTES?

Partiendo desde cero, es difícil hallar una definición exacta de CD puesto que existen diversas perspectivas teóricas y bien diferentes. Además, a raíz de la gran variedad de definiciones existentes, resulta más complicado obtener un único sentido al término puesto que hay distintas teorías, haciendo referencia a causas y síntomas diferentes y, por tanto, suelen crear confusión. No obstante, veremos diferentes teorías y definiciones que pueden dejar un poco más claro su significado o las distintas apreciaciones al respecto.

A pesar de la dificultad de obtener una definición única y clara, hay autores que defienden el término alegando que este es un tipo de dependencia relacional (DR), entendiendo este como el conjunto de comportamientos adictivos cuyo origen es la relación interpersonal. Las DR pueden ser *genuinas* -cuando hay relación de afecto, adicción al amor y, por tanto, existe una dependencia emocional- o *mediatizadas*, es decir, por otro trastorno adictivo, en este se sitúa la CD (Sirvent, 2000). Al mismo tiempo, la CD es un tipo de dependencia sentimental que se caracteriza por la manifestación de exteriorizaciones afectivas o relacionales que, a menudo, llevan a desarrollar comportamientos de “sobrecontrol, pseudoaltruismo, focalización en el otro con conductas de sojuzgamiento y/o sometimiento, autonegligencia, afán de proteccionismo, etc.” (Moral Jiménez y Sirvent Ruiz, 2010: 120). Frecuentemente, son las parejas o familiares cercanos de aquellas personas dependientes a sustancias y/o enfermos crónicos quienes comparten este tipo de dependencia.

Asimismo, la CD se puede entender como una adicción oculta hacia una persona y sus problemas. Los sujetos que la padecen desarrollan síntomas como: obsesión, negación, pérdida de control, represión emocional y con una cierta orientación a rescatar a los demás y hacer propios los problemas del otro... (Mansilla, 2002). De un modo más clínico, se define el concepto como una enfermedad, que se puede manifestar de distintas maneras puesto que se desarrolla a partir de un proceso adictivo, entendiendo este como un proceso insano y poco común. De esta manera, las consecuencias emocionales de las personas codependientes, así como sus creencias y sus comportamientos, les hacen vivir en un

sucesivo malestar (Schaeff, citado en Martins D'Angelo y Menéndez Montañés, 2011; 131), llevándolos a “la búsqueda de aprobación en los demás, dificultad para poner límites, hiperresponsabilidad, perfeccionismo, preocupación constante, dificultad para confiar en los demás, actitudes rígidas, locus de control externo, tendencia a presentar enfermedades psicosomáticas y depresión (Fischer et al. 1991; Friel, 1985; Mansilla Izquierdo, 2011; Martins D'Angelo y Menendez Montañés, 2011; Noriega Gayol y Ramos Lira, 2002; Pérez Gómez y Delgado Delgado, 2003)” (Biscarra, Brandariz, Lichtenberger, Peltzer y Cremonte, 2013: 45).

Dada la variedad de definiciones, existen tres teorías/perspectivas que pueden dar respuesta a la pregunta ¿Qué es la Codependencia?, comprendiéndola desde diversos puntos de vista (Jáuregui, 1999; 404-406). En primer lugar, la perspectiva intrapsíquica, caracterizada por focalizar los problemas individuales en el interior de cada persona, aquellos presentes en la mente. Este modelo parte de la intersubjetividad, donde los procesos psicológicos son los protagonistas y no pueden ser entendidos fuera del contexto intersubjetivo. Así, esta perspectiva define la CD basándose en unos síntomas, pero es importante saber diferenciar esta sintomatología y entenderla como la expresión del problema, pero nunca como el problema en sí. Así, esta perspectiva confunde la definición del concepto con los síntomas y resume su definición con ser un hecho psíquico aislado. En segundo lugar, el modelo médico alega que la CD es una enfermedad, situándola en el mismo rango de las adicciones, puesto que ambas provocan una alteración neuroquímica. En este caso, se observa que la CD desarrolla una dependencia fisiológica debido a la repetición de una o unas actividades en concreto. Por ello, debe ser tratada como una adicción y, por tanto, como una disfunción cerebral. Por último, la teoría sistémica de la familia. Este modelo propone diferentes perspectivas que llevan a la confusión dado que se contradicen, menos porque todas ellas defienden la pasividad del sujeto codependiente. A modo general, este punto de vista resume las causas de la CD en la presencia de patrones disfuncionales en el entorno familiar y, a raíz de este, se desarrolla un patrón codependiente. Aun así, en el siglo pasado muchos autores propusieron una infinidad de teorías con el propósito de definir la CD -aunque todas ellas son bien diversas- entendiéndola así como una “enfermedad primaria (Anderson, 1994), una reacción dolorosa (Mulray, 1978; Birke, 1993), una enfermedad del sistema familiar (Mulray, 1987), una condición primaria (Mendenhall, 1989), una condición (Mendenhall,

1989; Span et al. 1991; Hands y Dear, 1984), un patrón disfuncional de vida y de resolución de problemas (Subby y Frie, 1984), un problema relacional o un patrón de comportamiento aprendido pero en absoluto una enfermedad primaria (Smalley y Coleman, 1987)” (Jáuregui, 1999: 405).

Aunque no hay una perspectiva más acertada que otra puesto que hay verdad en cada una de ellas, se puede considerar que cada patrón -proporcionados por cada una de las perspectivas- es complementario a los demás. Sin embargo, la CD se debe considerar -apoyando la apreciación de Mansilla- como una enfermedad adictiva que afecta tanto psicológicamente como socialmente, en la que se ven involucrados, no solo el usuario que la padece sino también la gente de su alrededor y, sobre todo, aquella persona hacia la que se tiene dependencia. Las personas que la padecen viven en una continua obsesión, queriendo tenerlo todo bajo su control. Como una adicción, se puede manifestar de distintas maneras y a causa de uno o más factores. De este modo, se ve afectado el campo emocional, llevando al sujeto a un estado desagradable e implicando a la gente de su alrededor puesto que, al hablar de CD, se debe tener en cuenta también que nos referimos a una DR y sentimental, en la que se ven involucradas las personas cercanas al sujeto. Por todo ello, es inevitable que resulte afectado también el entorno social del mismo.

