



DIPLOMATURA EN
**CUIDADO DE PERSONAS
MAYORES I**



Universidad Nacional
de La Matanza

inadi



Instituto nacional
contra la discriminación,
la xenofobia y el racismo



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina

DIPLOMATURA EN
**CUIDADO DE PERSONAS
MAYORES I**



Universidad Nacional
de La Matanza

inadi



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina

Índice

Autoridades	5
Prólogo	6
Introducción	7
Módulo 1 - Economía Popular y Cuidados	9
1. Introducción al cuidado, como concepto y categoría política	10
2. La organización social del cuidado. Repensar trabajo, producción y reproducción. Sostenibilidad de la vida	12
3. Los cuidados como necesidad, derecho y trabajo	14
4. Economía popular: Trabajo asociativo y cooperativismo	16
Módulo 2 - El envejecimiento como proceso social, histórico y cultural	20
1. Envejecimiento poblacional	21
2. Derechos de las personas mayores. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	24
3. Paradigma del envejecimiento activo	27
Módulo 3 - Roles y Competencias de los cuidadores de personas mayores	29
1. ¿Qué es cuidar?	30
2. Rol de los cuidadores de personas mayores	30
3. Ámbitos de cuidado (domicilios, instituciones, comunidad)	31
4. Redes de apoyo	33
5. Tareas específicas de cuidado	34
6. Cuidado de los cuidadores	38
Módulo 4 - Cuidado integral de las personas mayores I	42
1. Personas mayores, envejecimiento y salud. Proceso salud enfermedad. Salud comunitaria y políticas públicas. Envejecimiento y salud	43
2. Alteraciones físicas y cognitivas en el envejecimiento	45
3. Enfermedades prevalentes en personas mayores. Síndrome geriátrico. Polimedicación y automedicación	50
4. Importancia de la actividad física - Cambios Posturales	55
5. Nutrición y desnutrición en las personas mayores	55
6. COVID-19: Un nuevo desafío para los cuidados	61
7. Primeros auxilios y Reanimación cardiopulmonar (RCP)	63
Módulo 5 - Psicología de la vejez	69
1. Psicología en las personas mayores	70
2. La perspectiva de género como dimensión integral de los cuidados. Sexo, género, orientación sexual y sexualidad. Diversidad y cuidados. Cuando las desigualdades se traducen en violencias de género	71
3. Representaciones sociales y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez. Violencias en las personas mayores	76
4. Cambios Cognitivos	79
5. Memoria	79
6. Psicopatología en las personas mayores: Alzheimer, depresión en la vejez, ansiedad, hipocondría y otras demencias	81

Módulo 6 - Prácticas Territoriales Profesionalizantes I	86
1. Territorio, redes y participación comunitaria	87
2. Estrategias de sensibilización y promoción de derechos	89
3. Mapeos colectivos: identificación de recursos disponibles, actores, articulación y visibilización de los circuitos de atención	90
4. Sistematización de experiencias	92
<hr/>	
Anexo - Violencia por cuestiones de género	95

Autoridades

Dr. Alberto Fernández
Presidente de la Nación

Dra. Cristina Fernández
Vicepresidenta de la Nación

Lic. Daniel Arroyo
Ministro de Desarrollo social de la Nación

Emilio Pérsico
Secretario de Economía Social

Lic. Carolina Brandariz
Directora de Cuidados Integrales y Políticas Comunitarias

Ernesto Migone
Director de Formación y Terminalidad Educativa

Lic. Erika Roffler
Secretaria de Articulación de Política Social

María Mercedes Palmas
Dirección de Planificación Social

Lic. Maria Victoria Vozza
Dirección Nacional de Articulación Social Productiva

UNLAM
Prof. Dr. Daniel Eduardo Martínez
Rector

Dr. Fernando Luján Acosta
Vicerrector Interno

Lic. Lorena Turriaga
Secretaria de Medios y Comunicaciones

Lic. Roberto Luis Ayub
Secretario de Extensión Universitaria

EQUIPO TÉCNICO MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN
Área de Personas Mayores, a cargo de Lucía Glimberg

Cuidados Integrales y Políticas Comunitarias – Formación y Terminalidad Educativa: Alejandra Bazzalo, Jorgelina Matos, Juan Manuel Senrra y Luis Orani.

Centros de la Economía Popular.

EQUIPO TÉCNICO UNLAM:
Magdalena Bouzigues, Vanina Chiavetta, Alejandra Fernandes Nunes, Aldana Galardo, Susana Liñeiro y Giancarlo Quadrizzi Leccese.

Prólogo

Desde las Direcciones de Cuidados Integrales y Formación de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, les damos la bienvenida a la **DIPLOMATURA EN CUIDADO DE PERSONAS MAYORES I**.

Desde el inicio de la actual gestión de Gobierno nos propusimos el diseño de políticas públicas, destinadas a la población de quienes trabajan en el marco de la Economía Popular, y dentro de ella, del Programa Potenciar Trabajo.

La política de formación es una de las herramientas que, en conjunto con el registro de las trabajadoras y trabajadores de la Economía Popular a través del ReNaTEP⁽¹⁾, permite visibilizar las redes comunitarias y la realidad ocupacional de millones de argentinas y argentinos, profundizando el reconocimiento y formalización de las actividades económicas y productivas de quienes trabajan en el marco de la economía popular, entre ellas a quienes realizan trabajos de cuidado.

Entendiendo que **quienes vienen cuidando pueden aportar un conocimiento de primera mano sobre la tarea**, es que nos propusimos diseñar un proceso formativo desde el paradigma de la Educación Popular, que pueda poner en juego el intercambio de saberes entre la comunidad y la academia. Es así como junto a Universidad Nacional de la Matanza, diseñamos un conjunto de 7 diplomaturas de pregrado en Cuidados Integrales cuya implementación desarrollamos de la mano de los equipos de abordaje territorial del Ministerio. Las Diplomaturas hacen foco en grupos poblacionales particulares y en espacios comunitarios de cuidado actualmente superados en sus "capacidades operativas" debido al incremento de contagios por la pandemia de Covid 19. Esta situación coyuntural mundial exacerba las necesidades de cuidado, poniéndolo en el centro mismo de todas las agendas y los discursos: **"cuidar la vida, cuidarnos del virus, cuidar la economía, cuidar la industria, cuidar el trabajo, cuidar a quienes cuidan..."**.

La democratización de las tareas de cuidado, su reconocimiento, jerarquización y redistribución - tanto las que se desarrollan en el hogar como en ámbitos comunitarios - debe ser una política prioritaria de un Estado que garantice derechos e igualdad. Este es nuestro horizonte y punto de partida.

Les deseamos un buen proceso formativo y les agradecemos por sus valiosos aportes que, sabemos, enriquecerán la propuesta a lo largo de la cursada.

Carolina Brandariz

*Directora de Cuidados Integrales y Políticas Comunitarias
Secretaría de Economía Social*

(1) El Registro Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (ReNaTEP), dependiente de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, busca reconocer, formalizar y garantizar los derechos de las trabajadoras y los trabajadores de la economía popular, para acceder a herramientas que les permitan potenciar su trabajo.

Para más información: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/renatep>

Introducción

La Argentina se encuentra atravesando un proceso de envejecimiento demográfico que avanza en función de factores como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad de la población. Si bien se trata de una tendencia global, nuestro país es considerado uno de los más envejecidos de América Latina.

La vejez es una etapa cada vez más importante en la vida. El envejecimiento de la población es altamente visible en nuestras comunidades e incrementa las necesidades de cuidado y asistencia de las personas mayores a través de servicios de cuidado que muchas veces resultan insuficientes o son de difícil acceso y, por lo tanto, se resuelven mediante redes familiares o comunitarias. Así, los procesos demográficos actuales nos ponen ante el desafío de dar respuesta a las necesidades de cuidados de las personas mayores, implementando acciones específicas que garanticen su bienestar, potenciando las autonomías y propiciando entornos favorables para el pleno ejercicio de sus derechos.

Pensar los cuidados que requieren las personas mayores implica resignificar los procesos de longevidad y vejez, no como procesos homogéneos, sino vinculados a diversos contextos sociales, económicos e históricos, y teniendo en cuenta las condiciones de vida de las personas y su entorno. Es así indispensable la tarea de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, proveyendo un cuidado que contemple las particularidades de los sujetos en los diversos procesos de envejecimiento.

Cuando no se garantiza el derecho a cuidar y ser cuidado, prevalecen diversas realidades que en muchos casos condicionan o restringen las estrategias para poder resolver las tareas de cuidado. La insuficiencia de políticas públicas integrales para garantizar el derecho al cuidado intensifica las desigualdades sociales y de género. Es así fundamental ampliar las alternativas y robustecer los sistemas de cuidado, reconociendo y fortaleciendo los trabajos del cuidado.

Es necesario construir políticas públicas desde un nuevo paradigma social, que surja desde y para el mejoramiento de los territorios y las comunidades. La democratización de las tareas de cuidado, su redistribución, reconocimiento, profesionalización y valorización económica es fundamental para garantizar derechos e igualdad tanto para quienes son cuidados como para quienes cuidan.

A partir de la diplomatura en cuidados de personas mayores nos proponemos acompañar el desarrollo profesional de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, entendiendo que se trata de un trabajo esencial e irremplazable, reconociendo, recuperando y poniendo en diálogo diferentes saberes a modo de un diálogo crítico que aporte a la transformación de la realidad de la comunidad.

Objetivo General:

Ofrecer a las y los participantes contenidos, competencias y herramientas teórico-prácticas para la intervención con personas mayores favoreciendo, a partir de sus prácticas, nuevos diseños y estrategias integrales de abordaje y atención.

Objetivos Específicos:

- Brindar un enfoque integral sobre el impacto del envejecimiento poblacional y el incremento progresivo de la población de personas mayores colaborando al cambio de concepción sobre ellas.
- Promover competencias, incorporando nuevos conocimientos y herramientas para proveer cuidados a personas mayores, reconociendo y jerarquizando los saberes de las trabajadoras y trabajadores del cuidado.
- Desarrollar habilidades para el cuidado de las personas mayores según el nivel de dependencia, contribuyendo a fortalecer la autonomía y mejorar su calidad de vida.

Necesaria aclaración:

El uso de un lenguaje que no discrimine ni excluya y que permita visibilizar todos los géneros es una preocupación central de quienes participamos en la producción de esta publicación. Es por ello, que el presente material reconoce la influencia del lenguaje a la hora de percibir y nombrar la realidad. Considerando que no hay un acuerdo único al respecto y con el fin de que las discusiones se centren en el contenido, optamos por tres criterios: 1) evitar el uso de expresiones discriminatorias, 2) visibilizar el género cuando la situación comunicativa y el mensaje lo requiera para lograr una comprensión correcta, y 3) no hacerlo cuando no resulte necesario. Esperamos que esta propuesta contribuya a realizar una comprensión más justa, situada y precisa de los aprendizajes.

MÓDULO 1

Economía Popular y Cuidados.

Organización modular:

Este módulo contará con cuatro puntos ordenadores

1. Introducción al cuidado, como concepto y categoría política.

2. La organización social del cuidado. Repensar trabajo, producción y reproducción. Sostenibilidad de la vida.

3. Los cuidados como necesidad, derecho y trabajo.

4. Economía popular: Trabajo asociativo y cooperativismo.



1. Introducción al cuidado, como concepto y categoría política.



"Todos los seres humanos requerimos de cuidados personales y la gran mayoría cuida a otros/as en algún momento de sus vidas. Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano".

Eleonor Faúr

Para comenzar nuestro trayecto formativo es fundamental introducirnos en las discusiones que se vienen llevando a cabo en la actualidad respecto a las tareas de cuidado. Para ello, haremos un recorrido que nos invite a reflexionar sobre varias preguntas *¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados? ¿Qué actividades implican? ¿Quiénes son las personas que cuidan y quiénes son cuidadas? ¿Cuál es el rol del Estado en estas tareas?*

Cotidianamente desarrollamos tareas de cuidado dentro de los espacios familiares y comunitarios que integramos, ya que son tareas indispensables para el desarrollo de la vida, pero pocas veces nos detenemos a reflexionar sobre su importancia.

¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidado?

El cuidado involucra diferentes tareas y actividades que tienen como objetivo garantizar la sostenibilidad y reproducción de la vida. Todos los seres humanos requerimos cuidados a lo largo de nuestra vida o por alguna situación de vulnerabilidad como enfermedades y/o discapacidad.



"Se trata tanto de cuidar (incluso cuidarse a sí misma/o), como de ser cuidada/o, en distintos grados, dimensiones y formas a lo largo del ciclo vital. Cuestionamos, así, el par autonomía/dependencia sobre el que tradicionalmente se ha sostenido el concepto de cuidado, para reclamar por el de interdependencia social: las personas no somos autónomas o dependientes, sino que nos situamos en diversas posiciones en un continuo de interdependencia. "

Amaia Pérez Orozco

Estos últimos años, y especialmente con el agravante de la pandemia Covid 19, observamos el aumento exponencial de las tareas de cuidado en todos los ámbitos de la vida y en particular en la vida familiar, hogareña, en la organización de nuestras actividades cotidianas, en cómo nos relacionamos con los demás y habitamos los espacios.

La pandemia produjo cambios en las rutinas cotidianas y en la organización de los cuidados que intensificaron aún más esta sobrecarga de tareas para las mujeres. A partir de las medidas preventivas de aislamiento tomadas para evitar la expansión del virus, en los hogares se incrementó el tiempo dedicado a las tareas domésticas (alimentación, limpieza, sanitización, entre otras) y al cuidado de niñas, personas mayores, personas con discapacidad, tareas a las que se suma el acompañamiento escolar. En igual sentido, estas tareas se incrementaron en los ámbitos de organización barrial y comunitaria, en los cuales también se replica la desigual distribución de las mismas.

Esto pone en debate una realidad invisibilizada: las tareas de cuidado son fundamentales para la vida, para la sobrevivencia y sostenibilidad de la misma. Son un trabajo no reconocido ni nombrado y como tal: no remunerado. ¿Qué sucedería si se le asignara un valor de mercado? Pues ni más ni menos que se constituiría un "gasto/costo/inversión" importante para el sistema económico (que actualmente está comenzando a ser medido). Sin las tareas de cuidado llevadas adelante principalmente por **mujeres cis, lesbianas y trans femininas**, el motor de la economía no podría ponerse en marcha. Esto redundaría además en que dichas tareas y su adjudicación a cierto sector de la sociedad (identidades feminizadas), terminan convirtiéndolo en uno de los pilares de la desigualdad de género.

Así como existen diferentes posicionamientos políticos y conceptuales en torno al movimiento feminista, existen variedad de ideas, discusiones y conceptualizaciones en torno a las prácticas de cuidados. Posándonos sobre ese piso vamos "afinando el lápiz" en la definición sobre **"qué son y que implican los cuidados"**. El tema está en agenda y es el momento de poder hacernos parte del debate. Permanentemente escuchamos en los medios de comunicación hablar sobre cuidados a secas (políticos, investigadores; periodistas, etc.). Pero se trata de mucho más que el "trabajo de cuidados". De la mano de las economistas feministas hablamos de economía del cuidado. Como nos aporta la Licenciada e Investigadora Valeria Esquivel, el cuidado es la piedra angular de la economía y de la sociedad, y comprender la «organización social del cuidado» nos permite realizar una crítica detallada del papel del Estado en la configuración del acceso al mismo.

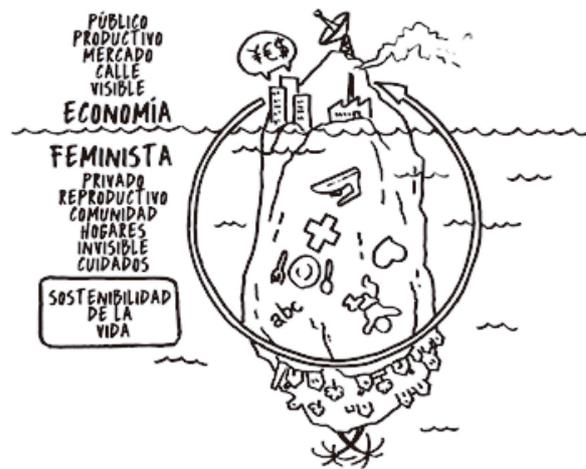


"Todas estas contribuciones académicas han permitido desnaturalizar el cuidado como "propio de las mujeres" y desplazarlo del ámbito privado de las opciones personales para volverlo público y político. Para ello, se lo reformuló como un concepto que entrelaza lo económico –la forma en que las economías se benefician del trabajo de cuidados que no es reconocido ni remunerado–, lo social –las relaciones de clase y género– y lo político –los distintos actores que demandan, sostienen o implementan políticas públicas que directa o indirectamente moldean la prestación y recepción de cuidados"

Valeria Esquivel, 2015

En otras palabras, no solo se trata de quién brinda cuidados, a quién y a qué costos, en cada contexto particular, sino también de quién debe cuidar, a qué poblaciones y cómo se reparten los costos del cuidado, de modo que la agenda del cuidado contribuya a la equidad de género, y qué instituciones, estructuras económicas y construcciones políticas permitirían dichos avances en nuestra sociedad.

Figura N° 1. Metáfora del iceberg



Fuente: Redes de Cuidado. <https://blogzac.es/red-de-cuidados-hacia-la-sostenibilidad-de-la-vida>

La adjudicación de las tareas de cuidados es fruto de una construcción social elaborada en torno a las mismas dentro de un sistema económico y social patriarcal; por ello nos vemos en la obligación de preguntarnos si esa adjudicación y responsabilidad sobre los cuidados se resuelve de igual manera en todos los sectores sociales. Nos proponemos en el próximo apartado repensar ¿cómo gestionan los cuidados las clases medias y altas? ¿Cómo lo hacen los sectores populares que no cuentan con ingresos fijos? ¿Quiénes cuidan a las personas que cuidan?

2. La organización social del cuidado. Repensar trabajo, producción y reproducción. Sostenibilidad de la vida.

Como ya dijimos la **organización social del cuidado es injusta** y se convierte en sí misma en un vector de reproducción de la desigualdad socio-económica y de género.



“Gobernamos los hogares, gobernamos los barrios, pero pareciera que no podemos gobernar fuera de lo privado, ahí hay una ruptura y eso tiene un aspecto económico muy interesante”

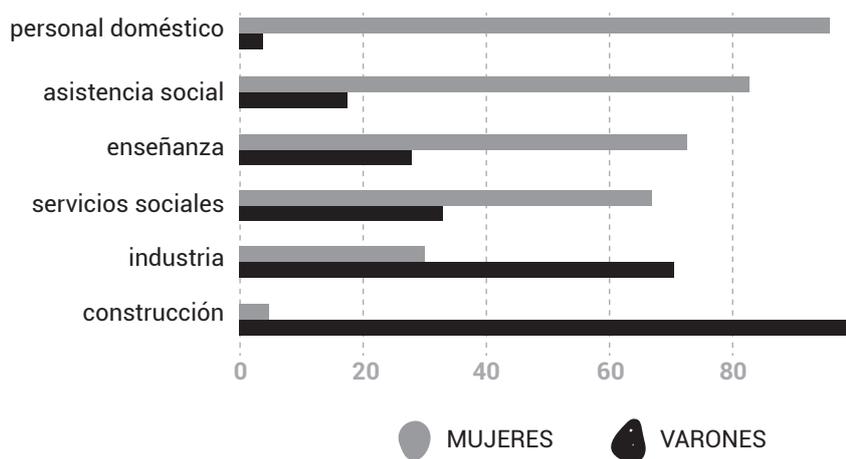
Mercedes Dalessandro, Directora Nacional de Economía y Género.
Ministerio de Economía de la Nación.

En el apartado anterior hemos avanzado en dimensionar a los cuidados como una necesidad de todas las personas en diferentes momentos del ciclo vital. Si todos necesitamos cuidados en algún momento de nuestras vidas, resulta necesario estas tareas sean reconocidas también como un trabajo, como una forma de insertarse en el mercado laboral formal. Profundicemos entonces en la noción de Trabajo. Usualmente la definición de trabajo que aparece contenida tanto en las estadísticas como en el diseño de las políticas públicas lo asume como una **actividad mediada por un pago** y deja fuera del análisis económico al trabajo

doméstico y de cuidados no remunerado que se realiza en los hogares. Esta dimensión que, en general, no se considera a la hora de pensar las condiciones y posibilidades de empleo de las personas, hace que la desigualdad se reproduzca y amplíe. Por ello, incorporar al análisis la distribución social de estos trabajos no remunerados y los roles de género que se reproducen socialmente es clave para entender las desigualdades que luego se captan en los indicadores laborales y que sí aparecen de manera visible en gran parte de las estadísticas e información sobre el tema.

Desde la economía popular y el feminista se viene cuestionando ¿Qué es el trabajo? Los feminismos señalan los aportes culturales, sociales y económicos de estas tareas que se sostienen en el contexto de una sociedad desigual: con grandes brechas económicas entre distintos sectores de la población y con diferencias entre hombres, mujeres y disidencias sexuales, donde prima la **división sexual del trabajo**. La misma implica la asignación de tareas de acuerdo al género, donde tradicionalmente la fuerza de trabajo masculina se desarrolla en el ámbito público, mientras las tareas de cuidados son desarrolladas mayormente por mujeres en el ámbito doméstico y sin remuneración. Es decir la construcción social y cultural que asocia a la capacidad biológica de las mujeres a parir y amamantar la capacidad para otros aspectos del cuidado (como higienizar a los niños y niñas, preparar la comida, limpiar la casa, organizar las diversas actividades de cuidado necesarias en un hogar). Lejos de ser una capacidad natural, se trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género. Lo mismo se ve en las ramas de actividad en el mercado laboral, los varones se asocian a actividades vinculadas con la construcción, la industria y las mujeres a trabajos de cuidado y servicio, docencia, servicios sociales, enfermería, cuidado de adultos mayores, casas particulares, etc.

Gráfico N°1: COMPOSICIÓN DE OCUPACIÓN SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD



Fuente: Elaboración DNElyG en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 3er trimestre 2019) en población urbana ocupada de 14 años y más.

Las llamadas tareas domésticas son realizadas fundamentalmente por las mujeres desde hace generaciones, y esto tiene un impacto significativo tanto sobre su participación en el mercado laboral como sobre su salario. Este tipo de trabajo es muchas veces subestimado como una tarea menor y sobre todo no es considerado trabajo. Cuántas veces hemos escuchado frases como "mi mamá no trabaja" o "no, el que trabaja es mi marido" como si la cantidad infinita de tareas de cuidado no fueran un trabajo de tiempo completo, agotador física y emocionalmente.