Con todo ello, se abre un debate en la literatura psicológica asociando la depresión a la CD como síntoma desarrollado de esta última (Beattie, Cermak, Fischer et al., Melody et al., Whitfiel, citados en Martins D’angelo y Menéndez Montañés, 2011: 134). Son muchos los autores que han investigado la relación entre CD y depresión, así como Fischer et al. (citado en Martins D’angelo y Menéndez Montañés, 2011: 134), quienes obtuvieron como resultado a un estudio que la CD está relacionada con la autoestima, la ansiedad y la depresión. Ello por tanto, considerando la depresión como un síntoma a esta dependencia, se constata que los usuarios que la padecen requieren atención integral, tanto del campo psicológico como social, dado que se trata de una cuestión de gran envergadura, la cual afecta a diversos factores de la vida diaria de los mismos y, sino se trabaja en la recuperación de todos aquellos aspectos afectados, pueden surgir nuevas repercusiones a largo plazo.

A su vez, Young et al. (citado en Umaña Rodríguez, 2017: 22-23) concluyeron que el cuidado a una persona con EC suponía mayor carga para el cuidador comparando la

situación respecto cuando el cuidador es activo laboralmente, puesto que las relaciones sociales y familiares se ven afectadas. Inclusive, cuando el paciente se encuentra en fase terminal, el cuidador cae en una situación de descontrol en su autonomía, es decir, pierde el control de su vida. De este modo, se confirma la importancia de mantener relaciones sociales para el bienestar del cuidador y para evitar altos niveles de estrés y, con ello, una mala praxis en las tareas de cuidado.

Así pues, se considera que la CD es una enfermedad puesto que supone una adicción hacia una persona en concreto, fruto de la relación afectiva que mantienen, originando así una dependencia, llevándole a organizar su vida alrededor de la otra persona. Esta adicción lleva al cuidador principal -en este caso- a desarrollar un control y preocupación excesivos en tanto que intensos hacia la persona enferma, con tendencia a focalizarse en las necesidades y actitudes del otro y sin tener en cuenta su propia salud, sus intereses y sin preocuparse por tener tiempo para sí mismo/a. De igual modo, existe una estrecha relación entre la CD y la personalidad y capacidades de cada sujeto puesto que, dependiendo de las fortalezas y debilidades de cada individuo, este podrá desarrollar o no, con más o menos intensidad, CD. Así, el cuidador principal está siempre atento al bienestar del sujeto cuidado, pero no del suyo propio. Velará y actuará siempre por la recuperación del otro y aunque querrá tenerlo todo bajo su control, se sentirá inseguro/a y con miedo constante a ser abandonado/a y rechazado/a, se culpabilizará de todo aquello que tenga que ver con el sujeto cuidado, desarrollando una actitud obsesiva y controladora.

LA CODEPENDENCIA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Cuando hablamos de un paciente con EC, nos referimos a los problemas de salud que requieren un tratamiento continuado durante muchos años, incluso de manera permanente en sus vidas. Son enfermedades degenerativas que exigen tanto a la persona enferma, a su entorno como al cuidador principal una transformación de sus vidas dado que esto supone la necesidad de prestar cuidados especializados y duraderos, puesto que las EC

suelen llevar al enfermo a desarrollar discapacidad y dependencia (Puentes-Ferreras, Barahona-Gomariz y Fernández-Lozano, 2011: 9). Existe una amplia variedad de EC, aunque todas ellas acaban afectando -habitualmente- a los aspectos sociales, psicológicos y económicos de la vida de las personas enfermas.² No obstante, estos aspectos pueden verse repercutidos de igual modo en la vida de la persona que ejerce el rol de CI que, en muchos casos, lo desempeña un familiar cercano.

Durante este proceso, el CI se encarga de acompañar al paciente y también, es el responsable de llevar a cabo las tareas del cuidado tanto directo como indirecto. Por ello, la atención que requiere una persona con EC, junto con la intensa implicación del cuidador, puede llevar a un proceso de cura perjudicial para ambos, pero sobre todo para el familiar cuidador, ya que surge de un modo más inesperado. Además, el CI, asumiendo el acompañamiento del proceso de enfermedad, se acaba sumergiendo en una situación estresante fruto de la adaptación a un nuevo estilo de vida -en la mayoría de los casos- que implica hacerse cargo de las necesidades del sujeto enfermo, así como saber organizarse con sus propias actividades de la vida diaria como, por ejemplo, las actividades familiares, económicas, entre otras. Del mismo modo, la responsabilidad que conlleva cuidar a una persona con EC puede sorprender negativamente al CI por el hecho de descubrir en él sentimientos angustiosos que no esperaba, como sentimientos de fracaso, de incertidumbre, de ansiedad, auto reproche, sentimiento de culpa por pensar que algo no está haciendo bien, cansancio extremo, soledad, entre muchos otros (Umaña, 2017: 20). Todo ello, conlleva graves consecuencias tanto para el mismo cuidador como para el enfermo, sumándole la relación codependiente y afectiva que existe entre ambos. Todos estos factores pueden hacer más difícil la recuperación del enfermo consiguiendo empeorar la calidad de vida del CI, situándolos así en un círculo vicioso. En este caso, debido a los altos niveles de estrés y de carga del CI ocasionados por las tareas y roles a desarrollar, la calidad de los cuidados se agravará y, en consecuencia, la salud del enfermo se verá gravemente afectada. Nuevamente, esto provocará mayor estrés en el sujeto cuidador (Blanco-Picabia y Antequera-Jurado, 1999: 229).

Asimismo, se prevé en un futuro inmediato el aumento de las EC (no transmisibles) lo que comportaría el incremento de personas dependientes y con ello, aumentaría la carga

² OMS (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas.

de los cuidadores. Por ende, se considera escaso el apoyo y la protección que reciben los CI, bien sea a nivel social, económico y/o legal (Umaña, 2017: 18-19).

LA CARGA DEL CUIDADOR Y EL APOYO SOCIAL

A menudo, quien desempeña el rol de CI en personas dependientes, suele ser un miembro de la familia (esposa/o, pareja, hijo/a, padre, madre...) o incluso algún vecino o amigo cercano, muchas veces por mera responsabilidad y/o elección propia, debido a la carencia de recursos humanos o económicos para solicitar apoyo formal o porque las necesidades tanto de los enfermos como de sus cuidadores no son asumidas por el sistema social y sanitario del país. En el caso de España, no se destinan suficientes recursos para el correcto y eficiente apoyo a los cuidadores que sufren sobrecarga (Blanco-Picabia y Antequera-Jurado, 1999: 223). Consecuentemente, aquellos que ejercen el rol de CI no perciben ninguna compensación económica, no tienen ninguna formación reglada en cuanto a cuidados o no tienen los conocimientos suficientes sobre las necesidades específicas que requiere la enfermedad de la persona a la que hay que cuidar... Las tareas que desarrollan estos cuidadores implican la atención personal e instrumental, la vigilancia y el acompañamiento, cuidados sanitarios, así como la administración de la medicación, entre otros. Por ello, ser CI implica una asistencia diaria e intensa y seguramente durante años y, la suma de todo ello provoca en él niveles altos de estrés, de angustia y cansancio crónico, llevándole a una situación de sobrecarga y de vulnerabilidad (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2015: 33-54). Bien es cierto que se ha investigado poco respecto al cuidado y la atención que proporciona un CI codependiente a una persona con EC. No obstante, la atención integral que destina el cuidador hacia el enfermo, junto a la CD que manifiesta el cuidador hacia esa misma persona, comportan en el sujeto codependiente un aumento del miedo a ser abandonado, más inseguridad y más temor a la soledad y al rechazo. En definitiva, las emociones en un cuidador codependiente se negativizan más respecto a un cuidador en condiciones normales, es decir, sin ninguna alteración o trastorno. Tanto es así que cuando alguien padece CD puede llegar a la autonegligencia debilitándose así su propia identidad (Mansilla, 2002).

De esta manera, el enfermo es el eje central en la vida del CI y este le ayudará a llevar a efecto las actividades de la vida diaria que el enfermo no pueda realizar por sí solo, o no al menos de la manera más eficiente. Así, quien desarrolla el rol de CI, bien sea un familiar o persona cercana, deberá compaginar la labor asistencial con otros roles y, junto a la poca o nula formación especializada, supondrá mayor probabilidad de padecer sobrecarga (Espinoza Lavoz, Méndez Villarroel, Lara Jaque y Rivera Caamaño, 2009: 70).

Ciertamente, son diversas las variables que pueden llegar a condicionar la carga del cuidador, especialmente de un paciente con EC, dividiéndolas en aquellas relacionadas con el enfermo, en el que se incluye el grado de deterioro y/o la pérdida de autonomía y, la presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos complejos; aquellas del propio cuidador, es decir, la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado, entre otros y; finalmente, aquellas que son fruto de la relación afectiva entre el cuidador y el enfermo ya sean previas o actuales como por ejemplo, agobio, tensión, enfado, incomodidad, entre otros (Umaña, 2017: 76). Con ello, se observa un tema de debate, y posiblemente de gran envergadura, respecto a la feminización del concepto, ya que con el paso de los años quien ha ejercido más el rol de CI ha sido la mujer y, juntamente con la apreciación de la CD, existe un aumento en cuanto a la estigmatización hacia ellas y hacia la labor de cuidar. Además, la vinculación genero-cuidado-CD puede llevar a muchos a pensar que la CD -sobre todo- puede surgir debido a las cualidades de la personalidad, como una condición social y/o a causa de alguna alteración psicológica.

Asimismo, existen diversos constructores asociados a la CD entre los que se encuentran el *Burn-Out* y el Síndrome del Cuidador Informal, ambos surgen como resultado a la sobrecarga de los cuidadores. El primero, el “Síndrome del quemado” es una manifestación del desgaste/cansancio que experimentan los profesionales y/o cuidadores tanto formales como informales, cuyos síntomas son el agotamiento emocional (estar abatido emocionalmente fruto del contacto con otros), despersonalización como respuesta insensible hacia el/los sujeto/s cuidado/s y, disminución de la realización personal, es decir, reducción de sentimientos competitivos personales. Cuando alguien utiliza la expresión “Estoy quemado” hace referencia a que la situación le ha sobrepasado

quedando esta reducida a la capacidad de adaptación (Maslach citado en Sirvent, 2000: 157; De Valle-Alonso, Hernández-López, Zuñiga-Vargas y Martínez-Aguilera, 2015: 23) y, además, ello supone un agravante en la calidad de vida de los cuidadores. El segundo, se entiende como una consecuencia del estrés que supone ser CI, estar a cargo de una persona con problemas, con una EC. De este modo, los cuidadores con este síndrome desarrollan síntomas psicopatológicos como trastornos del sueño, neurosis, depresión, agresividad, ansiedad, entre otros (Flórez citado en Sirvent, 2000: 157; Acinas, 2012: 6), fruto de la atención constante hacia esa persona y de los conflictos de roles del mismo CI.

Con todo ello, como se ha ido comentando, los CI vivencian no solo repercusiones a nivel psicológico sino también a nivel social, familiar, laboral y económico, como resultado a una prolongada atención centrada solo y únicamente al sujeto cuidado. De manera análoga, los codependientes no se dedican tiempo a ellos mismos, hecho que favorece el aumento de sobrecarga y, a su vez, disminuye la posibilidad de recibir apoyo social (AS) a causa del poco tiempo libre. Mismamente, la pérdida progresiva de las relaciones sociales conlleva un aumento de la inestabilidad relacional y económica (Briansó Solé, 2019: 18). Asimismo, los CI suelen tener dificultades para mantener un trabajo, a parte de la labor asistencial (no remunerada), por falta de tiempo y esto conlleva, por un lado, pocas posibilidades de obtener un respiro, una vía de escape de esa atención integral y, por otro lado, implica una disminución y/o nula posibilidad de recibir ingresos (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla 2015; 78-82). En suma, todos y cada uno de estos condicionantes favorecen al aumento de estrés en el cuidador y con ello, mayor sobrecarga. Sin embargo, un factor muy importante en estas situaciones es el AS.