Figura N°2: Trabajo doméstico - acción gráfica/afiche

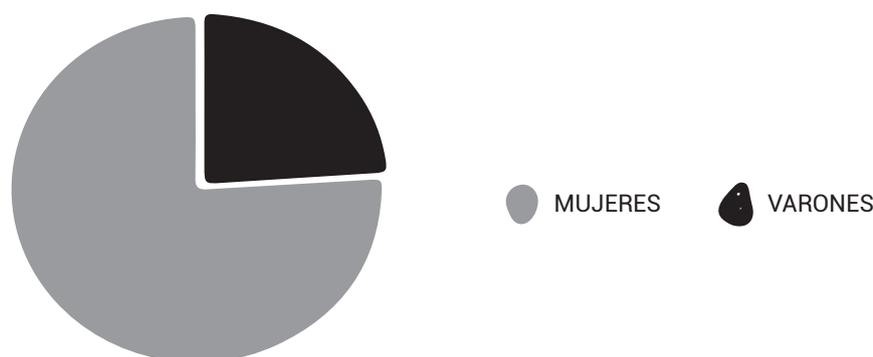


Fuente: 2005 - Trabajo doméstico - acción gráfica/afiche. Buenos Aires. Mujeres públicas. <http://www.mujerespublicas.com.ar/>

A estas tareas también se las llaman reproductivas y lejos de estar circunscritas al ámbito del hogar, son pilares del funcionamiento social. Estos quehaceres domésticos (limpieza de casa, aseo y arreglo de ropa, preparación y cocción de alimentos, compras para el hogar; reparación y mantenimiento de bienes de uso doméstico), los cuidados de las personas, el apoyo escolar, recaen de manera asimétrica sobre las mujeres. En el año 2013 se realizó una Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo (EAHU-INDEC, 2013) y arrojó como resultado que ellas realizan el 76% de las tareas domésticas no remuneradas. El 88,9% de las personas que realizan estas tareas son mujeres y dedican a este tipo de labores un promedio de 6,4 horas semanales. Mientras tanto, sólo el 57,9% de los varones participa en estos trabajos, a los que les dedican un promedio de 3,4 horas semanales.

No requiere demasiado esfuerzo entender el rol central que ocupa el trabajo doméstico en la vida de cualquier ser humano y en la propia reproducción de individuos y familias: hablamos de un trabajo ineludible ya que **no existe producción posible sin el trabajo reproductivo**.

Gráfico N°2: DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO



Fuente: Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo (EAHU-INDEC, 2013)

Teniendo en cuenta esto, es evidente la importancia de los cuidados y la persistente desigualdad de género en estas tareas. Por ello, es necesario que el Estado tenga un papel activo en su regulación *¿Cómo podría aportar el Estado en la resolución de estas desigualdades?*

3. Los cuidados como necesidad, derecho y trabajo.



“La familiarización e invisibilización de los cuidados significa la feminización de la responsabilidad de cuidar con su respectivo impacto en la pobreza temporal, la pobreza de ingresos, la brecha salarial e incluso la perpetuación de situaciones de violencia de género. Creemos que la desigualdad en los cuidados está en la base de la desigualdad de género y es por eso que esta temática tiene que ser abordada con una perspectiva feminista. Una visión global que abogue por la igualdad de género en esta esfera”.

Elizabeth Gómez Alcorta, Ministra de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Pensar los cuidados como necesidad, derecho y trabajo es parte de los objetivos y propuestas de este espacio, y de la actual Mesa Interministerial de Cuidados que integra la Dirección de Cuidados Integrales. En sus propios postulados reconoce al Estado como uno de los actores principales para proveer cuidados en relación con la sociedad en su conjunto, considerando la intervención desde este la que permite equiparar las actuales desigualdades que se generan en la organización social de los cuidados. A partir de la enorme desigualdad entre quienes tienen arreglos familiares y/o capacidad de compra para las tareas de cuidado y las personas que no disponen de estas posibilidades es que resulta fundamental promover políticas públicas en este sentido.

La economista Corina Rodríguez describe los recorridos históricos de los regímenes de bienestar, donde la cuestión del cuidado fue considerada como responsabilidad principal de los hogares y dentro de ellos, de las mujeres y femeneidades tal como mencionamos. De este modo, la participación del Estado quedó reservada para aspectos muy específicos, por ejemplo la educación escolar o como complemento de los hogares allí cuando las situaciones particulares lo ameritaran.

La Mesa Interministerial plantea que el Estado debe intervenir en la organización social del cuidado primero reconociendo el cuidado como una necesidad y por lo tanto como un derecho, que debe ser cubierta, como un trabajo que debe ser revalorizado, retribuido y remunerado cuando así corresponda, mientras que, al mismo tiempo, el Estado debe velar por una mejor redistribución de esos cuidados tanto en términos de género como de clase. Es tarea del Estado nacional reconocer, valorizar y profesionalizar el trabajo de cuidados hoy en cabeza de las mujeres manteniendo presente que la feminización de este tipo de trabajo es producto de una construcción histórica. "Para ello será necesario mantener como horizonte, a la par del proceso de jerarquización de los sectores de actividad relacionados con la economía del cuidado, la desidentificación de estos puestos de ocupación con identidades feminizadas y la apertura de este mundo de trabajo a todas las personas, promoviendo taxativamente el involucramiento y la participación activa de los varones en esta esfera." (Hablemos de Cuidado, pag 8)

El amor, compromiso y responsabilidad con que se desarrollan esos cuidados, no implica que no deban ser reconocidos como trabajo, que posibilita y sustenta la realización de muchísimas otras actividades económicas.

No queremos dejar de mencionar la enorme importancia territorial de las redes de cuidado. Tomando los aportes de Pérez Orozco (2006) hablaremos de redes de cuidado aludiendo a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuáles esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Las redes de cuidado las conforman las personas que dan cuidado y las que los reciben (es decir, todas las personas en nuestros roles de cuidadoras y cuidadas) así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada y transformadora. Esperamos que estos espacios formativos también se constituyan en instancias de fortalecimiento de las redes existentes y potenciadoras de otras redes. Por el sendero de redistribuir, revalorizar y reformular andamos y nos parece interesante mencionar que como parte del debate instalado por los feminismos, el gobierno incorpora en su agenda de trabajo la temática y lleva adelante una serie de políticas que ponen en el centro de la escena la importancia de los cuidados en la comunidad:

Año 2019:

Creación de Ministerios de las Mujeres, Géneros y Diversidad a nivel nacional y provincial

Año 2020:

Creación de la Mesa Interministerial de Cuidados, de la que participan referencias de los diversos organismos y niveles de gobierno con el aporte de sindicatos, organizaciones sociales y de la sociedad civil entre otros, para poder ampliar miradas que nutran las políticas públicas y cristalizarlas en la letra de una la Ley Federal de Cuidados.

Año 2020:

De cara a la pandemia, diversas carteras de gobierno diseñan e implementan herramientas en materia de cuidados, tales como: "El Barrio cuida al Barrio" del Ministerio de Desarrollo Social, el programa "Detectar" del Ministerio de Salud y la propuesta de las organizaciones sociales de un proyecto de ley, para el reconocimiento de las trabajadoras de los centros comunitarios, conocida como "Ley Ramona". Actualmente el Estado trabaja en la generación de programas y herramientas que evidencien y registren las tareas de cuidados, sobre todo en el ámbito informal, como insumo para elaborar y proyectar políticas públicas enfocadas en la temática. Algunos ejemplos de ello son, el ReNaTEP, Registro Nacional de Trabajadores de la Economía Popular y un informe sobre "Las Brechas de Género en la Argentina" del Ministerio de Economía de la Nación.

Algunos antecedentes previos en reconocimiento de tareas de cuidado por parte del Estado:

- En el año 2002 se creó el Programa Cuidadores Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM).
- Desde el año 2005 se incorporaron personas trabajadoras autónomas al sistema de seguridad social permitiéndoles acceder a una jubilación, garantizando de esta manera la accesibilidad a los sectores de mayor vulnerabilidad.
- En 2013 se sancionó "La Ley Nacional para el Personal de Casas Particulares N° 26.844. Esta ley representa un avance significativo en relación a los derechos laborales de quienes trabajan en el empleo doméstico y tienen a su cargo, en numerosas oportunidades, tareas de cuidado."
- En el año 2013 también, se implementa la línea programática Ellas Hacen, desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación destinado a mujeres jefas de hogar en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

El Estado tiene un rol central en la reducción de las desigualdades y como garante de derechos de todas las personas que habitamos el país, debiendo reconocer y valorar el aporte social y económico de la innumerable cantidad de tareas de cuidados que son llevadas adelante diariamente por mujeres.

Como mencionamos anteriormente resulta necesario construir políticas públicas que surjan desde y para el mejoramiento de las comunidades, que contemplen las necesidades y formas organizativas en cada territorio, fortaleciendo la organización y las redes de cuidado comunitarias, promoviendo el reconocimiento social y económico de las tareas de cuidado, mediante el fortalecimiento de los saberes, como así también la organización del trabajo con garantía de derechos.

4. Economía popular: Trabajo asociativo y cooperativismo.

Para ampliar se sugiere la lectura del Documento "**Caja de herramientas para la organización cooperativa**", Dirección de Cuidados y Políticas Comunitarias, Secretaría de Economía Social, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Las políticas neoliberales implementadas desde la década de 1970 – y profundizadas en la década de 1990 – implicaron profundas transformaciones estructurales, un fuerte impacto en el mundo de trabajo y el deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Tal como sostiene Abal Medina y otros (2019), se generaron fuertes cambios en la producción, distribución y consumo que impactaron en nuevas formas de organización de la producción y el trabajo: descentralización, subcontratación y flexibilidad. El trabajo deja de ser el eje de producción de la riqueza y toma preponderancia el capital financiero, a la vez que se produce el reemplazo del trabajo humano por maquinarias en muchos procesos debido al avance tecnológico.

El neoliberalismo ha propuesto a la meritocracia (ese sistema de valores por el cual cada persona vale por el mérito o el esfuerzo individual) como principio preponderante de las sociedades capitalistas. Sin embargo, es una promesa que se concreta de manera sistemática en mayor desigualdad, discriminación y estigmatización de quienes no logran insertarse exitosamente en el mercado de trabajo formal.

El trabajo asalariado fue dejando de ser la relación social preponderante y fueron las propias desigualdades del sistema las que consolidaron la profundización de la injusticia social, fragmentando a la clase trabajadora y dando lugar a diferentes tipos de relaciones de trabajo que complejizan la identidad de las y los trabajadores.

En este contexto, y a medida que las principales consecuencias de la aplicación del modelo neoliberal comenzaban a sentirse en los países sudamericanos, con fuertes niveles de desocupación y pobreza, emerge un sector social que evolucionó en su forma de organización desde un movimiento de trabajadores desocupados y desocupadas (conocido como movimiento piquetero) a fines de la década del noventa, a una forma de organización que tomó fuerza con la crisis de 2001/2002 y que se auto-denominó "economía popular". Tal como sostiene Chena (2017), la noción de economía popular "busca sintetizar las experiencias políticas, sociales y económicas acumuladas desde la crisis de 2001, a través de la positividad de una cultura emergente que se define en oposición a la dominante y que reivindica formas alternativas de trabajo para consolidar derechos colectivos."

En un contexto de fuerte concentración económica y crítica situación ocupacional, la economía popular se asocia a las trabajadoras y trabajadores que han sido excluidos de la economía formal y han desarrollado diversas actividades que han surgido de la invención de quienes no podían acceder a un trabajo con garantía de derechos y bien remunerado en la estructura de la economía salarial formal.⁽²⁾ De este modo, conviven diversas formas de producción y trabajo, que lejos de ser transitorias, ya son parte de la estructura ocupacional de nuestro país.

La economía popular condensa un mosaico de experiencias diversas pertenecientes a distintos actores y actividades que involucran variados procesos de producción, circulación e intercambio de bienes y servicios, cuyas características pueden variar según el espacio de trabajo (espacio más importante donde funciona la unidad productiva), la rama de actividad⁽³⁾ (definida por la actividad más relevante), la situación de los trabajadores (manera de vinculación entre los trabajadores: independiente / cuentapropista, comunitario / asociativo, etc.) y la forma legal (conformación de unidades productivas como sujetos legales: monotributistas, cooperativas, asociaciones civiles, etc; o aquellas que aún sin conformación legal, están constituidas de hecho).

Dentro de las actividades que tienen centralidad en la economía popular, se encuentra un sinnúmero de trabajos relacionados al cuidado, ya sea que se desarrollen en ámbitos particulares (como ser el trabajo doméstico o el cuidado de personas en domicilio) o comunitarios (trabajos en merenderos, comedores, centros de primera infancia, clubes, espacios de promoción de género, entre otros).

La organización popular impulsa diversas formas de trabajo ante las complejas y múltiples situaciones y condiciones de vida de millones de personas. Las organizaciones sociales y comunitarias son un actor fundamental en la resolución de necesidades elementales como la alimentación, el cuidado de personas mayores, el cuidado de niñas y niños, la articulación de recursos, el abordaje de situaciones de consumos problemáticos, violencia de género e institucional, así como para brindar información y asistencia para el acceso a servicios e instituciones públicas. Todos ellos son trabajos de cuidado.

Las condiciones de surgimiento de los trabajos de la economía popular a su vez, conforman un tipo de trabajo desprotegido que ha requerido de la organización política y sindical de las trabajadoras y trabajadores para coordinar reclamos y luchar por los mismos derechos que supieron conquistar las trabajadoras y trabajadores asalariados - jornada laboral, licencias, ingreso mínimo, cobertura de salud, etc... -, al mismo tiempo que implica una fuerte demanda al Estado para que interceda en este escenario con políticas públicas que formalicen y den un marco institucional a dichas conquistas.

Estas formas de trabajo no son un estadio transitorio sino permanente que requiere de una creciente organización política y sindical y un fortalecimiento de las herramientas y políticas públicas que protejan y garanticen derechos laborales y de la seguridad social a un sector económico tan importante. En particular, el reconocimiento de los trabajos de cuidado es una de las grandes deudas pendientes y de los desafíos desde el Estado para cerrar las brechas de desigualdad.

Vemos la importancia de la organización del trabajo en torno a los cuidados. Las tareas de cuidado que se desarrollan en cada uno de los ámbitos constituyen un saber de enorme relevancia y un trabajo con una función social esencial.

Es por ello, fundamental pensar políticas tanto para quienes requieren cuidados (personas mayores, infancias, personas con discapacidad, entre otros) garantizando el acceso a un cuidado que mejore la calidad de vida de las personas, como para las trabajadoras y trabajadores del cuidado, valorando social y económicamente los trabajos de cuidado, reconociendo y jerarquizando los saberes y fortaleciendo la organización y protección del trabajo.

La búsqueda de visibilización y conquista de derechos laborales dentro de la economía popular ha permitido en muchas experiencias regular estas actividades, y que se desarrollen formas de organización que finalmente trascienden las prácticas de trabajo individual y adquieren una estructura de organización colectiva. En el siguiente apartado ahondaremos en las formas asociativas y cooperativas de trabajo.

(2) Que a menudo se refiera a la economía popular como la “economía de los excluidos” no significa que la economía popular esté aislada de la economía global de mercado, sino que tiene múltiples interrelaciones.

(3) Si bien una unidad productiva puede realizar varias actividades a la vez, hay una que es la más relevante, esa es la que define la rama a la que pertenece. Dentro de la Economía Popular podemos identificar diferentes ramas de actividad. Según el Registro Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Economía Popular (ReNaTEP) se reconocen ocho ramas: 1) Comercio popular y trabajos en espacios públicos; 2) Recuperación, reciclado y servicios ambientales; 3) Construcción e infraestructura social y mejoramiento ambiental; 4) Industria manufacturera; 5) Servicios socio-comunitarios; 6) Agricultura familiar y campesina; 7) Transporte y almacenamiento; y 8) Servicios personales y otros oficios.

Trabajo asociativo y cooperativismo.

Como vimos anteriormente, el trabajo dejó de ser una garantía de acceso a la estabilidad económica y la seguridad social que primaba en otros tiempos, surgiendo y consolidándose nuevas formas de autogestión del trabajo, que implican nuevos modos de relación entre los trabajadores y entre éstos y los medios de producción.

Estas prácticas tuvieron en nuestro país, así como en toda la región, un resurgimiento ligado también a las experiencias del mundo asociativo, conformándose como alternativas en la práctica económica que fueron y son capaces de permitir un ingreso por fuera de la estructura económica predominante. El asociativismo y los modelos que así surgen -tales como asociaciones, cooperativas, entre otros- pueden comprenderse como procesos por los cuales la sociedad civil busca, a partir de la noción de control democrático, asumir los espacios públicos y establecer un tipo de sociabilidad fundada en la solidaridad.

Las primeras experiencias en este campo se remontan a mediados del siglo XIX. En un contexto de consolidación del capitalismo industrial, el asociativismo hizo un fuerte hincapié en los valores de solidaridad, compromiso y confianza, y se conformó como una construcción alternativa tanto en Europa como en América del Sur. En Argentina y la región, una de las expresiones más comunes del asociativismo fueron las mutuales que, agrupadas por origen étnico o por oficio, se consolidaron como sociedades de ayuda mutua y colaboración para con sus asociadas.

Las distintas experiencias de asociativismo y su nucleamiento en torno a la economía social en nuestro país se afianzaron en torno al fomento del cooperativismo como instancia organizativa privilegiada en el sector, entendiendo al cooperativismo como una doctrina que promueve la organización de las personas para satisfacer de manera conjunta sus necesidades, asumiendo un rol protagónico en los procesos socio-económicos de la sociedad en la que vive.

La noción del bien común, la alianza estratégica que permite sostener una estructura productiva que signifique un beneficio para los distintos actores involucrados, son elementos también presentes en lo que hoy denominamos economía popular. Tal como señala Maldován Bonelli (2018), a partir de la década de 1980, con el crecimiento del desempleo, la pobreza y la indigencia, comenzó a observarse en la región y en nuestro país tanto un "reverdecer del mundo asociativo" como la emergencia de diversas prácticas económicas alternativas al trabajo asalariado formal, llevadas a cabo por los sectores populares como vía para acceder a un trabajo. El fenómeno de crecimiento sostenido del cooperativismo, tiene a su vez su impacto en el crecimiento de las cooperativas de trabajo.

Con respecto al tipo de trabajo cooperativo, Abal Medina y otros (2019) señalan que "la cooperación es simultáneamente un hecho económico-social, político y cultural. Dentro de las cooperativas no opera la lógica capitalista de división entre capital y trabajo, sino que lo que vemos es una indivisión. (...) Existe una tenencia colectiva de los medios de producción, y se busca lograr una apropiación por parte de los trabajadores de la capacidad de gestionar y administrar los medios." En este sentido, la experiencia que se desprende de algunos grupos cooperativos de cuidados, apunta a la importancia de conformar dentro de estas grupalidades, espacios de encuentro y trabajo en conjunto donde se ponga en valor los saberes preexistentes, se pongan en diálogo con nuevos saberes y distintas perspectivas que aporten sus integrantes (Frey et al, 2019).

Por su parte, Malvodán y Dzembrowski (2011) mencionan que las cooperativas generan una socialización o re-socialización laboral, es decir ayudan a crear y recrear la cultura del trabajo. En este sentido, es interesante retomar la reflexión de Abal Medina y otros (2019) sobre la relación de interdependencia entre trabajo y cooperativa de trabajo. Coal plantea que "el trabajo se vuelve tanto un fin como un medio", debido a que como herramientas jurídicas las cooperativas "se constituyen para sostener el trabajo, y a la vez, es el trabajo el que sostiene a las cooperativas."

Las cooperativas de trabajo de cuidados se consolidan así también como espacios de cuidado de las trabajadoras y trabajadores. El trabajo de cuidados muchas veces parte de experiencias informales y/o individuales, y la posibilidad de conformar una cooperativa de trabajo que nuclea estas trayectorias consolida la identidad como trabajadoras y trabajadores, generando en su interior un espacio plural de acción y reflexión para intercambiar experiencias, problematizar acerca de las tareas y límites en las prácticas de cuidado, de valorización del trabajo, así como también abrir un espectro más amplio de oportunidades laborales y reconocer, consolidar y profesionalizar saberes.



Bibliografía:

- Abal Medina y otros (2019): "Informe Futuro Cooperativo". Dirección de Cooperativas y Empresas Sociales. Municipalidad de San Martín-UNSAM.
- Bazzalo A, Castelli R y otras. Fundación German Abdala. (2021). Diplomatura Promoción de políticas de géneros y abordaje a las violencias" ISBN 978-987-47413-2-5. Marzo 2021. Ate Capital.
- Brandariz, C.; Botto, C.; Timpanaro, B.; Spinoza, L.; Barrios, A.; Rodríguez, T.; Flores Beltrán, V.; Berguier, N.; Trotta, N. (2019). No es amor. Aportes al debate sobre la economía del cuidado. Buenos Aires: Editorial Indómita Luz.
- Chena, P. (2017). La economía popular y sus relaciones determinantes. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Cs. Sociales. UNJu, No 53.
- DCIyPC (2021). Caja de herramientas para la organización cooperativa. Dirección de Cuidados y Políticas Comunitarias (DCIyPC) - Secretaría de Economía Social – Ministerios de Desarrollo Social de la Nación.
- Diario Página/12. (Noviembre 5, 2020). El Gobierno elabora un proyecto de ley para crear un sistema integral de cuidados. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/303990-el-gobierno-elabora-un-proyecto-de-ley-para-crear-un-sistema>
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género, Ministerio de Economía (2020). Políticas públicas y perspectiva de género. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/economia/igualdadygenero>
- Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género de la Secretaría de política económica del Ministerio de Economía de la Nación. (2020). Las Brechas de género en la Argentina.
- Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo (EAHU-INDEC, 2013). DNEIyG en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 3er trimestre 2019) en población urbana ocupada de 14 años y más.
- Esquivel, V. El cuidado: de concepto analítico a agenda política. Revista Nueva Sociedad No 256, marzo-abril de 2015, ISSN: 0251-3552. Disponible en: www.nuso.org
- Esquivel, V.; Faur, E.; Jelin, E. (Ed.) (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Argentina: IDES, UNFPA, Unicef.
- Frey et al (2019). Las Cooperativas de Cuidados en Argentina, una mirada desde la política pública. Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas, Núm. 5.
- Laterra, P. (2020). "Economía Feminista". Clase 1 - Introducción a la Economía Feminista. Debates y perspectivas de la Economía Feminista. Capacitación Universitaria Extracurricular (CUEX) de la que forma parte: "Problemas y Debates del Feminismo del Siglo XXI", Edición 2020. Dirección: Dra. Mónica Tarducci. Disponible en: <https://www.filo-uba.net/campus>
- Maldován Borelli, J. (2018). "La economía popular: debate conceptual de un campo en construcción". Trabajo y Economía Popular. Cuadernillo 1. Bonelli; compilado por Emilce Moler. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo (UMET).
- Maldovan Bonelli, J. y Dzembrowski, N. (2009). Asociatividad para el trabajo: una conceptualización de sus dimensiones. Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Volumen 55.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Argentina Presidencia.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. (2018). Trayectorias Tutoriales de Redes de Género. Manual. Equipo de género. CEPIS.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2021). Cuadernillo para el fortalecimiento del trabajo socio-comunitario. Dirección de Cuidados integrales de la Secretaría de Economía Social.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Módulo 4 del cuadernillo para Promotores de Salud.
- Pérez Orosco, A (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de Economía Crítica, nº 5. Marzo de 2006, pp 7-37 ISSN: 1696-0866. Madrid.
- Rodríguez Enríquez, C. Organización social del cuidado y desigualdad Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 4 No 8 (Enero-Junio 2015) ISSN 1853-9254. Págs. 103-134.

MÓDULO 2

El envejecimiento como proceso social, histórico y cultural.

Organización modular:

Este segundo módulo contará con tres puntos ordenadores

1. Envejecimiento poblacional.

2. Derechos de las personas mayores.
Convención Interamericana sobre la
Protección de los Derechos Humanos de
las Personas Mayores.

3. Paradigma del envejecimiento
activo.



1. Envejecimiento poblacional.

¿Qué significa? Cuando se estudia la población de algún territorio en particular (por ejemplo, de un país o una provincia), un aspecto que puede analizarse es la estructura de dicha población según grupos de edad, es decir, el porcentaje de niños, jóvenes, adultos y personas mayores en el total de la población (esto suele representarse en una pirámide poblacional que veremos a continuación).

Se dice que una población rejuvenece cuando aumenta la proporción de jóvenes (0 a 14 años) sobre el total. Contrariamente, el **envejecimiento de la población** da cuenta de los cambios en la estructura por edad relacionada con el aumento de la proporción de personas de 60 años y más que la componen⁽⁴⁾.

El envejecimiento poblacional se manifiesta a un ritmo acelerado a nivel mundial: factores como el incremento en la esperanza de vida, las migraciones, el descenso de la mortalidad y la caída de la fecundidad, determinan el crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores.

La **transición demográfica** constituye el paso de niveles altos a bajos de mortalidad y fecundidad y sus efectos sobre la estructura de edad de la población. En el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía 60 años o más, esto significa aproximadamente 672 millones de personas mayores. Para 2050, se estima que el 21,7% de la población tendrá 60 años y más, lo que implica 2000 millones de personas mayores en el mundo (Fasio, 2010). Si bien este proceso se da en la mayoría de los países, los países desarrollados se encuentran en una fase más avanzada de transición demográfica.

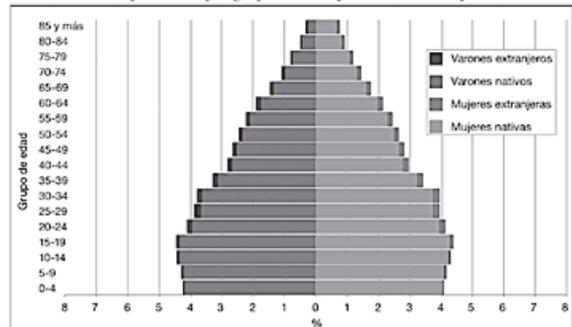
Características demográficas del envejecimiento en Argentina.

La Argentina, con respecto a América Latina y el Caribe, es uno de los países más envejecidos. En la región, el envejecimiento demográfico se ha expresado con celeridad desde la segunda mitad del siglo XX. En nuestro país, según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá 65 años y más.

Según datos del último Censo de Población, Hogares y Viviendas (INDEC) realizado en el año 2010, un 14,3% de la población de nuestro país son personas mayores.

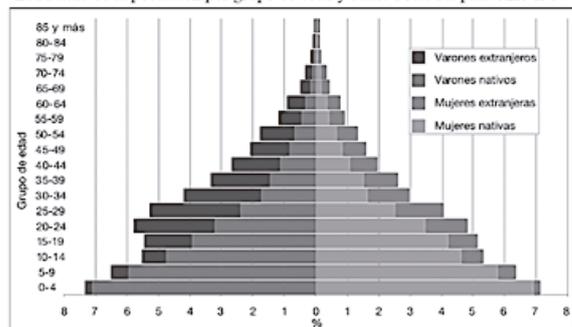
Este porcentaje se ha ido incrementando con el paso de los años. Si observamos la participación según los grupos de edad en una pirámide poblacional (donde la base representa las edades más jóvenes y la cúspide las más avanzadas), podemos ver, por ejemplo, como varió la estructura de la población entre los años 1914 y 2010 y el marcado proceso de envejecimiento demográfico, es decir, como en la estructura poblacional de 2010 se incrementa el porcentaje de personas mayores (se ensancha la cúspide de la pirámide) y disminuye el porcentaje de niños y personas jóvenes (estrechamiento de base de la pirámide).

Estructura de la población por grupo de edad y sexo. Total del país. Año 2010



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Estructura de la población por grupo de edad y sexo. Total del país. Año 1914



Fuente: INDEC, Tercer Censo de la República Argentina 1914.

Fuente: Censos de Población, años 2010 y 1914.

(4) Se considera adulto mayor a toda persona de 60 y más años según la Asamblea Mundial de Envejecimiento, Naciones Unidas, Viena, 1982; Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, OEA, 2015.

La población de personas mayores en nuestro país es fundamentalmente urbana. Algo menos que una de cada diez personas mayores habita en áreas rurales.

El peso de la población de personas mayores no es uniforme en todo el país: según los datos del Censo 2010, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la jurisdicción más envejecida, con un 22% de su población con 60 años y más, en tanto que Tierra del Fuego es la más joven, donde 6,4% de su población tiene 60 años y más.

Cuadro N°1: Población de 65 años y más y de 60 años y más sobre la población total. Total del país. Año 2012.

PROVINCIA	POBLACIÓN		
	TOTAL	+ 65 AÑOS	+ 60 AÑOS
Total del país	40.117.096	10.2 %	14.3 %
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.890.151	15.7 %	21.7 %
Buenos Aires	15.625.084	10.4 %	14.9 %
24 partidos del Gran nBuenos Aires	9.916.715	9.8 %	4.1 %
Interior de la provincia de Buenos Aires	5.708.369	11.5 %	16.4 %
Catamarca	367.828	7.7 %	11.3 %
Chaco	1.055.259	6.9 %	10.0 %
Chubut	509.108	7.1 %	10.8 %
Córdoba	3.308.876	10.8 %	15.5 %
Corrientes	992.595	7.7 %	11.3 %
Entre Ríos	1.235.994	10.0 %	14.3 %
Formosa	530.162	6.9 %	10.1 %
Jujuy	673.307	7.1 %	10.5 %
La Pampa	318.951	10.9 %	15.6 %
La Rioja	333.642	7.0 %	10.4 %
Mendoza	7.738.929	10.0 %	14.5 %
Misiones	1.101.593	6.2 %	9.2 %
Neuquén	551.266	6.4 %	9.9 %
Río Negro	638.645	8.2 %	12.4 %
Salta	1.214.441	6.9 %	0.1 %
San Juan	681.055	8.6 %	12.6 %
San Luis	432.310	8.5 %	12.5 %
Santa Cruz	273.964	4.9 %	8.1 %
Santa Fé	3.194.537	11.1 %	16.1 %
Santiago del Estero	874.006	7.6 %	10.9 %
Tierra del Fuego e Islas del Atlántico	127.205	3.6 %	6.4 %
Tucumán	1.448.188	8.0 %	11.7 %

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012, en base a datos de Censo 2010.

Por su parte, además del avanzado envejecimiento de la población, se observa una **feminización del envejecimiento poblacional** dado por el incremento de la proporción de mujeres sobre los varones en edades más avanzadas.

Tal como vemos en el cuadro a continuación, la población de personas mayores está compuesta por una mayor cantidad de mujeres en los distintos tramos de edad desagregados. Del total de la población entrevistada en la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM, 2012), el 57% de las personas de 60 años y más son mujeres.

A medida que la edad aumenta esta tendencia se profundiza. En las edades más avanzadas, las mujeres incrementan aún más su participación en relación a los varones, llegando a representar el 62,6% de las personas de 75 años y más. Esta característica también puede verse en el mayor ensanchamiento de la pirámide para las mujeres en edades más avanzadas.

Cuadro N°2: Población de 60 años y más por grupo de edad, según sexo. Año 2012.

GRUPO DE EDAD	SEXO		
	TOTAL	VARÓN	MUJER
Total 60 años y más	100.0	43,0	57.0
60 a 64 años	100.0	46.2	53.8
65 a 69 años	100.0	41.3	58.7
70 a 74 años	100.0	48.8	51.2
75 años y más	100.0	37.4	62.6

Fuente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012)

La población de personas mayores forma parte de un colectivo heterogéneo y esta heterogeneidad se manifiesta en los aspectos individuales que se dan desde lo simbólico y psicológico y en los aspectos sociales, que implican la posibilidad y el acceso a la salud, a la educación, al sistema previsional, a la calidad de vida de cada individuo y su lugar de residencia. Por tanto, la clase social a la que cada sujeto pertenece, los cambios y transformaciones que se dieron en el tiempo dentro de la familia y los modos de vivir, entre otras cosas, son condicionantes del envejecimiento de cada persona (Vicario, A. 2019).

Envejecimiento y vejez.

El **envejecimiento** es un proceso que transcurre a lo largo de toda la vida (desde que nacemos hasta que morimos), y que implica cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos, entre otros. El conocimiento y la comprensión en todas sus dimensiones del fenómeno de envejecer resulta necesario para desarrollar herramientas que promuevan una mejor calidad de vida de las personas mayores.

La vejez se piensa como una **construcción social** porque se vincula con las ideas que tienen las personas y la sociedad en diferentes momentos sobre "la vejez". En general, hace unos años predominaba una imagen asociada a la pasividad, al deterioro, a la dependencia incluso a la institucionalización de las personas mayores, todavía aún hay miradas de la vejez que se asocian con el abandono, la soledad, la marginalidad, la dependencia, el deterioro y la enfermedad, por lo que hay un fuerte rechazo y miedo hacia esta etapa de la vida por parte de la sociedad (Manes y otros, 2016). Estas concepciones sobre la vejez con connotaciones negativas, se las atribuye a los estereotipos, representaciones sociales y prejuicios regidos por pautas culturales universalizadas que no contemplan que **la vejez es vivida de distintas formas dependiendo de cada persona y del contexto en el cual se encuentra.**

Esa construcción social se va redefiniendo según el tiempo y los contextos, por lo cual otras lecturas de las **vejezes** son posibles y evidentes. Por ejemplo, la presencia de personas mayores que practican una vida social activa, estudian, trabajan y participan, dan cuenta de que no hay una sola forma de envejecer. Cada persona atraviesa el proceso de acuerdo a sus formas de vida, sus hábitos, su estado de salud, agregando los factores externos que atraviesan a ese proceso: el entorno social, la educación, la cultura y la situación económica.

Entendemos a la vejez como una categoría que nos permite definir una etapa dentro del ciclo de vida que puede atravesarse de diversas formas. Las condiciones económicas, sociales, culturales que las personas atraviesan van conformando y complejizando esas experiencias. En este sentido, resulta fundamental remarcar la importancia de los **lazos comunitarios** donde estas experiencias se transitan y donde muchas veces pueden transformarse las realidades desiguales. No es lo mismo, por ejemplo, envejecer en una zona rural o en una ciudad, como así tampoco envejecer con **recepción de cuidados** que con **necesidad de cuidados**.

2. Derechos de las personas mayores. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Las personas mayores como sujetos de derecho.

En los últimos años, en la región de América Latina y el Caribe se introduce el "Enfoque de Derechos", un nuevo paradigma sobre la vejez en el cual las personas mayores dejan de ser receptores de políticas asistenciales y se convierten en sujetos de derechos, activos y protagonistas de las propias políticas sociales, es decir se pueden pensar políticas "con y desde" las personas mayores.

Históricamente en nuestro país las políticas para la vejez tuvieron su origen en los gobiernos peronistas, por ejemplo, en el "Decálogo de la Ancianidad" se reconocían las obligaciones del Estado para con este sector incorporando un apartado en la Constitución Nacional de 1949.

Un antecedente relevante fue el Plan Internacional de Madrid del año 2011 que solicitó a los gobiernos miembros de Naciones Unidas desarrollar planes nacionales para garantizar el derecho a envejecer con seguridad y dignidad, para que las personas mayores continúen participando activamente como sujetos con plenos derechos. En ese marco, en Argentina el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación coordinó la elaboración del Plan Nacional de las Personas Mayores (2012- 2016), con el propósito de coordinar esfuerzos, recursos y monitorear el cumplimiento de las metas referidas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores. Los principios del Plan Nacional son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad (Ceminari y Stolkiner, 2016).

¿A qué nos referimos cuando decimos que las Personas Mayores son sujetos de derecho?

Las personas mayores continúan teniendo el poder en sus decisiones (autonomía) y conservan sus capacidades ciudadanas, tanto en lo que respecta a sus derechos como a sus obligaciones.

Ser mayor de 60 años no supone que se modifiquen estos aspectos, por lo tanto, si una persona mayor requiere apoyo o cuidados, no significa que no continúe siendo responsable, ni decidiendo sobre su propia vida. Es necesario respetar las decisiones que toman las personas mayores en virtud de garantizar la protección de la dignidad, así como la autonomía y la independencia en la vejez

Implicancias del cuidado

Cuidar no es lo mismo que decidir y hacer por el otro/a. Es muy importante considerar que el cuidado constituye un apoyo para el desarrollo de algunas actividades de la vida diaria que la persona se ve impedida de realizar por sus propios medios. En tal sentido, es importante resaltar dos aspectos:

- Apoyar o acompañar no implica reemplazar, anular o invalidar, por lo que será de vital importancia considerar en qué necesita apoyo la persona, y qué tipo de apoyo necesita, siempre teniendo en cuenta esta idea de que no todas las personas necesitamos lo mismo, ni de la misma manera;

- Brindar apoyo mucho menos significa decidir por la persona mayor. Es necesario saber que aun cuando la dependencia es elevada, la posibilidad de decidir sobre la propia vida debe ser conservada. Muchas veces se tiende a caer, en nombre del cuidado, por el afecto y cariño hacia la persona cuidada, en actitudes sobreprotectoras y paternalistas, tomando decisiones por ella al margen de la capacidad real que esa persona pueda tener para expresar y ejercer su voluntad.

Por eso, es necesario comprender que la necesidad de cuidados no transforma a la persona mayor en objeto de cuidado, sino que en cualquier contexto la persona mayor continuará siendo un sujeto de derechos.

Fuente: "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19", Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

¿En qué consiste una Convención Interamericana?

Una Convención Interamericana es un instrumento de carácter internacional que se suscribe en el marco de los países integrantes de la Organización de Estados Americanos (OEA). Este instrumento habitualmente reviste el carácter de ser vinculante para los países que la ratifican en sus legislaciones internas, lo que implica principalmente que los Estados quedan obligados a asumir el compromiso de concretar los derechos contemplados en ella.

Fue sancionada en junio de 2015 y Argentina fue el país que puso en agenda la temática del envejecimiento en los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americano (OEA). Esta convención constituye un hito en la declaración de los derechos de esta población, y convierte a América en la primera región en elaborar un instrumento específico para las personas mayores (Manes y otros, 2016).

La Convención establece y reconoce los derechos de las personas mayores. El **objetivo de la Convención "es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la Persona Mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad"**. Asimismo, los Estados parte se comprometen con este instrumento "a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales" de las Personas Mayores "sin discriminación de ningún tipo".

Los Estados que la ratifican tienen la obligación de cumplir lo que está establecido en cada uno de sus artículos.

Algunos derechos de la convención:

- Derecho a la independencia y a la autonomía
- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez
- Derecho a la participación e integración comunitaria
- Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia
- Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud
- Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo
- Derecho a la libertad personal

3. Paradigma del envejecimiento activo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al **envejecimiento activo** como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002). Podemos decir, por tanto, que entendemos al envejecimiento activo como todo proceso que facilita el optimizar las oportunidades para el ejercicio de derechos, de manera que se realce el vivir bien a medida que se envejece.

El término “activo” hace referencia a una **participación continua** en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o trabajar. El paradigma del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos de las personas mayores, reemplaza la visión basada en las necesidades por otra mirada basada en los derechos, en la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida de las personas a medida que envejecen.

Es importante tener en cuenta los tres pilares propuestos por la OMS (2002), como marco político destinado a la consideración del envejecimiento activo: salud, participación y seguridad. Por ello es necesario un **abordaje intersectorial**, en donde no sólo se contemple lo sanitario y social, sino también la educación, el empleo, la economía, la vivienda, la seguridad social, el transporte, la justicia, la recreación, y el desarrollo rural y urbano.

Asimismo, el proceso de envejecimiento depende del desarrollo personal de cada cual. Por eso, es preferible hablar de **vejezes** más que de vejez. Además de los pilares fundamentales planteados por la OMS, creemos importante sumar como pilares el respeto, afecto y comprensión que se les brinde a las personas mayores, así como en acompañarles en la búsqueda de aquellos **nuevos roles sociales** que les permitan disfrutar una vida digna y sentirse parte activa de la familia, la comunidad y la sociedad. Se envejece conforme se vive, por eso reiteramos la importancia del **“Buen Vivir”** como eje para entender las vejezes desde un enfoque de derechos.

Si hablamos de Buen vivir, las bases de su filosofía es la vida en plenitud. **No se puede vivir bien si los demás viven mal.** El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de las personas se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada una -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable, tanto material como subjetivamente, y sin producir ningún tipo de dominación a un otro (Ramírez; 2008).

El Buen Vivir de las personas mayores se encuentra relacionado con la capacidad funcional y con el hecho de contar con las **condiciones para poder seguir manteniendo una vida activa y social.** En ese sentido, trabajar desde el enfoque de envejecimiento activo y que el mismo sea saludable, se debe garantizar desde el Estado: no sólo las condiciones sociales y económicas sino también que en la práctica cotidiana de las intervenciones con las personas mayores las propuestas que se generan favorezcan la integración con la comunidad, así como también que exista un respeto por la independencia y autonomía de las mismas.

Paradigma del envejecimiento activo.

- Requiere que se garantice que las personas mayores puedan continuar mejorando sus competencias y controlando sus vidas.
- Asume un enfoque intergeneracional.
- Desafía la perspectiva tradicional de que la educación es cuestión de los jóvenes. Ofrece oportunidades de desarrollo y aprendizaje a lo largo de todo el ciclo vital.
- Requiere un enfoque integral porque ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento.
- Participación de las personas en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, implica una ciudadanía activa.
- Se puede ser activo de muy diferentes maneras.
- Nuevo modelo de sociedad, las personas protagonistas de su vida en un quehacer pro activo.



Bibliografía:

- Carpinetti, N. (2009). El proceso de Envejecimiento Demográfico en Argentina, por Provincias y con desagregación a nivel departamental. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina. San Fernando del Valle de Catamarca. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-058/69.pdf>
- Ceminari, Y. y Stolkner, A. (2016). El cuidado de personas mayores en la Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-044/546.pdf>
- ENCaViAM (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores –ENCaViAM, año 2012. Principales resultados. Serie Estudios INDEC N° 46. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Fasio A. (2010). Aspectos sociodemográficos del envejecimiento. Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Cuadernillo N° 1. Compilado por Mónica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>
- Manes R. y otros (2016). Vejez desiguales. Un análisis desde el enfoque de derechos de las personas mayores. Revista margen N° 83 – diciembre 2016. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen83/manes83.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19". Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf
- Montes de Oca, V. (2014). Envejecimiento en América Latina y El Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento. Repositorio Universitario Digital. Instituto de Investigaciones Sociales. Disponible en: <http://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/4567>
- Oddone, M. (2014). El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina. Revista Voces en el Fénix. Disponible en: <https://www.vocesenelfenix.com/content/el-desaf%C3%ADo-de-la-diversidad-en-el-envejecimiento-en-am%C3%A9rica-latina>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Disponible en https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Plan Nacional de las Personas Mayores 2012 - 2016 (2011). Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/Plan-Nacional-de-las-Personas-Mayores-2012-2016.pdf>
- Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores (2007) Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Ramírez, R. (2008). Igualmente pobres, desigualmente ricos. Quito: Ariel-PNUD.
- Vicario, A. (2019.) Trabajo Social en el Campo Gerontológico. Reflexiones y puntos de vista para una lectura de la de los mayores hoy. Actas de la IV Jornada Internacional de Trabajo Social en el Campo Gerontológico. Cap.3 "La evolución de la vejez en la estructura social argentina. Un recorrido histórico.

MÓDULO 3

Roles y Competencias de los cuidadores de personas mayores.

Organización modular:

Este segundo módulo contará con seis puntos ordenadores

1. ¿Qué es cuidar?

2. Rol de los cuidadores de personas mayores.

3. Ámbitos de cuidado (domicilios, instituciones, comunidad).

4. Redes de apoyo.

5. Tareas específicas de cuidado.

6. Cuidado de los cuidadores.



1. ¿Qué es cuidar?

Cuidar es un acto de vida. Cada acto que realizamos cuando cuidamos a alguien es simple, pero tiene efectos muy importantes para la otra persona. El cuidado es un trabajo que implica comunicación, confianza, compromiso y amor. Y lleva a transformaciones profundas en la vida de las personas.

La intervención de los cuidadores incluye la utilización de los conocimientos adquiridos, atendiendo aquellas necesidades que el paso del tiempo, y, en ocasiones, las afecciones en la salud, van ocasionando en las personas mayores. Para ello es necesaria su apertura al "trabajo en equipo ampliado" (veremos este punto en el apartado 4).

La conducta ética de los cuidadores requiere que sus acciones estén cuidadosamente planeadas y fundamentadas, abiertas al diálogo y a las modificaciones necesarias, dada la diversidad de alternativas que puede brindar el ejercicio de su rol. De esta manera su atención sensible, comprensiva y solidaria pondrá de manifiesto un compromiso activo que confirme una práctica fundada en principios éticos.

La ética de los cuidadores.

Con su aporte en tareas de apoyo, en las actividades de la vida diaria, los cuidadores deben acompañar a la persona que envejece promoviendo y fortaleciendo una acción y un compromiso ético de respeto a la dignidad del ser humano. ¿Cómo es, o cuál es, la relación adecuada en la tarea de cuidar? ¿Nuestro accionar en las tareas de cuidado, es considerado bueno sólo para nosotros, o lo es también para quien es cuidado (persona mayor)? En la tarea diaria del cuidador es frecuente encontrarse con situaciones que plantean este tipo de cuestiones, y es necesario que sea un tema de constante pregunta, para no atarnos a formas de trabajar que nos alejen de la práctica y la dinámica particular de cada escenario de cuidados.