Se entiende como AS, según Hilbert (citado en Umaña, 2017: 28), la “diversidad de comportamientos naturales de ayuda de los cuales los individuos son receptores de interacciones sociales, la ayuda tangible, la interacción íntima, la guía, la retroalimentación y la interacción social positiva”. A partir de una red social, se puede conseguir ayuda a nivel emocional, instrumental (ayuda con tareas del domicilio, por ejemplo), informativa o económica. Poder mantener una red de AS y emocional es muy importante puesto que se ha visto que recibir soporte de familiares y amigos supone una buena herramienta para aliviar los niveles de estrés, depresión y de carga. De esta manera,

una mejoría en el estado de salud y emocional del cuidador conlleva a desarrollar una mejor atención hacia la persona dependiente/enferma. Se ha estudiado que, cuando el CI recibe apoyo familiar como, por ejemplo, visitas de la familia o de amigos, ello supone una disminución del nivel de carga. Además, se han comprobado efectos positivos en relación a la ayuda de tipo instrumental y emocional familiar de maneras distintas, aunque complementarias. Es decir, el apoyo instrumental supone una herramienta eficiente para aminorar los niveles de sobrecarga, pero no condicionaría a la hora de fomentar el bienestar del cuidador. Por el contrario, los efectos del apoyo emocional conllevan a la recuperación del bienestar, pero no aliviarían los niveles de sobrecarga (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2015; 85).

De igual modo, es muy importante poder contar con una red de apoyo de tipo formal. En estos casos, esta red actúa como mediador con el objetivo de reducir el estrés y la carga de los CI. Se ha visto que tener acceso y hacer uso de los recursos formales disminuye el malestar emocional y conlleva a una mejoría en la calidad de vida de los mismos (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2015; 85-86). Hoy en día, existen diversos programas de intervención para proporcionar apoyo formal a los CI con la intención de disminuir sus niveles de tensión y agobio, los cuales acaban afectando de manera directa al bienestar de la persona a la que se está cuidando. Por ello, será esencial la intervención del profesional especializados en el ámbito social, es decir, del Trabajador Social (TS).

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CODEPENDENCIA

Valorando los beneficios que supone el AS en los CI, se evidencia la importancia de la intervención de los TS. Como se ha ido comentando, las tareas que lleva a cabo un cuidador requieren tiempo y de un saber hacer que, dependiendo del modo en que se ejecuten y de su efectividad, supondrán más o menos estrés y carga para el cuidador. Por este motivo, es muy importante poder proporcionar al CI las herramientas y estrategias necesarias para poder mejorar sus habilidades y poder disminuir sus niveles de estrés, entre otros.

Cuando se atiende a usuarios con problemas de este calibre, es fundamental poder llevar a efecto una intervención integral biopsicosocial dado que este tipo de afectaciones involucran el contexto social de la persona, así como el entorno familiar, laboral y las relaciones interpersonales; sus características psicológicas (estrés, ansiedad, miedo...) y las biológicas (estado físico y sintomatológico) (Rodas, citado en Gómez 2008). Todos estos factores son influyentes en la aparición de cualquier enfermedad. Por este motivo, y junto al impacto de las EC en la vida del enfermo y del CI, se evidencia la necesaria intervención, seguimiento y evaluación biopsicosocial por parte de un equipo interdisciplinar, en el que se encuentra el/la TS, con la intención de plantear y llevar a cabo un plan de intervención enfocado en el modelo de atención centrada en la persona (ACP). Este modelo permite llevar a cabo una atención individualizada, focalizada en la persona y no en la enfermedad, que reconoce la singularidad de cada uno y brinda un entorno social que permite la satisfacción de las necesidades psicológicas del usuario. Con ello, es fundamental proporcionarle a cualquier usuario la adecuada atención para preservar su dignidad, con la intención de mejorar su calidad de vida, haciéndole partícipe en todo momento del proceso de cambio de su vida, trabajando con él el plan de intervención, los objetivos y analizar los resultados obtenidos de manera conjunta.

Así como se ha comentado, los factores sociales influyen -en gran parte- en la evolución de una enfermedad por lo que es esencial evaluarlos para poder obtener un progreso óptimo del estado de salud del usuario. El TS especializado en el ámbito sanitario atiende a todos aquellos pacientes cuyo diagnóstico es una EC, a sus familiares y cuidadores, con la intención de trabajar en el proceso de cambio y mejora de la vida de estas personas, teniendo en cuenta los factores influyentes de su entorno. Sin embargo, no existen protocolos ni programas específicos -desde el Trabajo social- destinados a la atención del usuario codependiente para trabajar en su proceso de cambio. Por este motivo, en primer lugar, es importante que el colectivo profesional trabaje de manera preventiva en la ideación de nuevos proyectos de intervención destinados a los distintos colectivos de riesgo. En segundo lugar, el TS, como profesional experto en el acompañamiento y la transformación de las situaciones de necesidad, debe ayudar al usuario en la reactivación de su vida y de su entorno, a causa de la dedicación intensa que le ha dedicado a una persona en concreto durante un largo periodo. De este modo, el TS debe analizar la situación y elaborar un diagnóstico social, planificar un plan de intervención enfocado en la ACP y acordar unos objetivos de manera conjunta con el usuario. En tercer lugar, debe

orientar, acompañar y asesorar en todo momento al usuario, actuar como agente procurador, promoviendo los recursos y las herramientas necesarias para ayudarlo en la superación de los problemas que afectan al entorno social del mismo. Por ello, es fundamental poder otorgarle el mejor recurso humano, el propio TS, con el objetivo de facilitarle un medio en el que expresarse, compartir ideas, resolver dudas y ofrecerle diferentes programas, recursos y servicios destinados a reestablecer, conservar y mejorar sus capacidades (Hernández Martín, 2013: 323), así como su facultad de autodeterminación. El TS debe escuchar activamente al CI, proporcionándole soporte psicosocial para que este exteriorice sus sentimientos e inquietudes y se encuentre en un clima de confianza para poder trabajar en el proceso de cambio y mejorar su calidad de vida. Además, el TS tiene que implicarse activamente y promover el trabajo terapéutico a partir de las habilidades y fortalezas del cuidador (Briansó Solé, 2019: 19). Finalmente, el TS debe evaluar los resultados obtenidos durante la intervención teniendo en cuenta los objetivos planteados, los recursos utilizados y las técnicas, y lo hará siempre de manera conjunta con el usuario. Llegado el momento de la muerte del enfermo crónico, el CI se verá afectado por la situación viéndose en la necesidad de obtener ayuda del TS para poder activar de nuevo su vida, así como veremos en el apartado siguiente.