2. Rol de los cuidadores de personas mayores.

El rol de los cuidadores de personas mayores es una tarea que cobra cada vez más relevancia y su aparición se relaciona con el envejecimiento poblacional y la necesidad de generar estrategias de atención y cuidados para garantizar un buen vivir, respetando los derechos de las personas mayores. En este sentido, se trata de llevar a cabo tareas de cuidado que pueden abarcar un abanico de situaciones diversas que varían de acuerdo a las necesidades de las personas mayores y los grados de dependencia y autonomía que tengan en cada situación.

El trabajo de los cuidadores puede ser en oportunidades muy solitario. Cotidianamente debe enfrentarse a la toma de decisiones de menor o mayor envergadura. Compartir el ejercicio de la tarea con otros cuidadores, solidarizar los saberes de cada uno, inicia un camino de interacción y crecimiento de aprendizaje y lazos que operan como soporte y apoyo. Estas redes no van en una sola dirección, son interactivas, y producirán un ir y venir de información, recursos, e identidades que brindarán una estructura de avance en la fortaleza de la dinámica laboral, incluyendo y otorgando al cuidador/a seguridad y acompañamiento.

Es importante que remarquemos que se trata de un rol que nos pone en diálogo no sólo con la persona mayor que requiere de cuidados, sino también con su entorno más cercano, la comunidad de la que forma parte, así como de otros profesionales e instituciones del cuidado y la salud. El rol de los cuidadores tiene un importante componente en el diálogo permanente con estos múltiples actores, que nos permitirá pensar estrategias de cuidado de forma articulada. La consulta a profesionales de distintas áreas, de salud, de trabajo, de recreación, también constituye la ampliación de la red técnica necesaria para el monitoreo y enriquecimiento de las actividades de los cuidadores.

Es posible que en muchas oportunidades los cuidadores se encuentren solos frente a sus tareas cotidianas, no obstante, es importante la construcción de un trabajo en equipo, en muchas oportunidades fuera del domicilio o institución, que provea la orientación y el apoyo necesarios para la implementación de las técnicas y modos de accionar que implica el cuidar.

3. Ámbitos de cuidado.

Cuando nos referimos a ámbitos de cuidado, hablamos no sólo del espacio físico en el que los cuidadores se desempeñan, sino también de los contextos y situaciones particulares en las que se encuentran y conviven las personas mayores (condiciones socio-económicas, habitacionales, de acceso a la salud, entre otras).

Podemos distinguir tres grandes ámbitos donde se despliegan las prácticas del cuidado de personas mayores: **1) instituciones de cuidado** (por ejemplo, residencias de larga estadía), **2) domicilios particulares** (el hogar de la persona mayor, sea que viva sola o con otro familiar/conviviente), **3) la comunidad en sí misma** (por ejemplo, centros de jubilados u otro tipo de espacios comunitarios). Aunque estén diferenciados es importante destacar que se encuentran relacionados y muchas veces se articulan necesariamente entre sí.

Los ámbitos del cuidado que se encuentran más institucionalizados, como por ejemplo las residencias de larga estadía, dan cuenta de un contexto en que el cuidador brinda sus servicios a una persona mayor que, por un lado, posiblemente cuenta con un menor grado de autonomía para elegir y decidir libremente y llevar adelante muchas de las actividades de la vida diaria. Por otro lado, frecuentemente este ámbito institucional suele estar asociado al estado de salud de la persona mayor, lo cual implica no sólo una mayor presencia y disposición de los cuidadores sino una articulación con equipos interdisciplinarios de salud.



“Podemos definir una residencia de larga estadía como un centro gerontológico abierto de atención sociosanitaria interdisciplinaria y de desarrollo personal, en el que conviven personas mayores con algún grado de dependencia”

(Magíster, 2010)

Cuando los cuidados son domiciliarios, hablamos en muchos casos en que la persona mayor convive o tiene un vínculo más cotidiano con algún familiar o persona de confianza, por lo que existe una red de apoyo y una mayor comunicación con los cuidadores.

La atención domiciliaria puede definirse como “el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida” (Roqué, 2010).

Los servicios de apoyo se clasifican de acuerdo a cuatro clasificaciones (servicios de alta tecnología, servicios especializados, servicios de baja complejidad y servicios para pacientes terminales), según el tipo de problemática que atiendan y el estado de gravedad que presenten las personas. Teniendo en cuenta esta clasificación, los cuidadores domiciliarios se encuentran dentro de servicios de atención domiciliaria de baja complejidad (Roqué, 2010).

Servicios de apoyo.

- **Servicios de alta tecnología.** Dirigidos a personas que presentan una patología que requiere para su tratamiento de tecnología compleja. Ejemplo de estos servicios son las diálisis renales, la nutrición enteral o parenteral, el uso de respiradores, la farmacoterapia avanzada, etc. Se basan fundamentalmente en atención de especialistas apoyados con tecnología de alta complejidad en el domicilio.

• **Servicios especializados.** Estos servicios se basan, no sólo en el profesional médico, sino principalmente en el personal de enfermería, en el fisioterapeuta, en el terapeuta ocupacional, en el fonoaudiólogo y en el nutricionista, entre otros.

• **Servicios de baja complejidad.** Se brindan a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado (cuidadores) para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicado por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de reinserción laboral y social.

• **Servicios para pacientes terminales.** Incluyen todos los servicios mencionados anteriormente, incorporando los de asistencia emocional, psicológica y legal. Se observa en consecuencia, una variedad de conceptos, que van desde prestaciones amplias a otras más restringidas de la ayuda a domicilio, entendiéndose esta última como la prestación de servicios básicos de apoyo a la subsistencia en el propio hogar basados en criterios de prevención y promoción.

Por su parte, muchas personas mayores con mayores niveles de autonomía e independencia para realizar sus actividades de la vida diaria, participan de ámbitos como **centros de día o de jubilados**, donde los cuidados se desarrollan en **espacios sociales y colectivizados**.

No obstante, cabe preguntarnos ¿qué espacios ofrece la sociedad, la comunidad o el barrio cuando las personas mayores se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social y económica? Nos encontramos muchas veces que los **comedores, merenderos o distintos espacios socio-comunitarios de los barrios**, a la vez que resuelven un sinnúmero de problemáticas, también se convierten en espacios de contención y cuidado de personas mayores. Estos espacios realizan tareas fundamentales de cuidado generalmente con recursos e infraestructura escasos.

La comunidad representa el mapa total en el que las personas mayores deben poder desplegar sus derechos. No sólo hablamos de acceso a la salud, al ocio, a una jubilación y a una vivienda digna, también hablamos de una sociedad que las respete y las incluya en la arquitectura y planificación comunitaria, que les dé visibilidad y las reconozca como actores sociales. **Es por ello fundamental una política de promoción de los cuidados comunitarios y el fortalecimiento de las redes de cuidado en cada barrio o territorio**, donde se pueda tener una mayor articulación entre las personas mayores, sus familias –o vínculos afectivos–, la comunidad y las instituciones del Estado, para el cuidado y acompañamiento en las diversas circunstancias que pueden atravesar las personas mayores, garantizando el acceso a derechos y la mejora de su calidad de vida.

Cualquiera sea el ámbito donde se desarrollen las tareas del cuidado, siempre se deben acompañar los procesos de envejecimiento activo, respetando los grados de autonomía de la persona mayor, y llevando adelante una comunicación fluida entre las instituciones, la vida familiar y afectiva de la persona que requiere los cuidados, así como la inclusión en la comunidad de la que forma parte. Esto requiere bregar por la transformación del paradigma del asistencialismo social hacia un paradigma configurado en los cimientos de la seguridad social, donde las personas mayores no sean consideradas beneficiarias de servicios sino titulares de derechos.

4. Redes de apoyo.

Trabajo en equipo ampliado: redes de apoyo social.

Las personas mayores atraviesan en sus trayectorias de vida pérdidas o cambios en los vínculos, ya sea por fallecimientos – de parejas, familiares, convivientes, amistades, etc - por haber cesado la vida laboral, por el ingreso a residencias o centros de cuidado, entre otras circunstancias. El sostenimiento de los vínculos y la incorporación de nuevos reviste tal importancia que en algunos casos la inclusión de tan solo una relación puede producir cambios en la percepción subjetiva de bienestar.

Para las personas que se encuentran aisladas socialmente, que carecen de vínculos que le otorguen apoyo social, y tienen sentimientos de soledad, el establecimiento de un vínculo modifica notablemente su estado de ánimo y mejora su situación de vida.

Las redes sociales, como vemos, varían en el tiempo y en el espacio, teniendo en cuenta las diferentes situaciones por las que vamos atravesando a lo largo de la vida. Cuando nos referimos a las **redes sociales** estamos hablando de las prácticas simbólico-culturales que configuran el conjunto de relaciones interpersonales desarrolladas en nuestra vida en comunidad y que mantienen o mejoran nuestro bienestar material, físico y emocional evitando el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos. Ejemplo de red social son los vínculos familiares, amistades, etc...

Los **apoyos sociales** son los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores. Hacen referencia al conjunto de transacciones interpersonales o intercambios que operan en las redes. Se trata de los flujos de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Por ejemplo, apoyos instrumentales, materiales, emocionales, cognitivos.

Los apoyos, tanto formales como informales, son de gran importancia en la vejez debido a que proveen los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima.

FUENTES DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ	
FORMALES	INFORMALES
Trabajan con reglas formalizadas y procedimientos estandarizados.	Trabajan con reglas implícitas y actividades espontáneas.
Los apoyos sociales provienen del ámbito público o privado, y los objetivos se centran en ofrecer ayuda en cuestiones puntuales.	Los apoyos sociales provienen de vínculos familiares y no familiares, organizaciones sociales, etc. Las formas son diversas.
Ej. cobertura de cuidados domiciliarios, provisión de recursos, políticas públicas, subsidios, etc.	Ej. compañía, grupos recreativos, vínculos afectivos, ayudas económicas, etc.
Instituciones gubernamentales o no gubernamentales	Grupos de la comunidad, familia, amistades y vecinos.

En este sentido, las personas mayores producen y reproducen diversos tipos de relaciones y generan mecanismos, tanto a nivel afectivo como material, con el fin de satisfacer sus necesidades. De este modo, entendemos que la persona mayor juega un papel dinámico y de intercambio en la conformación activa de las redes de apoyo que le permitirán construir relaciones y provisión de apoyos. Los cuidadores de personas mayores, como parte de la red de apoyo, pueden propiciar el mantenimiento de vínculos que la persona mayor posee, facilitando la comunicación y/o momentos de encuentros, así como el establecimiento de nuevos vínculos a partir del inicio de alguna actividad.

5. Tareas específicas de cuidado.

Funciones y principales tareas de los cuidadores de personas mayores.

Las funciones de los cuidadores pueden agruparse y ser categorizadas en cuatro competencias fundamentales: la prevención, promoción, educación y asistencia (Morbelli, 2010):

- **Prevención:** advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-sociales de las personas que reciben el cuidado.
- **Promoción:** identificar y la optimizar de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr un buen vivir.
- **Educación:** difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar. Transmitir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario; incidir en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.
- **Asistencia:** posibilitar el apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria de la persona mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

Desde un enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez, basado en el paradigma de derechos y en el marco de las funciones que mencionamos, los cuidadores de personas mayores desarrollan ciertas tareas inherentes a su perfil y en acuerdo con las indicaciones de los profesionales para la puesta en marcha de dichas tareas. A continuación, se desarrollan las principales:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicados y prescritos por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal y del hábitat.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por profesionales.
- Gestionar trámites y tareas solicitadas por la persona o familiar a cargo.

Acompañamiento y asesoramiento en las actividades de la vida diaria.

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas y rutinas que las personas llevan a cabo cotidianamente y tienen relación con el cuidado personal y la autonomía, como, por ejemplo: la higiene personal y corporal, la alimentación, vestirse, tareas de organización hogar, higiene del hábitat, hacer compras, etc.

El enfoque de los cuidadores en sus tareas tiene que estar centrado en la persona cuidada y sus necesidades, promoviendo su autonomía. Los cuidadores conjuntamente con la persona que asiste y su familia pueden definir objetivos y plan de actividades teniendo en cuenta las expectativas de la persona adulta.

La tarea de los cuidadores no sólo es de acompañamiento en estas tareas sino también de estimulación para que las personas las lleven a cabo. La idea es proponer o mantener actividades adaptadas a las capacidades, ritmos y deseos de cada persona.

Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicado y prescrito por profesionales.

A menudo, las personas mayores con patologías crónicas suelen cumplir tratamientos prolongados de fármacos. Entonces, la administración por vía oral es la más indicada por los profesionales de la salud cuando las personas están en sus hogares. Si bien pueden tener autonomía en la administración, se sugiere una vigilancia o supervisión en la toma por parte de los cuidadores.

Es importante que los cuidadores estén alertas para detectar cualquier alteración que le impida al paciente el cumplimiento adecuado del tratamiento.

Pautas a considerar por los cuidadores en los procedimientos de administración de medicamentos

Antes de la administración:

- Si la persona tiene problemas visuales.
- Dificultad motora en miembros superiores.
- Alteraciones en la boca que dificulten la ingesta.
- Problemas de memoria.

Para la administración vía oral tener en cuenta:

- El lavado de manos antes y después de cada administración.
- Asegurarse de que la persona esté sentada, nunca acostada o somnolienta o inconsciente porque puede atragantarse.
- Respetar el horario de la toma indicada y registrarla.
- Disponer los elementos necesarios, vaso con agua, fármaco indicado (chequear su fecha de vencimiento).
- Supervisar que la persona realizó correctamente la toma.

En el caso de medicamentos que requieren medición como jarabes o soluciones, sumar a los pasos anteriores:

- Utilizar correctamente la unidad de medida indicada si no se posee el medidor que generalmente incluye el fármaco, una alternativa son las jeringas en las que figuran las medidas (ej. de 3, 5, 10 y 20 mililitros).

En el caso de medicación de uso externo (pomadas o cremas), se recomienda:

- El lavado de manos antes y después de cada aplicación.
- La higiene de la zona donde se aplique.
- Disponer de los elementos necesarios (gasas, guantes, alguna solución aséptica si está indicada, etc.).

A continuación, la imagen refuerza más pautas a considerar:

- Corroborar si utiliza los lentes correctamente, en el caso de problemas en la vista.
- Preparar carteles con letra clara y tamaño adecuado con el nombre del medicamento y la hora o momento del día que debe tomarlo.
- Para personas con cierto grado de deterioro cognitivo puede ser útil realizar una cartilla que en lugar de decir desayuno, almuerzo, merienda y cena puede tener dibujos acordes. Por ejemplo:



Desayuno



Almuerzo



Merienda



Cena

- También puede ser útil armar un pastillero que además permita el control de la ingesta de medicamentos.
- En los casos en los que se detecten tratamientos complicados, es importante conversar con el médico a fin de simplificarlo, o que se explique adecuadamente. Alertar al médico de estos inconvenientes puede contribuir al cumplimiento adecuado de la prescripción.
- Cuando se visita al médico es importante llevar la lista de medicamentos que toma la persona y desde cuándo.
- Luego de una nueva prescripción preguntarle al médico acerca de posibles efectos adversos, y estar atentos a la aparición de nuevos síntomas.
- Preguntar también hasta cuándo debe tomarlo.

- En todos los casos llevar un registro adecuado.
- Conocer y alertar a la persona que las vitaminas y los medicamentos de venta libre también tienen efectos adversos.
- Desalentar la automedicación.
- Es importante conocer antecedentes de alergias a medicamentos.
- Tener en cuenta que los cambios de marcas comerciales pueden generar reacciones alérgicas.

Fuente: Touceda, M. (2010). Manual de cuidados domiciliarios: aprendiendo estrategias para cuidar mejor: primera parte. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

Preparación de alimentos (ingesta asistida).

El aspecto nutricional en las personas mayores es fundamental ya que muchas personas tienen indicación de dietas especiales según las enfermedades que atraviesan. Se deberán respetar las indicaciones de los profesionales según cada caso. El aspecto nutricional será abordado en profundidad en el módulo 4.

Como tarea, preparar el alimento es una actividad significativa que se asocia al autocuidado personal ya que alimentarse es una función vital. La función que cumplen los cuidadores es la de acompañar, supervisar y asistir en el caso de la ingesta asistida.

Cuando las personas por alguna dificultad transitoria o permanente requieren ayuda para comer en este caso el rol de los cuidadores es muy importante y se recomienda:

- Mantener las pautas de higiene de la persona y de los cuidadores con el lavado de manos.
- Acondicionar el espacio físico donde la persona ingiere los alimentos.
- Identificar la dieta prescrita.
- Respetar horarios de las ingestas.
- Supervisar la posición de la persona (sentada, cabeza recta).
- Proporcionar las comidas a temperatura adecuada.
- Administrar líquidos.
- Respetar el ritmo y el tiempo de la persona.
- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Al finalizar, realizar el lavado de las manos y la higiene bucal de la persona cuidada.
- Tomar registro de la cantidad de ingesta y otras observaciones que se considere.

Higiene personal y del hábitat.

La higiene personal es parte de las actividades diarias y rutinas de cada persona que son supervisadas y asistidas por los cuidadores. Implica acciones de estimulación cognitivas y físicas para la persona directamente vinculadas con la salud.

En casos de que la persona no se movilice o permanezca en cama, requiere del personal de enfermería para estas acciones que involucran técnicas específicas, siendo así que los cuidadores colaboran con los profesionales de la salud.

Cuando la persona es autónoma se debe tener en cuenta:

- Acondicionar el baño disponiendo de todos los elementos necesarios para la higiene (jabón, cepillo de dientes, toallas, etc.).
- Los elementos de higiene tienen que estar al alcance y ser visibles para la persona.
- Se recomienda barras de apoyo y evitar elementos que puedan provocar caídas para las personas que tienen habilidades motoras reducidas (ej. Se sugiere que el piso del baño sea de material antideslizante o se pueden utilizar alfombras de goma amplias).
- Todos los artefactos eléctricos, de gas o de combustibles líquidos (alcohol, kerosén) deben estar correctamente apagados.
- Supervisar que la persona realice la higiene total y parcial (ducha, lavado de cabeza, cepillado de dientes o limpieza de prótesis dentales, cepillado del cabello, limpieza de uñas de pies y manos).
- Mantener la intimidad en el procedimiento.

■ **Actividades recreativas y ocupacionales acorde a las posibilidades .**

Estas actividades pueden ser parte de las actividades de la vida diaria o bien considerarse como "actividades especiales": Las actividades de tipo social son amplias, como, por ejemplo, la participación de la persona en grupos (centros de jubilados/as, talleres), festejos de cumpleaños, paseos, caminatas, etc.

Se puede considerar el inicio de alguna actividad, ya sea recreativa, social, cultural, política, educativa, artística, entre otras, que favorecen el desarrollo de nuevos vínculos. El enfoque, como en las actividades anteriormente mencionadas, estará siempre centrado en la persona, adaptadas a sus capacidades, ritmos y deseo y estarán acordes a las indicaciones sugeridas por los profesionales de Terapia Ocupacional.

Garantizar a las personas mayores la posibilidad de ejercitar actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal resulta un aspecto clave que hace al cuidado. Las actividades en espacios de recreación favorecen la interacción con otras personas, rompiendo el aislamiento y la soledad, ayudan a retardar el avance y aceleración del proceso de envejecimiento, inclusive de algunas enfermedades relacionadas con la inactividad.

La tarea de los cuidadores es promover estas actividades incluyendo en su planificación a la persona y también al grupo conviviente o familiar referente, ya que son tareas que motivan la interacción con otros y el trabajo en equipo.

■ **Colaboración en las prácticas indicadas por profesionales.**

Los cuidadores deben colaborar con los profesionales de la salud que intervienen con los procesos de atención sanitaria de la persona mayor. La colaboración dependerá de cada caso, pero generalmente los cuidadores mantienen comunicación con el equipo de salud a cargo para transmitir información sobre la persona. Seguir con las indicaciones prescriptas en algún tratamiento de la persona es otra forma directa de colaboración.

■ **Gestionar trámites y tareas solicitadas por la persona o familiar a cargo.**

Además de las tareas referidas a las rutinas necesarias de la vida diaria, hay otras que abarcan, por ejemplo, los controles de salud (se pueden calendarizar las fechas de turnos, gestionar turnos telefónicos, acompañar a realizar gestiones personales).

Dependerá de cada caso particular, ya que la gestión de tareas también tiene que enfocarse en las necesidades de cada persona reconociendo los límites de los cuidadores (por ejemplo, no realizar tareas fuera del horario laboral).

6. *Cuidado de los cuidadores.*

Prestar atención a nuestro estado de salud tanto social, psicológico, como físico, es fundamental para cuidarnos y así poder brindar una atención cada día mejor y de mayor excelencia.

Las tareas de cuidado ponen en juego muchos factores; personales, familiares, institucionales y del contexto en general y de la trayectoria de los cuidadores. Es por ello que la historia vincular, el apego o cercanía con personas mayores, la personalidad de los cuidadores, la disponibilidad horaria, las condiciones físicas y emocionales, pueden ser elementos que sean una fuente de estrés, pero también se pueden utilizar para fortalecer y mejorar el desempeño de los trabajadores del cuidado.

El trabajo de cuidar a otros posee muchas formas de satisfacción: la persona que es cuidada otorga valor a lo que hacemos, nos da un lugar de privilegio en su vida desde donde acompañarlo. No obstante, también implica una serie de tareas de gran compromiso físico y emocional: en muchas oportunidades, consiste en acompañar en su vida cotidiana a personas que se encuentran atravesando distintas necesidades. Tomamos contacto permanente con su realidad cotidiana presente y pasada, en ocasiones el progresivo deterioro de la salud, sus emociones, su soledad, su dolor, el abandono familiar y/o social.

El desgaste que nos puede producir puede traducirse en tensiones, así como distintos trastornos físicos, psicológicos o sociales que podríamos naturalizar, acostumbrándonos a ellos, sin prestarles la verdadera atención que necesita nuestro propio cuidado. De esta manera, el estrés que se relaciona a nuestro trabajo pasa a formar parte de nuestra vida diaria y, con el paso del tiempo, a deteriorar la misma.

La aplicación en las actividades de la vida diaria, del mayor conocimiento que vamos adquiriendo acerca de lo que le ocurre a la otra persona, y en dicha interacción también la observación de su buen vivir nos alivia a nosotres. Sentimos que el rol para el que nos preparamos, es útil, idóneo y efectivo.

Es importante también destinar un tiempo de nuestra tarea a la supervisión, que nos permitirá desarrollar un análisis crítico de la función integral y abarcativa de los cuidadores. La supervisión (con nuestros pares, con otros profesionales, en ámbitos de trabajo) implica la revisión compartida del ejercicio del rol: de las tareas, de aquello que nos afecta de distintos modos cuando lo vamos adquiriendo y desarrollando.

La actividad de supervisión acompaña la construcción de la distancia óptima en la relación con el otre, con su familia, con sus lazos, con su historia, en definitiva, con su identidad, para un efectivo desempeño laboral. No obstante, implica también, acciones de atenta vigilancia del equipo profesional de trabajo para el resguardo de la buena salud de los cuidadores.

Tengamos en cuenta que en oportunidades la persona mayor se encuentra sola, o bien, relegada de su familia, lo cual podría producir el incremento paulatino de la dependencia de los cuidadores, o, delegar en ellos funciones que exceden su marco de trabajo sobrecargando de manera física o emocional sus funciones.

Algunas cuestiones prácticas nos pueden acompañar en la búsqueda de este enérgico y necesario equilibrio:

- Realizar un contrato claro del tiempo, las funciones, los alcances y límites de las responsabilidades, dónde y cómo serán realizadas, el dinero que se va a percibir por dicho trabajo, con la persona que solicita el servicio, sea la persona mayor, la persona con capacidad reducida, un miembro de su familia, equipo profesional, u otra persona responsable de tal pedido.
- Dirigirse a la o las personas con les que se ha realizado este contrato, en caso de necesitar ajustes al mismo en el transcurso del tiempo, dado que es con quien/es hemos establecido el acuerdo laboral.
- Respetar el encuadre que hemos establecido: días, cantidad de horas, tareas, remuneración. Esta premisa nos permite organizarnos mejor y nos previene de futuros conflictos y preocupaciones.
- Conocer las propias limitaciones. Qué podemos y qué no podemos hacer, aunque nos gustaría. El conocimiento de nuestras potencialidades, de nuestros recursos, nos enriquece, y hace crecer día a día nuestro trabajo, pero también, saber cada vez con mayor claridad cuál es el límite de nuestro accionar, nos protege de caer en actitudes de omnipotencia ("puedo hacerlo todo") o de impotencia ("esto no es para mí, no puedo"), que sólo nos conducirían a malos desempeños, con la consiguiente mayor frustración, o enojo con el otre y con nosotres mismos.
- No perder de vista el resguardo de la vida privada del otre, pero también de la propia. En oportunidades las personas que se encuentran en situación de dependencia emocional o física, pueden tender -aún sin mala intención- a invadir espacios personales o familiares que conducen a los cuidadores a territorios de confusión o conflicto.

- Contar con conocimientos acerca de procedimientos técnicos, cuidadosos, respetuosos del final de la vida de las personas. Tal bagaje de acciones, opera ofreciendo seguridad les cuidadores, reduciendo las ansiedades, la parálisis emocional, los temores que naturalmente puedan aparecer impactando negativamente en su salud.

- Respetar y permitir el tiempo de dolor de los otros y del propio frente a las pérdidas. La supresión del duelo, de la tristeza, de las emociones, produce efectos en nuestra salud, y podría manifestarse de distintas formas en aspectos físicos (cefaleas, somatizaciones, alergias, cambios en la alimentación), psicológicos (ansiedades, depresiones, cambios de humor, insomnio, irritabilidad, nerviosismo) o sociales (retraimiento, aislamiento, proyección en conflictos personales).

Las tareas de cuidado de personas mayores, así como las de cuidado en general, están en proceso de visibilizarse como trabajo y no como meros asuntos privados, ligados a las dinámicas de la vida familiar. En este sentido, resulta fundamental pensar en su desarrollo, sus problemáticas y las herramientas que el Estado debe aportar desde la óptica de la vida en comunidad, que es donde se insertan.

Es responsabilidad del Estado fomentar y brindar acceso a cuidados de personas mayores en condiciones justas y dignas, especialmente para aquellos sectores más vulnerables. Para ello, al mismo tiempo que se fomenten las prácticas calificantes para la profesionalización de las tareas de cuidado y se impulsen procesos de certificación, resulta imprescindible garantizar buenas condiciones de trabajo para quienes cuidan, propiciando la formalización de redes de trabajo que favorezcan el desarrollo de ámbitos de cuidado públicos y privados, pero especialmente, comunitarios.



Bibliografía:

- Jelin, E. (1998). Pan y afectos. La transformación de la familia. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2015/05/jelin-pan-y-afectos.pdf>
- Magister, J. (2010). Cuando ya no es posible cuidar en el hogar En Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo 3. Aprendiendo estrategias para cuidar mejor. Segunda Parte. Compilado por Mónica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Cuadernillo-3.pdf>
- ENCaViAM (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores –ENCaViAM, año 2012. Principales resultados. Serie Estudios INDEC N° 46. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Argentina. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Morbelli, A (2010). El cuidador domiciliario en el siglo XXI. En Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo 1. Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Cuadernillo 1. Compilado por Mónica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>
- Murgieri, M. (2014). Controversias en la institucionalización de una persona adulta mayor. Revista Voces en el Fénix N° 36. Facultad de Ciencias Económicas, UBA. Disponible en: <https://www.vocesenelfenix.com/content/controversias-en-la-institucionalizaci%C3%B3n-de-una-persona-adulta-mayor>
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19". Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf
- Robles, C. y Lía, C. (2012) El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social. Disponible en: http://www.edumargen.org/docs/2018/curso46/unid01/apunte06_01.pdf
- Robles, C.; Lía, C.; García, A.; Rearte, P.; Gonzáles, S. (2014). Diversidad Familiar: un estudio sobre la dinámica de los hogares homoparentales. RiHumSo - Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de La Matanza – Año 3 (2014)- Número 6 – pp. 104-126. Disponible en: <https://rihumso.unlam.edu.ar/index.php/humanidades/article/view/49/101>
- Roqué, M.L. (2010). Nuevos escenarios, nuevos paradigmas en gerontología. En Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo 1. Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Compilado por Mónica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>

MÓDULO 4

Cuidado integral de las personas mayores I

Organización modular:

Este segundo módulo contará con siete puntos ordenadores

1. Personas mayores, envejecimiento y salud. Proceso salud enfermedad. Salud comunitaria y políticas públicas. Envejecimiento y salud.

2. Alteraciones físicas y cognitivas en el envejecimiento.

3. Enfermedades prevalentes en personas mayores. Síndrome geriátrico. Polimedicación y automedicación.

4. Importancia de la actividad física. Cambios Posturales.

5. Nutrición y desnutrición en las personas mayores.

6. COVID-19: Un nuevo desafío para los cuidados.

7. Primeros auxilios y Reanimación cardiopulmonar (RCP).



1. Personas mayores, envejecimiento y salud. Proceso salud enfermedad. Salud comunitaria y políticas públicas.

Proceso de salud enfermedad.

La salud y la enfermedad conforman una entidad y deben ser entendidas como un proceso. El concepto o noción de enfermedad no existe en ausencia del de salud, y viceversa. La salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas y analizadas como categorías biológicas aisladas sino como parte de un **proceso** con múltiples determinaciones que incluso trascienden al propio campo de salud.

El proceso de salud enfermedad históricamente tuvo diferentes conceptualizaciones. Posteriormente a la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, en el marco de la Declaración de Principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Alma Ata, se la definió como: "La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (Alma Ata, 1978).

Desde la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva se sostiene que aun teniendo en cuenta las características biológicas individuales y cualquiera de los factores que toma en cuenta la corriente biologicista, estos disminuyen su fuerza frente al lugar o espacio social que ocupa un individuo o un colectivo en la estratificación social, ya sea en los sistemas de castas, estamental o de clases. Es decir, que el modo de producción y las relaciones de poder allí establecidas, delinean, determinan y condicionan la apropiación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades vitales, que además lo superan como individuo y se expresa como colectivo (López, 2016).

En el proceso **salud-enfermedad-atención-cuidado** además del sistema de salud, intervienen e influyen el medio ambiente, la genética, los modos de vida de las sociedades, las condiciones de vida de los grupos y los estilos de vida individuales.

Por lo tanto, ya no alcanza con tratar la enfermedad: el verdadero reto es intentar incidir en el **buen vivir de las personas**, contribuyendo a prevenir la aparición de la enfermedad o la progresión de la ya existente, como el caso de las enfermedades no transmisibles. Acompañar a las personas en el cuidado de su salud, inexorablemente implica asumir sus múltiples dimensiones y su complejidad y para esto se requiere de un equipo de salud interdisciplinario y accesible para las personas y la comunidad.

Para definir el proceso de salud enfermedad no hay que precisar un determinante, para su correcta interpretación es necesario considerar todas las dimensiones que se conjugan para una resolución positiva, favorable y deseable del propio proceso salud-enfermedad de un individuo o colectivo.

Salud comunitaria y políticas públicas.

En la comprensión del proceso salud-enfermedad como un problema público, es el Estado quien tiene que asumir un rol activo y explícito. En nuestro país, un antecedente relevante en este enfoque, fueron las políticas implementadas por Ramón Carrillo⁽⁵⁾. Su interés por la medicina preventiva y la medicina social, incluyeron temas como la ancianidad y la atención materno-infantil, y dieron inicio a una política pública que hasta hoy sigue vigente.

(5) Ramón Carrillo fue un neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista de Argentina, fue la primera persona que ejerció el cargo de ministro de Salud de la Nación Argentina, en 1946 durante la presidencia de Juan Domingo Perón.

La política sanitaria que desplegó Carrillo le dio una fuerte impronta comunitaria a la salud, y se sostuvo en tres premisas clave:

1. "Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud".

2. "No puede haber política sanitaria sin política social".

3. "De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados" (Touceda y Rubin, 2010).

El sentido de entender a la **salud desde su matriz comunitaria** nos permite integrar en la mirada de los cuidadores una perspectiva que abarque no sólo a los efectores sanitarios, sino también a los distintos actores que componen las redes comunitarias que realizan acciones o elaboran saberes en torno al bienestar de las personas que forman parte de su comunidad.

El marco de creencias, saberes, teorías que guían nuestras prácticas cotidianas de cuidado de la salud tienen que formar parte de nuestra comprensión de la salud comunitaria. Es en este universo de sentidos y representaciones en que las personas definen parte de los cuidados, que pueden ser compartidos o no por otras comunidades, pero que merecen ser tenidas en cuenta por todos los trabajadores de la salud.

En perspectiva, la mirada de los cuidadores de personas mayores respecto a la salud tiene que contemplar a la salud como un aspecto positivo, como un bien a construir y un derecho a proteger, reconociendo la multideterminación del propio proceso. Y en este sentido, desarrollar acciones que tiendan a:

- Promover una actitud receptiva y abierta frente a los problemas de la salud de la comunidad.
- Trabajar sobre la sensibilidad en la diversidad cultural que mejore la calidad de atención y cuidado.
- Integrar las particularidades de cada comunidad a la hora de desarrollar prácticas de salud, que se complementen, de forma respetuosa con las acciones y cuidados de las medicinas tradicionales.

Envejecimiento y salud.

Se entiende por **envejecimiento** al conjunto de modificaciones que se producen en un organismo vivo con el paso del tiempo. Estas modificaciones son irreversibles e inevitables y suceden por múltiples causas.

En las personas, con el paso del tiempo se modifican todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo, y pierden la capacidad de "hacerle frente" a la enfermedad, lo cual hace a las personas mayores más vulnerables.

Estos cambios no se producen al mismo tiempo en todas las personas, ni aun en todos los órganos en una misma forma: la variabilidad individual, hace que podamos observar personas de la misma edad con funcionalidad completamente diferente.

El envejecimiento más que la última etapa de la vida del ser humano, es un proceso natural, universal, continuo, irreversible, individual y diferente, en donde factores genéticos, culturales, educativos, socioeconómicos, actitudes, experiencias, expectativas y la adaptación de éste en su medio ambiente, dan al proceso del envejecimiento su **carácter de individual y heterogéneo**. Así distinguimos entre:

- **El envejecimiento fisiológico**, al referirnos a los cambios debidos al envejecimiento normal de las personas.
- **El envejecimiento patológico**, que sucede cuando los parámetros se desvían de los considerados normales, por la presencia de patologías derivadas del estilo de vida y de las circunstancias ambientales.

2. Alteraciones físicas y cognitivas en el envejecimiento.

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. A continuación, mencionaremos las alteraciones de los sentidos y alteraciones del aparato locomotor, circulatorio, respiratorio y digestivo más comunes.

a. Alteraciones de los sentidos.

Los cambios propios del envejecimiento implican alteraciones de los sentidos, siendo las más frecuentes:



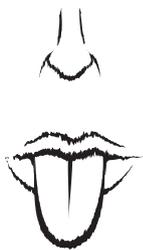
Cambios en la visión

- Disminuye la visión nocturna.
- Disminuye la distinción de colores (azul, verde, violeta).
- Disminuye la prosucción de lagrimas.
- Disminuye la capacidad para distinguir objetos pequeños (botones, etc.)
- Incrementa la sensibilidad al resplandor, brillo.
- Disminuye capacidad para adaptarse a cambios en cantidad de luz.
- Aumenta riesgo de caídas.



Cambios auditivos

- Disminuye la capacidad de distinguir sonidos.
- Disminuye la audición.
- Aumenta el cerumen.



Cambios en olfato y gusto

- Disminuye la capacidad para distinguir el sabor.
- Disminuye el sentido del olfato.
- Riesgo de una nutrición deficiente.



Cambios en la piel

- Disminución de la capacidad para sentir y diferenciar el frío y el calor.
- Pérdida de elasticidad en la piel (se arruga la piel).
- Disminuye la sudoración.
- Uñas quebradizas, gruesas.
- Pelo se vuelve cano (blanco).

b. Alteraciones del aparato locomotor.

El **aparato locomotor** nos permite movernos y trasladarnos de un lugar a otro (locomoción). Está constituido por el sistema esquelético y por el sistema muscular. El proceso de envejecimiento impacta en el aparato locomotor, provocando diferentes trastornos en el cuerpo, los más comunes en las personas mayores son la artrosis y la osteoporosis.

La **artrosis** es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, un tejido que sirve para amortiguar, protegiendo los extremos de los huesos y favoreciendo la articulación. Es la enfermedad reumática más frecuente, mayormente entre personas de edad avanzada. La artrosis no forma parte del proceso normal en el envejecimiento, aunque a mayor edad existe mayor riesgo de padecerla. Se manifiesta en principio por un dolor articular que aparece con la movilización y disminuye con el reposo, aunque en casos graves y avanzados puede ser continuo o discapacitante. Puede haber rigidez al despertar, un período de inflamación articular y edema de la articulación.

Los síntomas más frecuentes son el dolor articular, la limitación de los movimientos, los crujidos y, en algunas ocasiones, el derrame articular. Además, algunas personas pueden presentar rigidez y deformidad articular (Touceda y Rubin, 2010).

La **osteoporosis** es un trastorno caracterizado por un deterioro de la microarquitectura del hueso. Se realiza el rastreo mediante la Densitometría Ósea (DO) de columna lumbar o cuello femoral. Se recomienda evaluar el riesgo y en función de éste realizar el rastreo con DO en: Mujeres >64 años y en hombres >74 años. En el caso de las mujeres este estudio muchas veces lo hacen al entrar en la menopausia a partir de los controles ginecológicos.

El problema consiste en la fragilidad ósea, provoca graves repercusiones para la persona afectada y para el conjunto de la sociedad por su alta incidencia y el grado de afectación funcional desencadenado por las complicaciones típicas de la enfermedad.

Una de las primeras manifestaciones de la osteoporosis aparece en forma de dolor punzante y brusco, localizado en la columna vertebral, durante la actividad diaria o bien en reposo. Además, la movilidad de la zona dolorida disminuye, con un aumento de las molestias al toser, estornudar, durante los esfuerzos de la defecación, etc.

Pautas para los cuidadores:

- Mantener la autonomía de la persona a la que cuida.
- Dejar al alcance de su mano productos de uso frecuente.
- Es posible realizar adaptaciones de utensilios de mano.
- Consultar por bastón o andador para permitir la descarga de peso en las articulaciones de miembros inferiores.
- Consultar en caso de dolor.

Fuente: Touceda y Rubin (2010).

c. Alteraciones del aparato circulatorio.

Los **problemas circulatorios** son enfermedades que afectan las venas y las arterias. Se producen en general, por obstrucción del flujo sanguíneo secundario a raíz de enfermedad de la pared de los vasos, que puede a su vez ser complicación de enfermedades crónicas como alteraciones en el colesterol, la presión arterial o enfermedad coronaria (del corazón).

Dentro de las patologías más frecuentes se encuentran las várices. Es la enfermedad más común de las venas. Afecta del 15 al 20% de las personas mayores, con predominio del sexo femenino (Touceda y Rubin, 2010).

Los problemas relacionados con las várices pueden ser:

- Estéticos, en los que se observa dilatación y tortuosidad en territorio varicoso.
- Edema de miembros inferiores que aumenta al progresar el día y puede ser peor los días de calor.
- Pesadez.
- Trombosis. Puede manifestarse por dolor en la pantorrilla, asimetría en el diámetro de ambas piernas.
- Cabe aclarar que el edema bilateral aleja la posibilidad de una trombosis. Por otra parte, este diagnóstico es grave y requiere de consulta urgente.

Fuente: Touceda y Rubin (2010).

Otro tipo de alteraciones en las venas se refieren a episodios de **trombosis** que pueden ser superficiales o profundas.

Respecto de enfermedades que afectan las arterias, las complicaciones están relacionadas con la obstrucción al flujo sanguíneo que puede ser de diferente gravedad.

d. Alteraciones cardiovasculares.

Con el paso del tiempo, las personas envejecen y se desarrollan **cambios en la estructura y en el funcionamiento del corazón y de las arterias** que predisponen la presencia de enfermedades, y limitan la capacidad de ejercicio. Las arterias se ponen más rígidas, favoreciendo el aumento de la presión arterial.

Dentro de las enfermedades más comunes encontramos: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica (infartos) y enfermedades de las arterias.

Alerta para los cuidadores:

- Es muy importante el control de la presión arterial.
- Insuficiencia cardíaca: La presencia de disnea (sensación de falta de aire) es más grave a medida que se relacione con esfuerzos menores, por ejemplo, la disnea que aparece al subir escaleras es menos grave que la disnea en reposo. La aparición de edemas progresivos en los miembros es un signo de alarma.

- Cansancio o fatiga muscular: A pesar que los síntomas previos pueden servir de guía, se debe recordar que en personas de edad avanzada esto puede presentarse de manera diferente. Por ejemplo, en una persona sedentaria, es posible que se retarde o no aparezca la sintomatología ante los esfuerzos, y que se manifieste solamente por estado de confusión, pérdida del apetito, cambios del humor, insomnio, tos nocturna, imposibilidad de dormir acostado a 180o.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

e. Alteraciones aparato respiratorio.

Al envejecer, la **fuerza de los músculos inspiratorios y espiratorios disminuye**, lo que en ocasiones favorece a la aparición de "fatiga muscular respiratoria", al ser sometidos a una mayor demanda o al ser afectados los pulmones por un proceso patológico. Dentro de las patologías respiratorias más comunes encontramos: infecciones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, tumores.

Recomendaciones para los cuidadores:

- La patología respiratoria en las personas mayores no siempre se presenta con síntomas típicos.
- Los síntomas típicos de una neumonía son fiebre, tos, expectoración. En las personas mayores una neumonía puede presentarse con confusión, negativa a alimentarse, somnolencia, fatiga, dolor muscular, debilidad generalizada aun en ausencia de fiebre.
- La disnea (sensación de falta de aire) de aparición brusca es una urgencia que debe ser atendida.
- Si la persona cursa un cuadro respiratorio con tos productiva (aumento de secreciones), es mejor colocar 2 o 3 almohadas al acostarse.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

f. Alteraciones del aparato digestivo.

Existen durante el envejecimiento cambios fisiológicos a nivel del tubo digestivo, como la atrofia de la mucosa intestinal o la disminución de los movimientos intestinales. El ritmo evacuatorio es variable entre las personas mayores, y se considera normal entre 3 veces por día, hasta 3 veces por semana.

La **constipación o estreñimiento** no es considerada una enfermedad, sin embargo, al tratarse de un problema frecuente que puede acarrear grandes complicaciones y que tiene posee fuertes implicancias en la vida de las personas que la padecen, por lo que resulta fundamental buscar sus causas. La constipación puede tener graves consecuencia como:

- Impactación fecal o bolo fecal: esta es la complicación más frecuente, las heces se endurecen y pueden lesionar el recto.
- Dolor abdominal tipo cólico.
- Diarrea por rebosamiento (es decir, el intestino está repleto de materia fecal por constipación, pero la persona presenta diarrea persistente). Este cuadro se conoce con el nombre de pseudodiarrea.
- Obstrucción intestinal, que se presenta con distensión abdominal, náuseas y vómitos. Este cuadro requiere ingreso hospitalario (Touceda y Rubin, 2010).

Alertas para los cuidadores

- Distensión abdominal.
- Catarsis negativa (no defeca) por más de 5 días, o cambio en el ritmo evacuatorio habitual.
- Vómitos.
- Dolor abdominal.

- Materia fecal color negro (ojo, las personas que toman crema de bismuto o hierro pueden tener la materia fecal oscura y esto es normal).
- La presencia de moco, pus o sangre en la materia fecal.
- Se debe evitar el uso de laxantes en forma crónica.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

Incontinencia urinaria. Se llama incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina. Este punto se desarrollará más avanzado el módulo.

g. Alteraciones sistema nervioso.

Dentro de las alteraciones más comunes del sistema nervioso se encuentra el Accidente cerebro vascular (ACV). La forma en que se presenta está determinada por la localización del daño cerebral, y también por el tamaño y por la causa.

El ACV es un cuadro de aparición brusca con dificultad para movilizar un hemisferio (cara, miembro superior e inferior), variando su gravedad, desde debilidad hasta la parálisis total. La sospecha de un cuadro cerebro vascular por una alteración brusca de movimiento, es considerada una urgencia. Este trastorno puede acompañarse o no de dificultad para hablar. Del mismo modo que comprender consignas o presentar inestabilidad que se presente de forma brusca, con o sin vértigo, con o sin alteraciones de la visión.

Pautas para cuidadores de personas con secuela de ACV:

- Seguir las indicaciones del kinesiólogo.
- Es importante estimular el lado inmovilizado (pléjico).
- Es importante movilizar las articulaciones.
- No colocar ropa de cama sobre el miembro pléjico ya que esto puede favorecer posiciones viciosas.
- Cuidar la piel, controlar la aparición de lesiones. Vestido: siempre se debe empezar por la extremidad afectada. Para aquellos pacientes con déficits motores importantes se recomienda la utilización de ropa cómoda y de fácil colocación, como calzado cerrado, "velcro" en lugar de botones, etc.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

h. Alteraciones metabólicas y electrolíticas.

El envejecimiento se caracteriza también por **cambios en la composición corporal**. El agua corporal total de las personas de edad avanzada disminuye, cayendo un 15% aproximadamente a lo largo de la vida. La deshidratación provoca una serie de modificaciones en la irrigación sanguínea y sufrimiento a nivel de todos los órganos.