A pesar de los recursos ya existentes, la realidad nos lleva a ver que estos son escasos, teniendo en cuenta las necesidades específicas y diversas a cubrir. A lo largo del proceso, el TS debe aconsejar recursos tanto formales como informales, pero al pertenecer - mayoritariamente- a un ente público, propondrá, en gran parte, aquellos ofertados por el sistema de protección social. Sin embargo, estos pueden presentar inconvenientes y así como manifiestan Pincus y Minahan (citados en Puente-Ferreras, Barahona-Gomariz y Fernández-Lozano, 2011: 18-19) los servicios formales son insuficientes, dificultando así la posibilidad de poder proporcionar los recursos a todos los usuarios que lo precisen; a su vez, pueden haber muchos recursos pero de nada sirve si no puede tener acceso toda aquella población que lo necesite bien sea por motivos geográficos, psicológicos o culturales. También, es fundamental dar a conocer todos los recursos y programas existentes para fomentar el apoyo y recomendar aquellos que se adapten a las necesidades de cada uno puesto que de nada sirve ofertar y ser partícipe de diversos recursos y proyectos si algunos de ellos proponen objetivos diferentes.

Mismamente, aunque ya existen, se deben promover más aún aquellos programas y recursos beneficiosos para el cuidador y que favorecen el desarrollo de habilidades, aprendizaje de estrategias para el control del estrés y la ansiedad, así como programas que proponen técnicas para el control de situaciones concretas en el cuidado de un enfermo, entre otros. De igual modo, son útiles los programas y servicios de respiro y, las intervenciones psicoeducativas y psicosociales. Los primeros son servicios formales que le brindan al CI una red de apoyo y respiro en cuanto a sus responsabilidades como cuidador, otorgándole periodos de descanso para dedicarse tiempo a si mismo/a con el objetivo de reducir sus niveles de carga y todo lo que ello conlleva. Ejemplos de servicios de respiro son: servicios de ayuda domiciliaria, centros de día y respiro residencial o nocturno. Sin embargo, aunque son recursos útiles, la base de este artículo se centra en el estudio de la relación y afectaciones del CI codependiente del paciente crónico fruto de unos cuidados progresivos y duraderos en el tiempo.

Contrariamente, las intervenciones psicoeducativas y psicosociales están destinadas, entre otros, a aquellos cuidadores que proporcionan atención de manera integral y permanente. Estos programas han sido desarrollados con el objetivo de informar, aprender y proporcionar apoyo emocional y social, así como brindarle al cuidador recursos y servicios para aliviar la carga que le supone la situación. También, se pretende optimizar las habilidades de los CI proporcionándoles técnicas para el manejo del cuidado y la atención a una persona enferma, así como estrategias para reducir y controlar sus niveles de carga, estrés y malestar (Zarit, citado en Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2015: 85-88). En este rango de intervenciones se emplean programas como “grupos de apoyo, autoayuda y ayuda-mutua, entrenamientos en técnicas cognitivo-conductuales tales como solución de problemas, de maneja de estrés, etc.” (Carretero Gómez, Garcés Ferrer y Ródenas Rigla, 2015: 90-91). Asimismo, por un lado, las intervenciones más orientadas a la atención psicológica y emocional pretenden brindar al cuidador la suficiente confianza para expresar sus emociones, facilitarles la oportunidad de pertenecer a un grupo, técnicas de relajación, gestión de estrés y de autocuidado, entre otros. En este caso, se debe puntualizar que quien dirige estas sesiones son profesionales especializados en el campo psicológico. Por otro lado, las intervenciones educativas tienen el objetivo de proporcionar la información necesaria para conseguir el estado óptimo del cuidador, fomentar el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades de cuidado, facilitar estrategias para la resolución de problemas y para la planificación del

tiempo, dar a conocer los derechos de los cuidadores, entre otros. Estos derechos, según Astudillo, Mendinueta y Granja (2008), son “derecho a dedicar tiempo y actividades a sí mismos sin sentimientos de culpa, derecho a experimentar sentimientos negativos por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido, derecho a resolver por sí mismos aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre aquello que no comprendan, derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos, derecho a ser tratados con respeto por aquellos a quienes soliciten consejo y ayuda, derecho a cometer errores y a ser disculpados por ello, derecho a ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de la familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos, derecho a quererse a sí mismos y a admitir que hacen lo que es humanamente posible, derecho a aprender y a disponer del tiempo necesario para hacerlo, derecho a admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos, derecho a “decir no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas y, derecho a seguir la propia vida”. Con todo ello, se han evidenciado los beneficios que suponen ambas intervenciones, aunque diversos análisis defienden que los programas psicosociales presentan más limitaciones puesto que van dirigidos exclusivamente a los cuidadores. Por el contrario, los programas psicoeducativos suponen un mayor beneficio porque incluyen al sujeto enfermo. Si más no, es cierto que los beneficios son mayores cuando se intercalan los servicios de respiro con los programas psicoeducativos y psicosociales (Cantero, 2015: 87-93).