La deshidratación puede producirse por diversos mecanismos:

- Menor ingreso de agua de que la que se requiere. Las personas mayores tienen disminuida la sensación de sed.
- Se pierde más agua que la que ingresa. Por ejemplo, en periodos de fiebre, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), diarrea, o en los días de temperatura muy elevadas.
- El agua se ubica en una región del cuerpo donde no puede ser utilizada, como en el abdomen (ascitis), un derrame pulmonar o un hematoma interno (traumatismos graves). Esta última posibilidad aparece en enfermedades sistémicas como insuficiencia cardíaca grave, tumores, o traumatismos.

Otras causas son:

• Medicamentos: sedantes, hipnóticos, diuréticos. Depresión, demencias. Infecciones graves. Restricciones físicas. Inmovilidad (Touceda y Rubin, 2010).

Signos y síntomas de la deshidratación

Dependiendo de la velocidad con que se consolide el cuadro de deshidratación, puede variar en su sintomatología. Algunos de estos son: alteración del sensorio (Trastornos de conciencia, atención y orientación), somnolencia, cambios del humor, negativa a comer, debilidad muscular, inquietud, confusión.

Ninguno de estos síntomas es exclusivo de la deshidratación, por eso la valoración de un médico resulta clave para realizar el diagnóstico y desarrollar el tratamiento adecuado.

Pautas para los cuidadores:

- Es importante ofrecer agua independientemente de la solicitud de la persona.
- Trate de que la persona mantenga una ingesta aproximada de 2 litros diarios teniendo en cuenta infusiones en las comidas.
- Proponga utilizar ropa clara los días de altas temperaturas.
- Refuerce la hidratación si la persona cursa una infección o diarrea.
- También es importante prestar atención a ritmo de micciones (orina): una disminución en la frecuencia de orinar puede ser un signo de deshidratación.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

3. Enfermedades prevalentes en personas mayores. Síndrome geriátrico. Polimedicación y automedicación.

Enfermedades prevalentes en personas mayores.

La disminución de la vitalidad y la reserva fisiológica, hace que las personas mayores sean más vulnerables a desarrollar y padecer ciertas enfermedades. A este conjunto de enfermedades se las conoce como **prevalentes**, porque son las que aparecen con mayor frecuencia en las personas mayores.

Es por este motivo que, en los controles de salud, cuando comienzan a aparecer indicios de estas enfermedades, el abordaje es preventivo en relación a disminuir el avance de las mismas y que incremente su gravedad y en relación a su tratamiento, teniendo que realizar una evaluación integral del modo de vida de cada persona y sus posibilidades. En ocasiones, cuando aparecen síntomas que producen molestias y complicaciones, las personas mayores no quieren realizar la consulta debido a no poder reconocer esto como un problema, por no querer complicar a su familia o no querer tener que acudir a tratamientos, por miedos y/o resistencia a modificar ciertos hábitos. Es importante que el entorno / grupo familiar pueda estar atento a la periodicidad de los controles, la aparición de molestias, dolores, manifestaciones de conductas no habituales por parte de las personas mayores a fin de poder garantizar intervenciones adecuadas y a tiempo.

Las enfermedades prevalentes más comunes son:

- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes.
- Cáncer.
- Infecciones.
- Accidente cerebrovascular, (ACV).
- Patologías osteoarticulares, etc.

Síndrome geriátrico.

En las personas mayores muchas veces encontramos problemas de salud difíciles de encuadrar bajo una denominación "**clásica enfermedad**". Este tipo de cuadros han consolidado la definición de los **síndromes geriátricos**, que implican de una intervención específica y de un abordaje integral, propios de la medicina geriátrica.

El síndrome geriátrico es el conjunto de síntomas y signos clínicos que constituyen un problema grave. Los síndromes geriátricos son considerados la "vía final común" de la conjunción de varias enfermedades altamente prevalentes y que pueden expresarse por síntomas diferentes de las enfermedades que los producen.

Los síndromes geriátricos, entonces, constituyen un concepto diferente al de enfermedad, que podemos denominar "problemas". Y su evaluación debe hacerse desde lo médico, social, emocional y el desempeño en la vida diaria. Es importante tener en cuenta que las enfermedades en las personas mayores se pueden presentar como síndromes geriátricos (Touceda y Rubin, 2010).

Los grandes síndromes **geriátricos**, o los **4 gigantes** de la Geriatria:

1. Inestabilidad y caídas: es la tendencia a perder el equilibrio y caer.
2. Incontinencia urinaria: es la pérdida involuntaria de orina y/o heces.
3. Inmovilidad: es la incapacidad para desplazarse sin riesgos y sin ayuda humana.
4. Incompetencia intelectual, o deterioro cognitivo, que implica la pérdida de las funciones cerebrales en tal grado de severidad que una vida independiente y segura se torna imposible.

Por considerarse que gran cantidad de personas mayores están afectadas por alguno de estos síndromes han sido denominados por Bernard Isaacs desde 1975 como los "Gigantes de la geriatría".

Pautas clave para los cuidadores:

- Conocer que existen múltiples causas debajo de un problema. Los síndromes geriátricos pueden desencadenar una cascada de eventos adversos por lo que es importante que sean atendidos y no considerarlos "propios del envejecimiento".
- Reconocer cuál evento puede relacionarse con la aparición del problema puede ayudar al profesional a determinar la causa. Ante la aparición de deterioro cognitivo, o confusión, por ejemplo, es importante averiguar si hubo modificaciones en la medicación, o algún evento familiar, una mudanza, algún signo de enfermedad como fiebre, agitación, diarrea, etc. Estos datos son muy útiles para el profesional que evalúe a la persona que lo padece.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

A continuación, desarrollaremos un poco más sobre dos de los síndromes geriátricos más comunes: la inestabilidad en la marcha y caídas y la incontinencia urinaria.

1. Inestabilidad en la marcha y caídas.

La inestabilidad es un problema frecuente en geriatría, y suele pasar inadvertida. La persona que la padece suele no consultar porque generalmente la atribuyen al envejecimiento. Sin embargo, es una de las principales causas de deterioro funcional, discapacidad, predictor de mortalidad, factor de fragilidad y factor de riesgo de institucionalización (Touceda, M. y Rubin (2010).

El deterioro de la marcha va en aumento progresivo durante el envejecimiento, y puede profundizarse con la presencia de enfermedades crónicas como, por ejemplo, problemas en las articulaciones, problemas neurológicos, modificaciones óseas.

Hay **cambios posturales** asociados al envejecimiento que colaboran con la alteración de la marcha: la modificación del centro de gravedad, la alteración de la coordinación, en los reflejos, en el equilibrio y en la flexibilidad de las articulaciones.

No hay que ser indiferente frente a una caída, aun en las que no presenten a primera vista consecuencias graves. Es importante tener en consideración que una caída puede tratarse de la primera manifestación de una enfermedad.

Es importante para los cuidadores:

- Intentar identificar el desencadenante.
- Evaluar las consecuencias.
- Evaluar las circunstancias dentro de las que se ha producido.
- Transmitir esta información al profesional que evaluará a la persona.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

Causas de caídas.

La caída generalmente es el resultado de factores intrínsecos, (propios del individuo), factores ambientales o extrínsecos, y otros relacionados con la actividad que estaba realizando la persona al precipitarse al suelo.

FACTORES INTRÍNSECOS FISIOLÓGICOS	FACTORES INTRÍNSECOS PATOLÓGICOS	FACTORES EXTRÍNSECOS AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit visuales, alteraciones en la marcha, en el equilibrio, hipotensión ortostática, alteraciones del pie, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad neurológica, infecciones, fármacos. • (benzafiazepinas, diuréticos, antidepresivos, antihipertensivos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe observarse el suelo, alfombras, cables, muebles, calzado inadecuado, iluminación inadecuada, perlaños muy altos, y hasta el clima, más todos aquellos elementos que pueden provocar tropiezos y caídas.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

A pesar de ser los intrínsecos los factores de riesgo más importantes, **es en los extrínsecos donde los profesionales y cuidadores pueden tener la máxima intervención para prevenir caídas.**

Dentro de las consecuencias que pueden acarrear las caídas, podemos mencionar las consecuencias físicas (fracturas, traumatismos, discapacidad, escaras, síndrome confusional); consecuencias psicológicas (miedo a caerse o síndrome post caída) y consecuencias socioeconómicas (al sufrir una caída, las personas suelen consultar más veces a efectores de salud y solicitar servicios de cuidado).

Pautas para el cuidador:

• **Cuando las personas mayores van de la posición horizontal a la posición de pie en forma brusca, les disminuye la llegada de sangre al cerebro. En este punto, puede producirse descenso de la presión arterial, visión borrosa, mareos y caída.**

Para evitarlo:

- aconsejar a la persona que realice los cambios de posición paso a paso y lentamente, sentándose primero en la cama durante unos momentos para posteriormente incorporarse.
- Si la persona suele levantarse de noche para ir al baño, puede ser útil utilizar orinales al pie de la cama.
- Evitar encerar los pisos.
- Dejar una luz de noche en el dormitorio.
- Evitar obstáculos como alfombras, juguetes, elementos en el piso.
- Si duerme solo es necesario utilizar un dispositivo como llamador por ejemplo una campanilla.
- Los pisos del baño deben estar siempre secos.
- Pueden ser útiles las agarraderas o barandas que sirvan de apoyo.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

• **Las caídas al levantarse de las sillas o sillones o cuando no se toma la precaución de frenar las sillas de ruedas al incorporarse el paciente son muy frecuentes.**

Para evitarlo:

- Cuidar que los zapatos estén bien calzados.
- El calzado debe tener en lo posible suela de goma.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

• **Los mareos, en oportunidades, se producen con los movimientos de la cabeza.**

Para evitarlo:

- Estar atentos a este síntoma para asistir a la persona en los giros.
- Puede ser útil también la utilización de un bastón para dar mayor seguridad al caminar.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

2. Incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria refiere a la pérdida involuntaria de orina y puede ser causa de deterioro en la calidad de vida de las personas mayores. No se trata de un proceso normal del envejecimiento, aunque puede ser favorecida por algunos cambios que aparecen a través del tiempo. Sin embargo, en muchos casos puede ser reversible.

Las causas más comunes están ligadas a la falta de agilidad para trasladarse hasta el baño, la utilización de algunos medicamentos (sedantes, relajantes musculares, diuréticos, antidepresivos) y algunos otros factores como infecciones urinarias, las cirugías, el prolapso uterino, patologías de próstata, enfermedades neurológicas, cardíacas, diabetes, y otras.

Pautas para los cuidadores:

- Saber que no es un proceso normal del envejecimiento.
- Favorecer, en lo posible, la consulta médica.
- Establecer y acordar una rutina para ir al baño (por ejemplo, cada 3 hs.) puede ser de gran utilidad.
- Colabore en la eliminación de obstáculos como alfombras, cables, muebles en el hogar que dificulten la llegada al baño.
- La utilización de pañales o apósitos sin la debida evaluación médica puede ser perjudicial.
- Elija ropa cómoda y fácil de quitar, por ejemplo "velcros" en lugar de botones o cierres.
- Sepa que algunos medicamentos favorecen la aparición de incontinencia urinaria (diuréticos, sedantes).
- Ilumine correctamente los pasillos. La luz debe ser adecuada para facilitar el acceso al baño.
- Realice una correcta higiene de la zona genital.
- Distribuya la ingesta de líquidos: más en horas de la mañana si la incontinencia se produce a la noche.
- Evite la ingesta de café, alcohol y mate, más en horas de la tarde.

Fuente: Touceda y Rubín (2010)

Polimedicación y automedicación.

El uso de medicamentos tiene un alto impacto en el control de las enfermedades, pero cada persona mayor, con sus características particulares nos exige que llevemos a cabo un uso cuidadoso de los mismos, y poder evitar que su injerencia no genere más riesgos que beneficios.

Hay una serie de modificaciones en el cuerpo que se dan en el envejecimiento que pueden afectar el efecto de algunos medicamentos y producir en algunos casos efectos no deseados aun a dosis bajas. Por otro lado, durante el envejecimiento se puede dar la coexistencia de varias enfermedades (pluripatología), muchas de ellas crónicas; por ejemplo, una persona con hipertensión arterial, diabetes, y enfermedad de Parkinson, todas patologías que precisan tratamientos por largos periodos.

Los cuidadores deben prestar especial atención a la detección de alteraciones que dificulten o impidan a la persona mayor el cumplimiento adecuado del tratamiento, como por ejemplo, problemas visuales que dificulten la correcta selección de los comprimidos, problemas de memoria que impidan recordar indicaciones de la prescripción del médico o que produzcan duplicación de la toma por olvidos, complicaciones motrices para dividir comprimidos, alteraciones en la boca que compliquen la ingesta de algunas formas farmacéuticas, etc.

Ante estas situaciones los cuidadores deben:

- Corroborar si utiliza los lentes correctamente, en el caso de problemas en la vista.
- Preparar carteles con letra clara y tamaño adecuado con el nombre del medicamento y la hora o momento del día que debe tomarlo.
- Para personas con cierto grado de deterioro cognitivo puede ser útil realizar una cartilla que en lugar de decir desayuno, almuerzo, merienda y cena puede tener dibujos acordes. También puede ser útil armar un pastillero que además permita el control de la ingesta de medicamentos.
- En los casos en los que se detecten tratamientos complicados, es importante conversar con el médico a fin de simplificarlo, o que se explique adecuadamente. Alertar a profesionales de la salud de estos inconvenientes puede contribuir al cumplimiento adecuado de la prescripción.
- Cuando se visita al médico es importante llevar la lista de medicamentos que toma la persona y desde cuándo.
- Luego de una nueva prescripción preguntarle a los profesionales de la salud acerca de posibles efectos adversos, y estar atentos a la aparición de nuevos síntomas.

- Preguntar también hasta cuándo debe tomarlo.
- En todos los casos llevar un registro adecuado.
- Conocer y alertar a la persona que las vitaminas y los medicamentos de venta libre también tienen efectos adversos.
- Desalentar la automedicación.
- Es importante conocer antecedentes de alergias a medicamentos.
- Tener en cuenta que los cambios de marcas comerciales pueden generar reacciones alérgicas.

Fuente: Touceda y Rubin (2010)

4. Importancia de la actividad física. Cambios Posturales.

La **actividad física** es considerada una de las ser una de las prácticas más trascendentales para luchar contra la pérdida de masa muscular y la deficiencia de micronutrientes La actividad física siempre tiene que estar adecuada a las capacidades de cada persona, incluyendo distintos tipos de ejercicios y actividades en grados de exigencia diferentes.

El punto clave de la actividad física, contemplando tanto ejercicios programados como actividades diarias regulares, es conseguir siempre mayores grados de independencia, así como el aumento de ingesta de alimentos.

Se debe insistir en posibilitar siempre que las actividades cotidianas sean realizadas por la persona mayor cada vez que sea posible, y de existir algún grado de discapacidad o deterioro, realizar adaptaciones que posibiliten el manejo independiente. Por ejemplo: si posee alguna dificultad para agarrar los cubiertos, se dispondrá de algunos de mango más grueso; elementos con adherencia a la mesa puede permitan que la persona mayor coma sola y no se le resbale; la colocación de barandas en el baño para mejorar los desplazamientos, etc...Tener en cuenta estas adaptaciones sencillas y nada costosas, son propias de la observación de las dificultades sobre las rutinas cotidianas que una persona mayor puede enfrentar a diario. Asimismo, es esto lo que nos permitirá prolongar la independencia de la persona mayor. Se trata de una estrategia clave para posibilitar la conservación de funciones y buen vivir, al mismo tiempo que, para los cuidadores implica una menor carga en su labor cotidiana.

5. Nutrición y desnutrición en las personas mayores.

¿Qué es una nutrición saludable?

La alimentación representa prácticas y saberes culturales que hacen a la soberanía alimentaria de los pueblos, en tanto la comida forma parte de las costumbres sociales, ya que implica transmisión de recetas, formas de combinar y preparar los alimentos o los mitos e historias que hablan de sus orígenes (Fagan, 2016).

La base de una nutrición saludable es una correcta alimentación: "Está comprobado que una correcta alimentación es la base del desarrollo y de la salud, como así también de la mejor recuperación frente a las enfermedades" (Reizels, 2010).

La importancia de la alimentación en las personas mayores.

Como vimos, a lo largo del desarrollo de las personas, **el metabolismo y las funciones fisiológicas van transformándose**. Se ven disminuidos el olfato, el movimiento, el gusto, la visión, la masticación, los jugos gástricos, la absorción de nutrientes, entre otras funciones generales metabólicas y fisiológicas.

En este sentido, para lograr que la persona mayor realice una **alimentación suficiente, completa y variada**, se deben **adecuar las preparaciones** para contrarrestar las disminuciones antes mencionadas. (Reizels, 2010).

Esto implica **estimular el apetito, el deseo y el disfrute en la ingesta de comidas**. Lo que conlleva al mismo tiempo comprender que alimentarse forma parte de un momento de intercambio, un contexto social pero también íntimo que si se da en un ambiente compartido y de confianza con otras personas despliega otros estímulos sensoriales, emocionales y cognitivos.

En este sentido, es importante remarcar el **rol integral que cumple la alimentación frente a los problemas más frecuentes que se desarrollan en las personas mayores**. De la mano del tratamiento médico correspondiente, una nutrición adecuada actúa mejorando la vida de las personas mayores.

Cuando hablamos de alimentarnos de forma sana o equilibrada, es necesario abordar también las **características particulares de cada persona mayor**.

Los grupos básicos de alimentos.

Para tener una alimentación saludable es importante conocer los nutrientes esenciales para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Podemos clasificarlos en distintos grupos de acuerdo a sus propiedades:

GRUPO DE ALIMENTOS	COMPOSICIÓN	QUÉ FUNCIONES CUMPLEN
Lácteos, carnes y huevos.	Ricos en proteínas completas llamadas aminoácidos.	<ul style="list-style-type: none">- Hacen posible un buen crecimiento.- Reparar tejidos.- Favorecen formación de sangre y músculos.- Mantienen dientes y huesos.
Vegetales y frutas.	Alimentos reguladores. Contienen fibras, vitaminas, potasio, magnesio y zinc.	<ul style="list-style-type: none">- Buen funcionamiento del organismo.- Salud y belleza de la piel y los ojos.- Conservan sanos el cabello, uñas, dientes y encías.- Realzan los nutrientes de otros alimentos.
Legumbres, cereales y tubérculos.	Ofrecen calorías y energías. Fuentes de vitaminas, fibras, minerales y proteínas.	<ul style="list-style-type: none">- Mantienen el calor del cuerpo.- Brindan energía.- Ayudan a la actividad intestinal.- Contribuye al metabolismo.

GRUPO DE ALIMENTOS	COMPOSICIÓN	QUÉ FUNCIONES CUMPLEN
Aceite, manteca y margarina.	Ácidos grasos indispensables. Fuente de vitamina A, D y E.	- En pequeñas dosis y sin saturar mantienen un estado saludable general.
Azúcar y dulces.	Carbohidratos simples de rápida absorción.	- Aporte de energía. - Brindan sabor a las comidas. Es importante limitar su uso como agregado a los alimentos.

Fuente: Reizels (2010)



Fuente: Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. - 1a edición - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2018.

Los aportes nutricionales y proteicos de los alimentos.

A medida que avanza el ciclo vital de vida de las personas, las necesidades de consumo energético van disminuyendo. Las calorías deben distribuirse de forma equitativa entre hidratos de carbono (HDT), proteínas y grasas.

Entre los **hidratos de carbono** se recomiendan en las personas mayores los polisacáridos o también llamados complejos. Estos los encontramos entre los cereales, pan, galletas saladas, arroz, entre otros.

También es importante la incorporación de **fibra** a la dieta regular a los fines de evitar constipación, estimular la función intestinal y mantener una flora colónica útil.

Respecto a las **proteínas**, es importante que éstas sean en un 40% o 50% de origen animal, como la leche vacuna, carnes, huevos, entre otros. Las grasas son necesarias porque proveen importantes niveles de energía, aunque se recomiendan los ácidos grasos insaturados (pescados, grasas vegetales).

Sobre los **minerales**, podemos destacar el **calcio** y el **hierro** como principales nutrientes a aprovechar, los cuales podemos encontrar en la leche y sus derivados. El consumo de verduras y frutas también incluyen un insumo importante de **vitamina D**, la cual se encuentra estrechamente relacionada al calcio. Estos nutrientes son muy importantes en las personas mayores ya que contribuyen a prevenir enfermedades como la osteoporosis. Para prevenir las anemias, las cuales suelen ser muy frecuentes, se recomienda el consumo de hierro, al mismo tiempo que el consumo de agua actúa en la eliminación de residuos metabólicos.

La fibra en la dieta.

¿QUÉ ES?	¿CÓMO ACTÚA?	¿PARA QUÉ LA NECESITAMOS?
<p>Término médico utilizado para denominar el forraje de los alimentos de difícil digestión, ya que pasa por el aparato digestivo sin ser absorbido, aunque realiza varias acciones. Su ingesta brinda muchos beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Ablanda la materia fecal de modo que facilita su evacuación.- Actúa como una esponja que aumenta el volumen de residuo intestinal, reteniendo líquido. Esta acción permite a que no se tenga que realizar tanta fuerza al momento de evacuar y aliviana síntomas para las personas que tienen dificultades colónicas.- Contiene menos calorías que otros alimentos y genera saciedad con menor ración.- Reduce la cantidad de energía absorbida de las comidas.- Aumenta el volumen de bacterias protectoras del intestino.	<ul style="list-style-type: none">- Previene constipación- Contribuye en la prevención de síntomas de enfermedades diverticulares.- Reduce la posibilidad de padecer apendicitis, várices, etc.- Reduce la posibilidad de contraer cálculos biliares.- Contribuye a adelgazar si forma parte de una dieta balanceada.

Fuente: Reizels (2010)

Las vitaminas.

Comer en exceso o comer muy poco no nos hace bien. Se recomienda evitar los excesos y comer lo justo. Esto quiere decir, respetar las proporciones recomendadas de cada nutriente. La base de una buena alimentación es comer las cantidades justas y de forma variada.

En este sentido, las vitaminas forman parte de aquellos nutrientes indispensables para una dieta saludable. Trabajan en nuestro organismo de diferentes formas: en algunos casos, transforman los hidratos de carbono y las proteínas en energía. En otras circunstancias, absorben el calcio o el hierro, actuando en el sistema inmunológico, es decir, previniendo sobre las enfermedades. En cualquier caso, no basta con consumir sólo frutas y verduras para obtener las dosis necesarias de vitaminas que nuestro organismo necesita, se requiere también saber cuándo y cómo consumirlas (crudas o cocidas y de qué forma).

Hábitos nutricionales de las personas mayores.

La Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN) agrupada en la Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor (RENAM, 2016) propone redimensionar la Guía Alimentaria teniendo en cuenta los siguientes puntos a los fines de incorporarlos a los hábitos nutricionales – y por tanto, sociales – de las personas mayores:

- Planificar cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena).
- Evitar períodos de ayuno prolongados.
- Asegurar el adecuado aporte de proteínas en relación al valor calórico.
- Promover la ingesta de antioxidantes y vitamina D.
- Incentivar la exposición solar de 15 minutos diarios dentro del rango horario permitido.
- Adecuar la forma, consistencia y temperatura según masticación, deglución y motricidad fina del individuo.
- Utilizar variedad de hierbas aromáticas, condimentos y especias a fin de aumentar la percepción del sabor.
- Utilizar formas de cocción variadas y adecuadas, de manera que resalten los caracteres organolépticos.
- Promover la correcta manipulación de los alimentos.
- Reducir al mínimo las restricciones dietéticas en lo que respecta a sal y grasa, que contribuyen en el déficit del sabor en los alimentos.
- Asesorar para una adecuada hidratación.
- Fomentar el consumo de vegetales y frutas.
- Contemplar preferencias a determinados alimentos o preparaciones. Tener en cuenta la cultura alimentaria, respetando alimentos, platos típicos y tradicionales.
- Fomentar el movimiento corporal mediante actividades sociorecreativas.
- Promover un entorno favorable donde realizar o brindar las comidas para asegurar el bienestar.
- Optimizar la autonomía en el acto de la alimentación, mediante la utilización de un adecuado material de vajilla.

Recomendaciones en la alimentación frente a problemas de salud de las personas mayores:

Algunas enfermedades prevalentes y alteraciones del aparato digestivo, hace que como cuidadores tengamos en cuenta ciertos elementos a la hora de abordar el acompañamiento en la alimentación y el mantenimiento de una dieta acorde a cada realidad:

Hipertensión: La alta presión o las alteraciones cardiovasculares son afecciones muy frecuentes en personas mayores. Requiere alimentación sin agregado de sal común.

Diabetes: Es la dificultad para procesar azúcares, por lo que el consumo de estas debe estar fuertemente restringido en la dieta.

Constipación: Cuando la función intestinal es lenta debe ser estimulada con compotas o diuréticos naturales, así como con harinas integrales que contienen mucha fibra.

Adelgazamiento, desnutrición: Puede haber deshidratación y falta de nutrientes. En este caso es importante ofrecer comidas cada dos horas, en una primera etapa dieta líquida y blanda y de a poco sólidos.

Discapacidades: Encontramos diferentes situaciones de discapacidad. Las mecánicas, por un lado, representan las dificultades en la masticación y deglución, manejo de manos y brazos. También existen las basadas en la conducta, como el negativismo o inapetencia. En estos casos es relevante la forma en la que se presentan las comidas, así como ofrecerlas en pequeñas cantidades, adecuando consistencias y respetando los grados de autonomía de la persona mayor.

Alzheimer: Produce una paulatina pérdida de la memoria y alteración de las capacidades intelectuales de las personas. Debido a las transformaciones que esta enfermedad produce, como distracción, confusión, hiperactividad, dificultad para masticar y tragar, se propician situaciones a una mala alimentación.

Se recomiendan a continuación algunas pautas para evitarlo:

- Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes.
- Comer sentado en la mesa en un ambiente tranquilo para evitar distracciones.
- Cuidar la presentación de los platos. Un plato bien preparado y colorido y con buen aroma vale más que un plato muy lleno.
- En caso de que sea necesario, modificar y adaptar la consistencia de los alimentos, lograr texturas suaves y homogéneas (no mezclar diferentes consistencias).
- Preparar alimentos que se puedan comer con las manos.
- Beber un litro y medio de líquido por día. En caso de dificultades para tragar se puede usar espesante.
- Incluir la máxima cantidad de alimentos para evitar déficits nutricionales.
- Mantener una buena higiene bucal.
- Si el enfermo tiene riesgo de lastimarse, usar utensilios de plástico o inofensivos.
- Seguir los consejos del médico.

Factores que contribuyen a las enfermedades transmitidas por los alimentos:

- Mala higiene personal.
- Contaminación cruzada (alimentos contaminados que contaminan otros por manipulación inadecuada).
- Manipulación inadecuada de los alimentos.
- Equipo sucio.
- Temperaturas de conservación inadecuadas que facilitan la proliferación bacteriana.
- Utilización de alimentos insanos, no comestibles o inadecuados.
- Operarios infectados.
- Insectos y roedores.
- Productos químicos en los alimentos.
- Cocción o recalentamiento inadecuados.

Agua segura:

- Si no hay agua segura, se la debe hervir durante 5 minutos en olla tapada y dejar enfriar ahí mismo, sin pasar a otro recipiente.
- Si no se usa en todo el día hay que tirarla.
- Por cada litro de agua, poner 3 gotas de lavandina, o en un balde de 10 litros de agua el volumen de lavandina que entra en una cucharadita de café bien colmada.
- Deje reposar una hora antes de usar.

6. COVID-19: Un nuevo desafío para los cuidados.⁽⁶⁾

Actualmente, nos encontramos ante una pandemia (epidemia que se propaga a escala mundial) y causa la enfermedad por coronavirus COVID-19. **Argentina enfrenta el reto de controlar una pandemia en un contexto de disparidades sociales y de carencias estructurales de largo tiempo.** Debido al agravamiento de la situación epidemiológica a nivel mundial, se requirió medidas en materia sanitaria de emergencia pública, el "Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio" (ASPO) y posteriormente de acuerdo a la situación sanitaria de la población y fases de la pandemia se dispuso el "Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO).

Las personas mayores de 60 años, embarazadas y personas con patologías crónicas conforman el **grupo de riesgo** de contagio por Coronavirus, por lo cual necesitan mayor cuidado.

Como toda enfermedad, el Covid-19 es social. Pensarla, comprenderla y explicarla desde lo médico es una reducción que complica aún más el problema. Como proceso histórico y social, esta enfermedad convive con otros problemas sociales tales como la violencia, la desigualdad, la insuficiente alimentación o problemas nutricionales, entre otros, haciéndose singular en la vida cotidiana y en los lazos sociales, inscribiéndose en tramas sociales que se resignifican (Carballeda, 2020).

(6) Se encuentra disponible para su lectura la "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19". Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf.

Actualmente, se estudia el **impacto de esta enfermedad en las personas mayores**, para poder evaluar integralmente sus necesidades. Para ello, se deben tener en cuenta diferentes aspectos: subjetivos, materiales, vinculares, de apoyo, económicos, sanitarios, emocionales, entre otros. Así, por ejemplo, **la red de apoyo de quienes acompañan y cuidan, se torna un aspecto fundamental**, sean estos familiares, amistades, vecinos, agentes comunitarios, profesionales en territorio, etc. Los cuidadores de personas mayores deben escuchar dónde identifican las personas mayores sus necesidades, y cuáles son sus estrategias para afrontar esta situación, de modo de potenciar las mismas y sumar pautas de cuidado.

Esta red permitirá identificar y prevenir sentimientos negativos como la soledad y la tristeza, así como generar mecanismos para aliviar los sentimientos de angustia que puedan aparecer, acompañar actividades o solucionar problemas cotidianos, brindar apoyo y cuidado, buscar soluciones locales en el acceso a la alimentación, a la salud, a las redes comunitarias, entre otros. Estas acciones siempre deben respetar la capacidad de elección de las personas mayores.

Otro aspecto a tener en cuenta son las **situaciones de violencia de género y hacia las personas mayores** que la pandemia puso en evidencia. Si bien se trata de una problemática que ya existía, la crisis sanitaria que estamos atravesando, con sus consecuencias socio-económicas y las fuertes modificaciones en rutinas y dinámicas familiares y sociales, han intensificado las violencias. Los cuidadores deben evaluar la presencia de tales situaciones.

Es importante destacar **la importancia que asume el trabajo de cuidado comunitario en el contexto de crisis sanitaria** como la que atravesamos en la actualidad: las demandas producidas en los barrios populares a las organizaciones territoriales por el aislamiento comunitario visibilizaron las desigualdades sociales, donde las infancias y las personas mayores son los grupos más vulnerables.

El cuidado que se desarrolla en los comedores, merenderos, centros educativos y de salud – y que es sostenido en su gran mayoría por mujeres - debe ser reconocido como trabajo esencial en el marco de las actividades de cuidado comunitario.

Resulta clave pensar posibles escenarios pospandemia que permitan **fortalecer el trabajo de las organizaciones y de las mujeres que allí se desempeñan**. Se trata de los aspectos susceptibles de ser abordados por la política pública que pueden tener efectos virtuosos en dos sentidos íntimamente relacionados: por un lado, una mejora sustantiva en la situación laboral de los cuidadores; por otro, una oferta de cuidado comunitario más robusta garantizada por la estabilidad laboral de quienes allí se desenvuelven y que profesionalicen la tarea (garantía y consolidación de derechos laborales). En otras palabras, **mejorar las condiciones de trabajo y de vida de quienes impulsan estas iniciativas de cuidado a nivel comunitario es una "puerta de entrada" estratégica para pensar un sistema de provisión de cuidado de mejor calidad, mayor prestación, mejor acceso**. (Sanchís, 2020).

¿Qué es el virus COVID-19?

Se llama COVID-19 (abreviatura de la enfermedad del nuevo coronavirus que surgió en 2019). Es causada por un virus que se descubrió a principios de enero en China y se identificó como miembro de la familia de los coronavirus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que el virus puede infectar a personas de todas las edades y que el riesgo de enfermar de manera grave aumenta gradualmente con la edad a partir de los 40 años, especialmente en el caso de las personas que ya sufren problemas de salud. Las personas que superan los 60 años, y dentro de estas, las más frágiles, son las que se encuentran con los riesgos más altos.

¿Cómo se transmite el virus?

El virus se transmite a través de las gotas que se propagan al hablar, toser o estornudar y pueden ser respiradas o infectar superficies u objetos contaminados que las personas tocan. La infección por gotas es el principal modo de transmisión. El virus ingresa al cuerpo humano a través de la boca, los ojos o la nariz. Esto puede suceder al respirar gotas infectadas o al tocar con las manos una superficie en la que las gotas han aterrizado, y luego tocarse la boca, los ojos o la nariz. Por lo tanto, el lavado de manos y el seguimiento de métodos adecuados al toser o estornudar (cubrirse la nariz y boca con la parte interior del codo al toser y estornudar), son efectivas e importantes para la prevención al igual que mantener el distanciamiento social establecido.

Principales cuidados contra el COVID-19 :

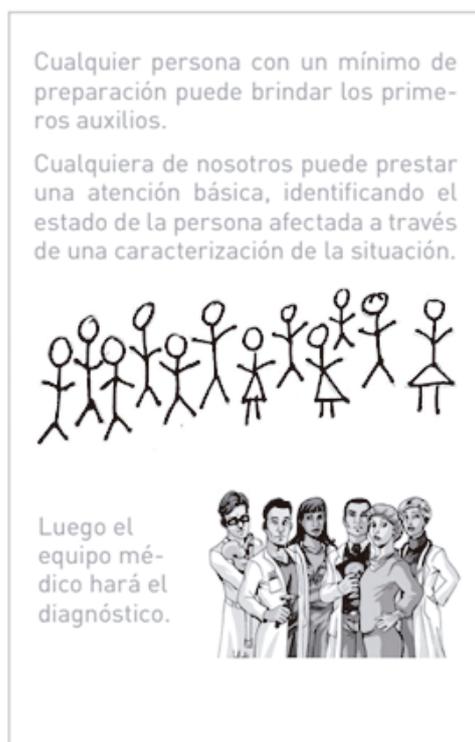
- Mantener la distancia de 2 metros, incluso al aire libre.
- Usar barbijo correctamente: cubriendo mentón, boca y nariz, incluso en lugares abiertos.
- Lavado de manos con agua y jabón.
- Ventilación cruzada de ambientes.
- Evitar reuniones en espacios cerrados.
- No compartir mate ni vajilla.

Para más información <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/cuidarnos>

7. Primeros auxilios y Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Primeros auxilios.

Los primeros auxilios son los cuidados básicos que se dan de manera inmediata a una persona que ha sufrido una urgencia, emergencia o enfermedad repentina. La persona que realiza el primer auxilio es un eslabón entre el accidentado y el equipo de salud.



Fuente: Camino Branca, S.; Creton, J. y otros. (S/F) Módulo VI: Primeros Auxilios y Medidas de Protección Personal para Agentes Comunitarios en Ambiente y Salud.

Muchas veces hay personas que prefieren no ayudar a un accidentado porque temen que su auxilio pueda causar algún un daño peor. Es cierto que si no se sabe cómo revisar a la persona no hay que hacerlo, pero sí hay algunas acciones, relacionadas con contener y comunicar, que no conlleva riesgo y que resultan fundamentales ante una emergencia (Camino Branca, S.; Creton, J. y otros S/F).

Es necesario aquí distinguir la tarea de los cuidadores de la tarea del profesional de enfermería.

¿Qué hacer ante un accidente, herida, enfermedad aguda?

- Siempre mantener la calma.
- No movilizar a la persona que está herida, ni si tiene dolor.
- Llamar cuanto antes a la emergencia.
- Tenga siempre a mano los teléfonos importantes.
- Mantenerse en el lugar hasta que llegue la ayuda solicitada.

Fuente: Camino Branca, S.; Creton, J. y otros. (S/F)

Heridas.

Las heridas son incidentes muy frecuentes en el hogar. Generalmente no presentan gravedad y rara vez comprometen la vida, aunque hay que evitar la contaminación y posterior infección.

En las personas mayores, tener pieles más frágiles, secas y menos elástica facilita la aparición de infecciones, si la desinfección es insuficiente. Su falta de lubricación las hace sensibles con el lavado exagerado. Los rasguños o heridas superficiales tienen una cicatrización más lenta por eso hay que lavarlos y agregar un desinfectante.

Para prevenir infecciones en la víctima y a su vez protegerse, lave bien sus manos con agua y jabón. Luego, lave la herida y alrededores con agua y jabón blanco, bajo la canilla.

1ra. MEDIDA: Si la herida presenta "hemorragia", para detener o disminuir el sangrado, debe aplicar una "compresa" o tela limpia haciendo presión.

2da. MEDIDA: Si la herida se encuentra en piernas o brazos, levante el miembro a un nivel superior al corazón, esto puede detener o reducir una hemorragia.

3ra. MEDIDA: Si el sangrado no se detiene, es conveniente colocar más compresas y realizar un vendaje. NO USAR torniquete.

Fuente: Manual de Primeros Auxilios y Prevención de Lesiones. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.

Quemaduras.

- Para aliviar el dolor coloque si es posible la zona afectada bajo el agua fría.
- Si hay ampollas no debe reventarlas.
- Procure que la persona tome mucho líquido.

Si las quemaduras son por exposición al sol puede colocar compresas de agua fría.

- Evite untar aceite o manteca.
- Evite presionar la herida.
- Si se está quemando la ropa utilice mantas pesadas para apagarlas.
- Siempre pida auxilio médico.

Si hay pérdida de conocimiento:

- No lo movilice.
- No intente darle agua.
- No le dé alcohol si se recupera.
- Coloque su cabeza sobre una almohada si está seguro que no hubo traumatismo. (Touceda y Rubin, 2010)

Reanimación Cardiopulmonar RCP en adultos.

La **Reanimación Cardiopulmonar (RCP)** es una maniobra de emergencia. Consiste en aplicar presión rítmica sobre el pecho de una persona que haya sufrido un paro cardiorrespiratorio para que el oxígeno pueda seguir llegando a sus órganos vitales.

Pasos a seguir:

1- Evaluar el estado de conciencia de la víctima.

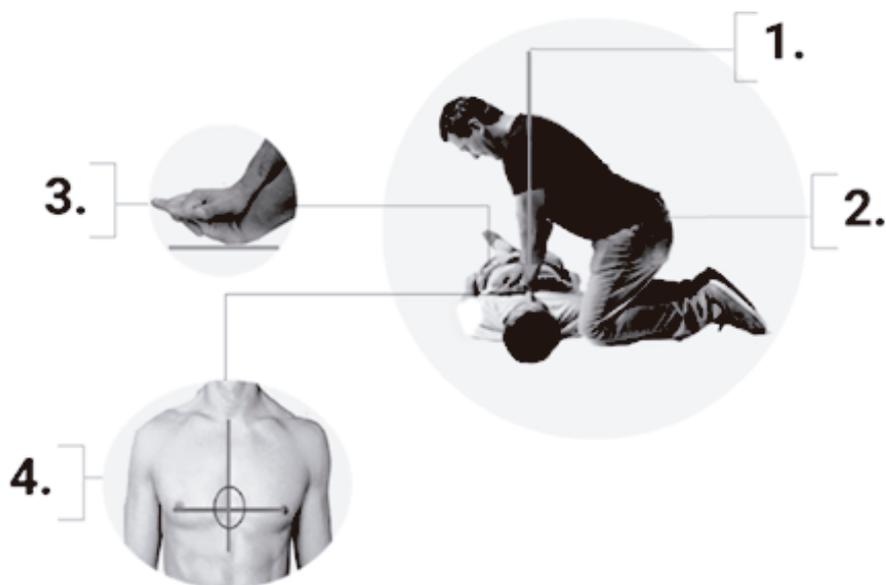
Movela suavemente de los hombros y preguntale en voz alta ¿Me escuchás? ¿Te sentís bien?

Si no responde, no respira, jadea o respira con dificultad, continuá con los siguientes pasos.

2- Llamar al número de emergencias o pedir a otra persona que lo haga. (107 – 911)

Averigua cuál es el número de emergencias médicas de tu localidad y tenelo siempre a mano.

3- Iniciá la maniobra de reanimación cardiopulmonar (RPC)



Fuente: RCP adultos: <https://www.argentina.gob.ar/salud/primerosauxilios/rcp/adulto>

1. Comprímí hacia abajo el tórax de la persona hasta hundirlo entre 5 a 6 cm.
2. Mantené siempre los brazos extendidos.
3. Apoyá el talón de una mano en el centro inferior del esternón. Colocá el talón de la otra mano sobre la primera y entrelaza tus dedos.
4. Zona donde se deben realizar las compresiones.

Realizá 30 compresiones ininterrumpidas.

Repetí 5 ciclos.

Tenés que hacer entre 100 y 120 compresiones por minuto.

Evaluá a la víctima y, si no hay recuperación, continuá con las compresiones.

4. Reevaluá el estado de la persona.

Si no recupera la conciencia continuá con las compresiones hasta que llegue el equipo de emergencias.

Si la persona recupera la conciencia, colócala de costado o posición de recuperación (lateral) hasta que llegue el equipo de emergencias.

Esta posición deja libre las vías respiratorias y evita una posible aspiración de vómito por parte de la víctima.

Cómo hacer las compresiones correctamente.

1. Arrodíllate al costado del tórax de la víctima (cualquier lado) y colocá el talón de una de tus manos sobre el centro del tórax, en el esternón.
2. Poné tu otra mano encima de la anterior, asegurándote de no tocar las costillas de la víctima con tus dedos (mantenerlos levantados y entrecruzados). Sólo el talón de la mano inferior apoya sobre el esternón.
3. Hacé avanzar tus hombros de manera que queden directamente encima del esternón de la víctima. Mantené tus brazos rectos y usá el peso de tu cuerpo para transmitir la presión sobre tus manos. El esternón de la persona atendida debe descender al menos 5 cm.
4. A continuación, liberá por completo la compresión sobre el esternón sin retirar las manos para permitir que el tórax vuelva a su posición de reposo y el corazón se llene con sangre.

Entre las compresiones, mantené el entrecruzamiento de las manos sin retirarlas del esternón. Las fases de compresión y relajación deben tener igual duración.

¿Cuándo hacer RCP?

En caso de paro cardíaco o de atragantamiento seguido de asfixia o pérdida de conocimiento.

Paro Cardíaco:

Señales de ataque cardíaco

- Sensación de opresión,
- Dolor del pecho PERSISTENTE que se extiende hacia los hombros, cuello, mandíbula y brazos.
- Malestar torácico acompañado de vahídos, desvanecimiento, sudoración, náuseas o falta de aire.

Si advertís uno o varios de ellos, buscá ayuda de inmediata.

Fuente: RCP adultos: <https://www.argentina.gob.ar/salud/primerosauxilios/rcp/adulto>



Bibliografía:

- Camino Branca, S.; Creton, J. y otros. (S/F) Staff Módulo VI: Primeros Auxilios y Medidas de Protección Personal para Agentes Comunitarios en Ambiente y Salud. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/10_modulo_vi_primeros_auxilios_y_medidas_de_proteccion_curso_de_enfermedades_vectoriales.pdf
- Declaración de Alma-Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Disponible en: https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm
- Etcheverry, L. (2019). **Manual de Cuidados Paliativos para Cuidadores. Cap 2. La comunicación Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.**
- Iacub, R. y otros: "Psicología de la Vejez" (cap. 15). Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Manual del Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/MANUALGERONTOLOGICOS.PDF>
- López, S. (2016). **De qué hablamos cuando decimos Medicina Social/Salud Colectiva: conceptos y categorías de análisis Problematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva. Libro de cátedra.2016. UNLP.**
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19". Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf
- **Plan Estratégico para la Vacunación Contra la COVID-19 en la República Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-12/Plan%20Estrategico%20Vacunacion%20COVID-19%20%28final%29.pdf>**
- RENAM (2016) Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor, organizado por la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN). Disponible en <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2019/10/Consenso-Nacional-Alimentacion-Adulto-Mayor-Capitulo-Nutricion.pdf>
- Reizels, R. (2010). "Nutrición". **Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo 2 Aprendiendo Estrategias para cuidar mejor Primera Parte. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Cuadernillo-2.pdf>**
- Sanchis, N. (2020). El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá. Asociación Lola Mora, Red de Género y Comercio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2020
- Touceda, M. y Rubin, R. (2010) "La salud y los cuidados geriátricos". En **Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo 2: aprendiendo estrategias para cuidar mejor. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Cuadernillo-2.pdf>**
- Manual de Primeros Auxilios y Prevención de Lesiones. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-primeros-auxilios>

MÓDULO 5

Psicología de la vejez.

Organización modular:

Este segundo módulo contará con seis puntos ordenadores

1. Psicología en las personas mayores.

2. La perspectiva de género como dimensión integral de los cuidados. Sexo, género, orientación sexual y sexualidad. Diversidad y cuidados. Cuando las desigualdades se traducen en violencias de género.

3. Representaciones sociales y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez. Violencias en las personas mayores.

4. Cambios Cognitivos.

5. Memoria.

6. Psicopatología en las personas mayores: Alzheimer, depresión en la vejez, ansiedad, hipocondría y otras demencias.



1. Psicología en las personas mayores.

La psicología es una de las bases de la gerontología que permite comprender una serie de cambios que se producen en la persona que envejece. En esta etapa vital de las personas influyen aspectos que intervienen en la psicología de las mismas. Los cambios físicos y sociales en esta etapa coexisten con transformaciones positivas y negativas, crecimientos y pérdidas, aspectos saludables y patológicos.