También, existen instituciones destinadas a la rehabilitación del codependiente como es el caso de CoDa (Codependientes anónimos) cuyo objetivo es rehabilitar a las personas codependientes reuniendo a aquellos que quieren mantener relaciones sanas para liberarse de las inquietudes tanto de uno mismo como de los demás. CoDa es una fraternidad nacida en Estados Unidos en el año 1986, cuya sede social se encuentra en Arizona. Con los años se ha ido expandiendo por el mundo, instalándose por toda España. El programa que propone esta entidad se basa en la “fraternidad, grupos de CoDa, apadrinamiento, literatura, conferencias, convenciones, el trabajo de servicio y los Doce Pasos y las Doce Tradiciones”³ que establece la misma entidad. No obstante, los programas rehabilitadores que propone CoDa establecen una base religiosa por lo que puede que no todo el mundo

³ CoDa. Codependientes anónimos. “Información para los Profesionales”. Recuperado en: <https://coda.org/wp-content/uploads/2020/01/Informaci%C3%B3nParaLosProfesionales.pdf>

se identifique con el ideario de este. Aun así, es un modelo innovador e interesante para tener en cuenta a la hora de trabajar en la rehabilitación del paciente codependiente.

Todos los cuidadores tienen derecho a ser partícipes de estas intervenciones y programas, pero aquellos que padezcan CD, además de recibir el soporte y la información por parte de los TS y demás profesionales especializados, precisan un tratamiento psicológico que les ayudará a gestionar su dependencia, así como terapias cognitivas. A grandes rasgos, estas sesiones están focalizadas en fomentar la autoestima del sujeto codependiente, ayudar a reconocer sus sentimientos, estimular sus capacidades haciendo hincapié en las relacionales, entre otros (Mansilla, 2002).

EL CUIDADOR EN EL PROCESO DE MUERTE DE LA PERSONA ENFERMA

Después de tantos meses o años cuidando a una persona y, sumándole que el CI sea un miembro de la familia, la muerte del enfermo supone un proceso muy doloroso. Este sentimiento se puede ver incrementado cuando el cuidador ha desarrollado dependencia hacia la persona que ha estado cuidando durante un periodo tan largo. Bien es cierto que, tratándose de una EC, en cierto modo, se vivencia una muerte anunciada puesto que, aunque se puede ser más o menos consciente de que la persona enferma va a morir, es una situación para la que nadie está preparado.

Durante mucho tiempo el enfermo ha sido el centro vital del cuidador, focalizado este en todo lo que refiere a la persona enferma y a sus cuidados y poco preocupado en lo que respecta a sus propios intereses y en su bienestar. Por ello, la muerte del enfermo supone un cambio brusco y, dependiendo de las capacidades y la resiliencia del CI, este vivirá la muerte con más o menos dolor y tristeza. Se entiende por resiliencia la capacidad para superar las situaciones vulnerables y/o las circunstancias traumáticas como un accidente o una muerte (Elisardo, 2006). Con ello, para obtener buenos resultados en el proceso de cambio, es fundamental que el TS proporcione una mirada optimista del usuario para estimular las capacidades de este, debe compartir la idea que la persona es capaz de rehacerse y reorganizar su vida después de un suceso trágico y, debe resaltar la

trascendencia del AS en el proceso de cambio de los usuarios (Anleu Hernández, 2016). Asimismo, cuanto mayor sobrecarga experimente el cuidador, menor será su capacidad de resiliencia. Por el contrario, si el cuidador tiene mayor capacidad de resiliencia, tendrá más probabilidades de poder realizar la asistencia pertinente sin sufrir altos niveles de estrés y de carga, desarrollará menos cansancio y afrontará la situación de un modo más positivo que, consecuentemente, le beneficiará en la calidad de vida.

Durante la fase final de la enfermedad, el cuidador vivenciará tres procesos propios del enfermo paliativo (Maza Igual, 2013: 26-29):

1. Situación de agonía (fase pre-fallecimiento), propia de la fase terminal del paciente en la que el CI presenta miedo a la muerte y un conjunto de emociones de preocupación y de ansiedad. Aunque el cuidador haya obtenido mucha información por parte del equipo profesional durante la etapa en vida del enfermo, siempre tendrá la sensación de que esta es poca. Por esta razón, es esencial que se vayan acordando decisiones de antemano empleando la escucha activa;
2. Duelo (fase post-fallecimiento), siendo este un “estado de pensamiento, sentimientos y actividad como consecuencias de la pérdida de una persona amada” (SECPAL citado en Maza Igual, 2013: 28). Esta fase requiere tiempo y capacidad de adaptación para poder volver a la nueva realidad. El CI deberá afrontar lo sucedido y seguramente, requiera de ayuda profesional.
3. Duelo patológico, como consecuencia a todo el tiempo que le ha dedicado a esa persona. En esta se manifiestan sentimientos de culpabilidad, rabia, cambios emocionales bruscos, dificultad para aceptar la nueva realidad, depresión, etc.

Por todo ello, es muy importante que se pueda llevar a cabo la prevención del duelo puesto que, después de tantos años de cuidado y de atención a un enfermo crónico y, a su vez, a una persona querida, el duelo debe tener su inicio antes de la muerte del paciente (Astudillo, Mendinueta y Granja, 2008: 378). Trabajar el duelo de manera preventiva es fundamental para minimizar sus efectos tales como la depresión, trastornos o cuadros psicóticos, sentimientos de culpabilidad, entre otros, pero jamás con la intención de evitarlo. Por este motivo, es esencial que el equipo profesional pueda proporcionar apoyo y acompañamiento al CI, independientemente de que este sea familiar o no. También, es

importante poder explorar y adelantarse a los hechos que tendrán lugar para conseguir que el cuidador pase por un duelo sano y poder obtener como resultado unos niveles de ansiedad menores. El equipo, tanto médico como social, debe mantener durante todo el proceso de enfermedad, el contacto con la familia y/o cuidador para proporcionarle toda aquella información y apoyo psicosocial necesario y, al mismo tiempo, trabajar en la prevención del duelo patológico.

Después de la muerte de la persona enferma, el CI puede vivenciar una dualidad emocional (de manera inconsciente) entre la liberación personal y la pérdida de una persona querida. Por un lado, se encuentra con el hecho de no tener que estar todas las horas de todos los días cuidando de alguien y tener, a partir de ahora, más tiempo para él/ella mismo/a y así, poder reducir sus niveles de carga y de estrés. Por otro lado, sentirá el dolor que supone perder a alguien con quien se ha compartido tantos momentos y a quien ha dedicado todo su tiempo durante años. Además, esta tristeza está más presente aun cuando el cuidador es codependiente. Así, el/la cuidador/a se preguntará ¿Qué hago yo ahora? ¿Qué será de mí? Contrariamente, aunque la liberación personal pueda suponer una disminución de los niveles de estrés, depresión, ansiedad... a raíz de esta dicotomía se presencian nuevas alteraciones en el entorno personal, familiar y laboral. En este momento, será esencial -nuevamente- la intervención del TS dado que el CI requerirá ayuda para recuperar su vida, crear nuevos vínculos sociales o reestablecer aquellos perdidos, reinsertarse a la vida laboral, etc. En definitiva, se deberá ayudar al usuario a reactivar su vida y con ello, estimular su capacidad de resiliencia mediante la construcción de la relación de ayuda.

Actualmente, escasean los estudios y análisis en cuanto a la vivencia del proceso de duelo de una persona codependiente, pero después del fallecimiento el cuidador deberá replantear y reorganizar su vida. Por ello, será de vital importancia poder contar con una red de apoyo con especialistas para controlar sus emociones y su actitud ante la nueva realidad. De modo general, la recuperación de un CI codependiente tras la muerte del sujeto enfermo es muy lenta y dolorosa puesto que este debe adaptarse a una nueva vida y convivir con la ausencia de esa persona. Asimismo, dependiendo de las condiciones de salud de cada cuidador, esta se puede ver empeorada frente al nuevo suceso fatal. A partir

de una experiencia cercana a mí, puedo afirmar que cuando se sufre una fuerte codependencia y, el sujeto cuidador padece también una enfermedad, en el momento de la muerte de la persona cuidada, la salud del CI se puede agravar considerablemente llevando a esta/e a una situación más vulnerable la cual podrá requerir de un cuidador.

CONCLUSIÓN

A modo de resumen, aunque el concepto CD tiene sus orígenes en el campo de las adicciones y, al mismo tiempo, es una cuestión poco analizada e investigada; con el paso de los años, ha sido adaptado por otros rangos como el de la EC. Asimismo, a raíz de la atención y cuidados constantes y permanentes que dedica el CI -habitualmente un miembro de la familia (esposa/o, pareja, hija/o, madre, padre...)- a alguien con EC -considerando que este se convierte en una persona dependiente- el CI acaba desarrollando CD entendiendo este como una enfermedad, situada en el mismo rango que las adicciones, en la que se desarrolla síntomas de obsesión, autonegligencia, querer tenerlo todo bajo su control, así como una variedad de comportamientos relacionales que reprimen el funcionamiento personal. Durante los años en los que ha perdurado el cuidado, y teniendo en cuenta la estrecha relación existente entre ambos, el cuidador acaba desarrollando dependencia -adicción- hacia la persona enferma, centrándose solo y exclusivamente en el enfermo y despreocupándose por su propio bienestar tanto por lo que concierne a su salud como a su entorno social. Todo ello, junto al estrés y agobio que supone dedicar todo el tiempo a una persona y a sus cuidados, el CI acaba desarrollando altos niveles de sobrecarga.

Por este motivo, el CI necesitará de ayuda especializada por parte de un equipo interdisciplinar con la intención de llevar a efecto una valoración e intervención biopsicosocial, puesto que se verán afectados los contextos sociales, psicológicos y biológicos del mismo. Así, será conveniente idear un plan de intervención enfocado al modelo ACP para idear un plan de trabajo individualizado. Para ello, será necesario el soporte del TS, el cual acompañará al CI en todo momento para ayudarle en el proceso de cambio, en la reactivación de su vida, así como en la reinserción social y laboral

después de pasar por el proceso de duelo a causa de la muerte del enfermo crónico. El TS debe escuchar activamente al CI para prestar atención a sus sentimientos, inquietudes y miedos y, poder proponerle los recursos y servicios orientados a la intervención psicoeducativa y psicosocial.

Sin embargo, actualmente, los recursos de AS siguen siendo escasos en tanto que presentan limitaciones para algunos usuarios, por lo que considero que tanto las instituciones públicas -a nivel general- como los distintos departamentos y entidades -a nivel específico- deberían idear más recursos y programas para poder tener al alcance un abanico de servicios a proponer a los usuarios que necesiten orientación, asesoramiento y acompañamiento debido a su situación vulnerable, para que puedan tener acceso todos los usuarios que lo requieran sin que sirva como condicionante la cultura, la religión y/o la localidad. A modo de propuesta, se deben idear más proyectos y recursos gratuitos destinados a aquellos que padecen CD. Por un lado, para brindar atención especializada y proporcionar tratamientos y atención psicológica específica en tanto que AS, con el objetivo de rehabilitar al codependiente y fomentar las relaciones sanas sin que sirvan de inconveniente las creencias religiosas y/o culturales, entre otros. Por otro lado, para poder proporcionarles distintos recursos educativos para el aprendizaje de estrategias útiles para las tareas de cuidados especiales para un enfermo y también, para el control de sus emociones, así como el estrés y la ansiedad que le pueden generar dichas tareas.

Finalmente, cuando el sujeto cuidado llega al momento final de su enfermedad y muere, el CI cree perder el control de su vida y se encontrará en una dualidad emocional que, sin duda, precisará de ayuda profesional. Así pues, este cambio brusco en la vida del cuidador puede suponer tanto un atenuante como un agravante en su calidad de vida, puesto que el CI dejará de tener una figura en la que centrarse e involucrarse permanentemente y, por el contrario, debido al fuerte vínculo emocional que existía entre ambos, la salud del CD puede empeorar considerablemente.

BIBLIOGRAFÍA

- ACINAS, M.P. (2012). “Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos”. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 2 N°4, 1-22.
- ANLEU HERNÁNDEZ, C.M. (2016) “La intervención del trabajo social con inmigrantes desde una mirada resiliente”, en: *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño. Universidad de La Rioja.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. Y GRANJA, P. (2008). “Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida”, *Psicooncología*. Vol. 5 N°2-3, 359-381.
- BISCARRA, M.A., BRANDARIZ, R.A., LICHTENBERG, A., PELTZER, R. Y CREMONTE, M. (2013). “Construcción de una Escala de Codependencia”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)* Vol. 5 N°1, 42-51.
- BLANCO-PICABIA, A. Y ANTEQUERA-JURADO, R. (1999). “La codependencia en el actual sistema sanitario”. *Suma Psicológica* Vol.6 N°2, 221-239.
- BRIANSÓ SOLÉ, A. (2019), “La dignitat de la persona. L’atenció centrada en la persona”, EN FORNS FERNÁNDEZ, M.V. Y ANLEU HERNÁNDEZ C.M. (DIRS.). L’atenció centrada en la persona. Un enfocament des del treball social. *Quaderns per a la Inclusió Social*, 6. Tarragona. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 17-22.
- DE VALLE-ALONSO, M.J, HERNÁNDEZ-LÓPEZ, I.E., ZÚÑIGA-VARGAS, M.L. Y MARTÍNEZ-AGUILERA, P. (2015), “Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor”, *Enfermería Universitaria* Vol. 12 N°1, 19-27.
- ELISARDO, B. (2006). “Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11 N°3, 125-146.
- ESPINOZA LAVOZ, E., MÉNDEZ VIILLARROEL, V., LARA JAQUE, R. Y RIVERA CAAMAÑO, P. (2009). “Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo””. *Theoria*, Vol. 18 N°1, 69-79.

- HERNÁNDEZ MARTÍN, B. (2013). “El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias”. *Documento de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* N° 52, 314-325.
- JÁUREGUI, I. (1999). “Codependencia: esa adicción oculta. Un estudio de caso sobre la obra de Raquel Heredia”. *Revista española de drogodependencia* N°24, 401-425.
- MARTINS D’ANGELO, R.M. Y MENÉNDEZ MONTAÑÉS, M.C. (2011). “Depresión y/o codependencia en mujeres: necesidad de un diagnóstico diferencial”, *Barbarói* N° 34 jan./jul.; 125-145.
- MANSILLA IZQUIERDO, F. (2002). “Codependencia y psicoterapia interpersonal”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* N° 81.
- MAZA IGUAL, B. (2013). Realidad del Cuidador Informal. Una visión dirigida hacia el Cuidador Informal del enfermo en situación terminal. Cantabria. Universidad de Cantabria.
- MORAL JIMÉNEZ, M.V. Y SIRVENT RUIZ, C. (2010). “Codependencia y heterocontrol relacional: el síndrome de Andrómaca”, *Revista Española de Drogodependencias* N°35; 120-143.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra. Autor.
- PUENTE-FERRERAS, A., BARAHONA-GOMARIZ, M.J. y FERNÁNDEZ-LOZANO, M.P. (2011). “Las enfermedades raras: naturaleza, características e intervención biopsicosocial”. *Portularia* Vol. XI N°1, 11-23.
- SIRVENT, C. (2000). “Las dependencias relacionales (D.R): dependencia emocional, codependencia y bidependencia”, en: *I symposium nacional sobre adicción en la mujer*. Madrid. Instituto de la Mujer y Fundación Instituto Spiral, 164- 215.
- UMAÑA RODRÍGUEZ, R.K. (2017). Relación entre soporte social y nivel carga percibido por cuidadores de personas con enfermedad crónica no transmisible (E.C.N.T). Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

WEBGRAFÍA

- CARRETERO GÓMEZ, S., GARCÉS FERRER, J. Y RÓDENAS RIGLA, F. (2015). “La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial”. Recuperado en: http://repositoriodcpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/918/Inf_CarreteroGomezS_SobrecargaCuidadorasPersonas_sf.pdf?sequence=1
- CASTRELLÓN DÍAZ, J.A. (17-19 de octubre de 2002). “Discurso y actuaciones codependientes”. Recuperado en: <https://cies.online/wp-content/uploads/2019/06/Taller-Codependencia-CIES.-Castrell%C3%B3n-Julio-2019.pdf>
- CODA. Codependientes anónimos. Para tener relaciones sanas. Recuperado en: <https://codependientesanonimos.es/>
- CODA. Codependientes anónimos. “Información para los profesionales”. Recuperado en: <https://coda.org/wp-content/uploads/2020/01/Informaci%C3%B3nParaLosProfesionales.pdf>
- GÓMEZ GUANO, A. (4 de mayo de 2018). “Plan de intervención integral para el acompañamiento al paciente diagnosticado con discapacidad y para su familia, bajo un enfoque biopsicosocial”. Recuperado en: <https://es.slideshare.net/AnglicaGmez20/plan-de-intervencion-integral-para-el-acompaamiento-al-paciente-diagnosticado-con-discapacidad-y-para-su-familia-bajo-un-enfoque-biopsicosocial-96003543>
- ROCHA ORTIZ, D. (1 de noviembre de 1998). “Codependencia: una revisión histórica del término (primera de dos partes)”. *LiberAddictus*. Recuperado en: [http://liberaddictus.org/varios/467-codependencia--una-revision-historica-del-termino-\(primera-de-dos-partes\).html](http://liberaddictus.org/varios/467-codependencia--una-revision-historica-del-termino-(primera-de-dos-partes).html)

JUSTIFICACIÓN DE LA REVISTA DE PUBLICACIÓN

Este artículo pretende ser publicado en la *Revista Trabajo Social y Salud*, la cual está editada en Zaragoza por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud desde 1989. En su edición participan profesores y trabajadores sociales sanitarios, reunidos con la intención de promover la investigación y la producción científica relacionando el ámbito social con el sanitario.

Bien es cierto que cuando empecé el grado de Trabajo social, mis intereses se orientaban al ámbito familiar e infantil. Sin embargo, a lo largo de los cuatro años de duración del grado, mis intereses se inclinaron más hacia el ámbito sanitario debido a mis nuevas curiosidades por todo aquello relacionado con la salud y con ello, sus repercusiones con el entorno social y viceversa.

Por este motivo, decidí publicar mi artículo en una revista específica de trabajo social sanitario puesto que el tema del artículo relaciona una enfermedad, tanto la del sujeto cuidado como la del sujeto cuidador, con la labor, dedicación (intensiva) y las consecuencias que experimenta un CI a lo largo del proceso de cura del enfermo crónico y la necesidad de recibir AS.