En cuanto al Envejecimiento a partir del Enfoque del Ciclo Vital, se destacan los siguientes ejes básicos:

a. El envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva.

No todos envejecen de la misma manera, el envejecer es una realidad de cualquier forma de vida y varía según las especies, las personas, las culturas y las etapas históricas, por lo cual hay tantas formas de envejecer como personas.

b. La reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento.

Tanto el desarrollo como el envejecimiento son procesos simultáneos y permanentes a lo largo de toda la vida, se conjugan beneficios y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones, surge la necesidad de darle un nuevo significado a estos procesos superadores de las miradas limitantes y unidimensionales.

c. Irrelevancia de la edad cronológica.

Los problemas relacionados con la vejez no empiezan en una edad o una época determinada, sino cuando se comienza a etiquetar a las personas con la siguiente frase: "ya está demasiado grande", o como "ese pobre viejito", entre otras expresiones que van desde el menosprecio hasta la lástima. Estas etiquetas forman parte de un modelo de pensamiento que pone énfasis en los eventuales déficits (pérdidas) de las personas mayores, por eso se le llama modelo deficitario, para muchos autores este modelo es erróneo desde el punto de vista científico y nocivo para las personas mayores.

d. Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad.

La **multidimensionalidad** da cuenta que existen diferentes factores y sistemas se conjugan en cada tramo de la vida humana. No hay una sola dimensión que determine los cambios de la existencia, van a existir múltiples dimensiones: lo biológico, lo cultural, lo social, las experiencias personales, las relaciones familiares, etc.

La **multidireccionalidad** hace referencia a que dichos factores interactúan en distintas direcciones en la construcción de la vida de cada persona. Cada vida individual implica, al mismo tiempo, **plasticidad**, es decir la capacidad de adaptarse, en procesos de continuidad y **discontinuidad**: algunos aspectos se mantienen, a la vez que otros desaparecen y surgen nuevos.

e. Selectividad, optimización y compensación - SOC.

Desde la perspectiva de una psicología positiva el ciclo de la vida implica **Selectividad, Optimización, y Compensación (SOC)**. En el modelo SOC, la selectividad equivale a darse cuenta de oportunidades y restricciones específicas en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social e individual), y actuar en consecuencia, puede ser diseñando en forma intencional metas alcanzables, o cambiando metas y acomodándose a pautas distintas.

A medida que vivimos debemos optimizar los recursos disponibles. La **optimización** significa identificar en los procesos generales de medios para el logro de metas relevantes. La **compensación**: posibilidad de regular las pérdidas en los medios (capacidades o recursos), diseñando alternativas para superar las pérdidas sin necesidad de cambiar las metas.

f. Importancia del contexto y de la historia.

En el ciclo vital influyen experiencias personales, las variables históricas y sociales, pero además influyen los siguientes factores:

- Expectativas sociales relacionadas con la edad
- Influencias históricas
- Acontecimientos personales únicos

A los dos primeros tipos de influencia se les considera influencias normativas ya que inciden en la conformación de una identidad social, en términos de pertenencia a una sociedad. Al tercer tipo se la considera influencias no normativas dado que son de carácter individual e inciden igualmente en el ciclo vital de la persona. Todas las influencias, interactúan entre si y pueden variar en el tiempo (Iacub, R. y otros, S/F).

2. La perspectiva de género como dimensión integral de los cuidados. Sexo, género, orientación sexual y sexualidad.

Diversidad y cuidados. Cuando las desigualdades se traducen en violencias de género.

Para abordar el cuidado de las personas mayores desde una **mirada inclusiva e integral** debemos considerar que no existe una sola forma de envejecer. Los procesos de envejecimiento se encuentran atravesados por contextos sociales, económicos y políticos diversos. Es decir, existen diferentes formas de envejecer, distintas "vejezes", que están influenciadas por las condiciones materiales y las trayectorias de vida de las personas.

Cuando hablamos de la importancia de abordar los cuidados desde una **perspectiva de género** nos referimos a las relaciones de poder que se desarrollan entre las personas basadas en las diferencias según el género autopercebido. Cuando se interpretan las diferencias de género como diferencias biológicas y se perciben las desigualdades sociales como naturales, sin dar lugar a cuestionar la construcción social que hay detrás de determinados prejuicios, hablamos de **relaciones desiguales de poder**, las cuales sin dudas afectan las condiciones de vida de las personas, tanto de quienes cuidan como de quienes son cuidadas.

Sistema patriarcal

Refiere a las formas en las que se producen y reproducen situaciones en las que los varones tiene más poder y privilegios sobre los cuerpos de las mujeres, así como otras identidades feminizadas y todos los demás cuerpos que no corresponden con los atributos de varón (blanco, heterosexual y con buena posición económica).

Identidades feminizadas

Así como tener pene no indica ser varón, tener vulva no indica ser mujer. Nos referimos a aquellas identidades que se autoperciben feminizadas. No hay una forma preestablecida de deber ser femenino o masculino, por eso también se trata de romper con los estereotipos que asocian en la genitalidad un género determinado.

En una sociedad como la nuestra donde prima un **sistema patriarcal**, las mujeres e **identidades feminizadas** son las más afectadas ante los privilegios de los que gozan los **varones cis**. Por ejemplo, generalmente las tareas de cuidado en los hogares y en la comunidad no son remuneradas ni reconocidas como trabajo y su distribución recae principalmente sobre las mujeres e identidades feminizadas, mientras el mandato cultural es que los varones cis trabajen de forma remunerada fuera de los hogares y dispongan de una asignación de tiempo inferior (o nula) de tareas de cuidado.

Cuando se produce (y reproduce socialmente) esta situación hablamos de una **feminización del cuidado por partida doble**: por un lado, las mujeres por su mayor expectativa de vida son quienes más necesitan de cuidados en su vejez y, por otro lado, también son las mujeres e identidades feminizadas (de todas las edades) las que brindan cuidados de manera tanto formal como informal.

Desde el **feminismo popular**, se elabora una mirada crítica sobre esta realidad, recogiendo en experiencias concretas en las barriadas y en distintos ámbitos comunitarios, las luchas y reivindicaciones por justicia social con equidad de género. Se considera fundamental generar una redistribución de las tareas domésticas y de cuidado más equitativa de manera tal que las mujeres e identidades feminizadas puedan tener derecho a planificar su tiempo en función de sus deseos personales, sean estos el de trabajar de forma remunerada por fuera del hogar, estudiar y/o tener tiempo de ocio.

Comprender que la organización de las prácticas del cuidado son construcciones socioculturales, nos permitirá reconocer las relaciones de poder, así como los privilegios de los que gozan algunos sectores sociales y también desarrollar las herramientas para transformar esta realidad.

En este sentido, para llevar adelante una práctica del cuidado respetuosa, inclusiva e integrante, amerita la observación crítica de las normas y mandatos que tenemos naturalizados sobre las identidades autopercibidas de las personas.

Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género.

Sancionada en el 2012, establece de forma obligatoria el reconocimiento a la identidad de género y el libre desarrollo de la persona. "Es el resultado de la histórica lucha de organizaciones y activistas travestis y trans. Garantiza a toda persona el reconocimiento de su identidad de género autopercibida a través de un trámite administrativo y el acceso a la salud integral de acuerdo con su expresión de género, sin someterla a ningún diagnóstico y/o peritaje médico, psicológico y/o psiquiátrico; incluyendo el acceso a modificaciones corporales, siempre que sea expresamente solicitado por la persona y sobre la sola base del consentimiento informado" (SES-INADI, 2021).

A modo de esclarecer y visibilizar la diversidad de expresiones identitarias, podemos hacernos las siguientes preguntas: **¿De qué hablamos cuando hablamos de Género, Sexo, Orientación sexual y Sexualidad?**

El concepto de **género** es una construcción histórica, social y política. Cuando hablamos de género nos referimos a las normas, roles y formas de relacionarnos que socialmente se espera de las personas, es decir, los mandatos sociales que pueden o no corresponder a una asignación sexual hegemónica (hombre/mujer) o a otro tipo de asignación no hegemónica.

Es importante destacar que la **identidad de género** de cada persona no se define de forma binaria (varón o mujer) por las características biológicas al nacer, sino por cómo cada persona vive y siente.

El **sexo** por su parte, remite a las características fisiológicas con las que nacemos. Pero estas características no definen nuestra orientación sexual ni nuestra forma de vivir la sexualidad.

Cuando hablamos de **orientación sexual** nos referimos a la atracción física, erótica, emocional y afectiva que sentimos hacia otra persona.

La **sexualidad** constituye un aspecto central de las personas a lo largo de la vida y abarca el erotismo, el placer y la intimidad que experimentamos.

De acuerdo a lo expuesto en el párrafo anterior, podemos afirmar también que la sexualidad no tiene límite de edad para su expresión. Desde el nacimiento hasta la muerte nos acompaña y, por supuesto, está presente durante la vejez.

Algunas investigaciones sobre la sexualidad en el envejecimiento coinciden en inferir sobre lo siguiente:

- El envejecimiento puede enlentecer la respuesta sexual humana, pero no terminar con ella.
- Mientras exista un buen estado de salud general los deseos sexuales y la búsqueda de satisfacción continúa hasta estadios de edad muy avanzados.
- Las posibilidades de la manifestación de la sexualidad de las personas mayores estarán directamente relacionadas con la actitud que haya tenido la persona con la sexualidad a lo largo de toda su vida.

Estamos muy lejos como seres vivientes, pensantes y sintientes de poder encasillarnos en roles y estereotipos binarios impuestos socialmente. Como hemos visto, abordar los cuidados con perspectiva de género, nos sitúa como cuidadoras y cuidadores ante la posibilidad de brindar una atención integral y respetuosa de la identidad y los derechos de cada persona. Así, la labor de cuidados:



"requiere el despliegue de una escucha activa, atenta y respetuosa, que habilite una relación de confianza. Esto hace posible brindar un acompañamiento que contemple las expectativas y necesidades de las personas y que no interfiera de manera coactiva en sus elecciones (...) se brinde información y acompañamiento sin juzgar las formas de vivir, las identidades, expresiones de género, orientaciones y prácticas sexuales" (SES-INADI, 2021).

Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI).

Promulgada en el 2006, promueve la educación para una sexualidad responsable con perspectiva de género y diversidad sexual. Fomenta el respeto a todas las personas sin diferenciar género, sexo o sexualidad. Así como a brindar información sobre salud sexual y reproductiva y a la prevención de situaciones de abuso, acoso o discriminación.

Diversidades y cuidados.

Para ampliar se sugiere la lectura del documento sobre "Diversidad y Cuidados" elaborado por la Secretaría de Economía Social del MDSN y el INADI, el cual desarrolla la diversidad de problemáticas que abarcan los procesos de envejecimiento en personas LGBTIQ+.

Así como entendemos que puede haber tantas personas como identidades y expresiones de género, en este apartado nos proponemos visibilizar sobre las personas mayores que no se identifican con los géneros binarios dominantes y/o hegemónicos. El desafío que tenemos por delante es el de cimentar nuevos paradigmas del cuidado desde una mirada integral e integrante priorizando el respeto por las particularidades, así como indagar en los estereotipos y esquemas culturales que nos han enseñado desde nuestras infancias y a lo largo de nuestras vidas, con el fin de transformarlos y volcarlos a las prácticas del cuidado.

Los prejuicios referidos a la vejez condicionan y limitan la mirada acerca de las personas mayores y, por tanto, la manera particular de relacionarnos con ellas. Situándonos desde la realidad de las personas mayores trans podemos dar cuenta que:



“conllevan una suma de problemáticas que se adhieren a las que ya de por sí padecen las personas mayores: encontrarse sin red de contención social ni familiar y por ende sin cuidados y las dificultades en el acceso a la salud y los medicamentos son los principales problemas que afrontan, especialmente quienes portan patologías crónicas y factores de riesgo”

(Documento Diversidad y Cuidados. SES-INADI, 2021)

A la estigmatización, patologización de la vejez y exclusión generales se suma una “histórica precarización” que deriva en un “desigual acceso a la vejez como etapa de la vida”. El promedio de vida de una mujer trans, por ejemplo, se estima en los 35 años.

Frente a este dato cabe preguntarnos: ¿cuándo ingresan las personas travestis y trans a la vejez? ¿Cómo son cuidados las personas mayores que no responden a identidades de género no normativas o no hegemónicas? ¿Qué herramientas e instrumentos tenemos a nuestro alcance para disponer de una atención de cuidados integral que contemple todas las vejezes? ¿Cómo podemos desde las prácticas del cuidado fortalecer las redes de contención y protección social?

En principio y como punto de partida, uno de los objetivos de este módulo es visibilizar sobre la diversidad de formas que las personas tienen para expresar cómo se sienten y perciben a sí mismas y al mundo que las (nos) rodea. En este sentido, el rol que ocupan los cuidadores se encuentra siempre atravesado por la relación interpersonal con la persona mayor a cargo, considerando sobre todo las situaciones de vulnerabilidad respecto al acceso a derechos básicos, como el de identidad de género, acceso a la salud, al trabajo y una vida digna.

Cuando las desigualdades se traducen en violencias de género.

Así como sabemos que las tareas de cuidado quedan mayormente a cargo de las mujeres e identidades feminizadas, y esto denota una relación asimétrica de poder, es también importante identificar las violencias cuando se encuentran atravesadas por el género bajo circunstancias específicas. Si bien las violencias hacia las mujeres es violencia de género, cabe aclarar que ésta implica una noción más amplia: su acción también se encuentra direccionada hacia personas con orientaciones sexuales o identidades de género no hegemónicas.

Este tipo de violencia no es un asunto de la esfera privada en la vida de las personas, es política de Estado y es una violación a los Derechos Humanos. Asimismo, trasciende grupos sociales, religiosos, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación. Entre las más frecuentes podemos identificar los siguientes tipos:

- **Física:** La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato/ agresión que afecte su integridad física (empujones, puñetazos, golpes, quemaduras).

• **Psicológica:** La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento y cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

• **Sexual:** Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso carnal, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres. La violación en el matrimonio/ relación de pareja, ha sido un tema muy difícil de aceptar, ya que hemos creído mucho tiempo en las “obligaciones matrimoniales” que se refieren a la obligación de mantener relaciones sexuales con la pareja como parte de la convivencia de acuerdo a la ley. Hoy reconocemos la libertad de decisión de las mujeres sobre su vida sexual.

• **Económica:** La que se dirige a ocasionar un daño en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer a través de:

- La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- El control sobre los ingresos de la mujer. Recibir un salario más bajo que los varones por igual tarea.

• **Simbólica:** La que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Un ejemplo de este tipo de violencia es la que se observa en las publicidades de artículos de limpieza, de autos, etc.

Las situaciones de abuso y maltrato son aprendidas y se reproducen de generación en generación, por tal motivo es muy importante trabajar en la prevención, en la difusión y en campañas de promoción del buen trato hacia las personas mayores, con todos los grupos etarios desde las niñeces, jóvenes, adultes y personas mayores (Armengol y Perucha, S/F).

Ley Nacional 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”

Sancionada en Argentina en marzo del 2009, se define como toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal.

Ley Nacional 27.499 "Micaela García"⁽⁷⁾

Promulgada en enero de 2019, su artículo 1 establece "la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres, para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías" con el fin de sensibilizar sobre la violencia de género y al mismo tiempo comprometer al Estado en la transmisión de herramientas y deconstrucción de sentidos comunes.

3. Representaciones sociales y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez. Violencias en las personas mayores.

Las representaciones sociales son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que contribuye a la construcción de la realidad social. Sirven como marco de percepción en la interpretación de la realidad y muchas veces, guían las prácticas que realizan los actores sociales.

Se entiende por representaciones sociales: un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales (Moscovici, 1961). En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; es lo que en el acervo social llamamos "sentido común".

El envejecimiento es un proceso que todas las personas mundialmente transitan, pero las creencias y estereotipos sobre cómo las personas mayores envejecen se instalan en la sociedad como prejuicios. Los prejuicios son juicios y opiniones sobre algo o alguien y tienen un carácter negativo porque son ideas que se basan en la falta de conocimiento o de poca información, estas ideas son falsas y difíciles de superar para quien las porta.

Es importante reflexionar sobre los prejuicios o mitos que las personas y las sociedades tienen sobre los procesos de envejecimiento para poder modificarlos. Los prejuicios referidos a la vejez condicionan y limitan la mirada acerca de las personas mayores y, por tanto, la manera particular de relacionarnos con ellas. La imagen social del envejecimiento derivada de los prejuicios negativos influye en la vida de las personas.

A continuación, compartimos un cuadro comparativo. En una primera columna nos encontramos ante los prejuicios habituales acerca de la vejez y en la segunda columna algunos datos de la realidad que nos invitan a reflexionar sobre los preconceptos, prejuicios o juicios de valor que cotidianamente reproducen y legitiman a través de estereotipos.

PREJUICIO

La vejez como etapa de pasividad.

Las personas mayores ya están viejas para trabajar, cansadas para realizar nuevas actividades. Les gusta vivir aisladas y no tienen vida social.

PARA REFLEXIONAR

No debemos caer en la generalidad de considerar que todas las personas mayores, por su sola condición de edad, son socialmente pasivas. Al momento de vincularnos con una persona mayor será necesario indagar acerca de sus intereses, deseos, potencialidades y necesidades; teniendo siempre presente que, como cada una de nosotres, son sujetos de derecho.

(7) Se encuentra disponible para su lectura la "Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19". Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf.

PREJUICIO	PARA REFLEXIONAR
<p>La vejez como sinónimo de enfermedad. Todas las enfermedades que aparecen en esta etapa son crónicas, todos los problemas que padecen son orgánicos, etc.</p>	<p>Este prejuicio suele estar reforzado por la mirada biologicista del envejecimiento, especialmente por parte de los profesionales de la salud, basada en la enfermedad. Es importante comprender que las personas atravesamos durante toda la vida la prevalencia de determinadas enfermedades de acuerdo a la etapa de la vida en que nos encontramos, sumado a las condiciones individuales.</p>
<p>La gran parte de las personas mayores vive en residencias de larga estadía porque ya no pueden vivir solas, etc.</p>	<p>Es importante conocer que, según el Censo 2010, en Argentina sólo el 1,34% de la población mayor se encuentra institucionalizada.</p>

Para desterrar estos prejuicios, hay que tener presente, en primer lugar, que el proceso de envejecimiento no es único ni idéntico, sino que varía de persona a persona. Por ello, el desafío que deben asumir los cuidadores, será el de desandar sobre viejos preceptos relativos a la vejez, en pos de derribar prejuicios arraigados relacionados con la edad o con el género y facilitar el vínculo con las personas mayores para mejorar su calidad de vida (Nadal y Rodríguez Parodi, S/F).

Violencia hacia las personas mayores.

Las situaciones de violencia, abuso y maltrato hacia las personas mayores particularmente es una realidad escasamente visibilizada, pocas veces detectada o denunciada por las propias personas mayores u otras personas próximas a su entorno. Las personas mayores víctimas de violencia temen denunciar a sus familias o instituciones por vergüenza y por miedo a ser abandonadas.

Es importante la conformación de redes sociales que acompañen e incluyan a la persona mayor, previniendo el aislamiento y la exposición de las mismas a situaciones de discriminación, abuso y maltrato. Así como también fomentar espacios de participación e inclusión social en un ambiente de igualdad que permita compartir con otros, a los fines de potenciar sus capacidades y fortalecer su autoestima. También son imprescindibles estas mismas redes a la hora de articular recursos locales para el abordaje y restitución del derecho vulnerado.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada en Argentina por la Ley 27.360 en el artículo 9 se expone el Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia:

“La persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socio-económica, discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición” (Ley 27.360).

Las personas capacitadas para el cuidado cumplen con un rol fundamental en sus ámbitos de intervención al prevenir y reconocer las violencias, maltratos o abusos ejercidos hacia las personas mayores.

La violencia es una temática que nos atraviesa a todes, no solo como una cuestión personal, sino que está presente en lo cotidiano y en las diferentes esferas de nuestras vidas.

Observar el comportamiento de la persona mayor y de su entorno es importante ya que nos puede dar pautas para identificar algunos signos que signifiquen situaciones de maltrato.

Los diferentes tipos de maltrato más frecuentes en las personas mayores son:

Maltrato psicológico/ emocional: las manifestaciones más comunes de este tipo de violencia son las burlas, descalificaciones permanentes, insultos, celos, competencia, aislamiento de sus relaciones sociales, control y manejo de sus emociones, control y manejo del dinero o su ocultamiento por parte del agresor, manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones, entre otros. Este tipo de violencia produce en las personas mayores síntomas de enfermedad mental, trastornos físicos, miedo, inseguridad, intento de suicidio entre otros.

Maltrato físico: este tipo de violencia implica el uso de la fuerza física. Algunas de estas acciones son: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos, tirones de pelos, cachetadas, entre otros. Algunas de sus consecuencias son: hospitalización, problemas de salud física-mental, homicidios, suicidios o accidentes extremos.

Maltrato económico/patrimonial: este tipo de violencia es utilizada para ejercer control sobre la persona haciéndola dependiente. Implica impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico y de todos los recursos materiales. Son también actos de maltrato y de violencia el que la persona tenga que dar explicaciones cada vez que necesita dinero, que le den menos dinero del necesario a pesar de tenerlo, que le nieguen dinero para gastos que para la persona mayor es importante, que dispongan del dinero de su jubilación, entre otros.

Abuso sexual: este tipo de maltrato implica cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. Se ejerce a través de descalificaciones de su capacidad sexual, obligar a tener relaciones sexuales contra su voluntad, obligará presenciar o protagonizar actos perversos, entre otros.

Las situaciones de abuso y maltrato son aprendidas y se reproducen de generación en generación, por tal motivo es muy importante trabajar en la prevención, en la difusión y en campañas de promoción del **buen trato hacia las personas mayores**, con todos los grupos etarios desde niños, jóvenes, adultos y personas mayores ⁽⁸⁾ (Armengol, S. y Perucha, M. S/F).

(8) Armengol, S. y Perucha, M. (S/F) Violencias: Abusos y Maltrato en las personas mayores. Cap.13 Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Manual del Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://registrocd.senaf.gob.ar/Terminos/MANUALGERONTOLOGICOS.PDF>

4. Cambios Cognitivos.

■ ¿Qué es la cognición?

Se llama cognición al conjunto de habilidades psicológicas que dan cuenta de toda la vida mental. Es a través de la cognición que procesamos información proveniente tanto del medio interno como del externo. Incluye desde las funciones más básicas como atención, percepción y memoria, hasta funciones más complejas como razonamiento, juicio, toma de decisiones, lenguaje, planificación y organización de la conducta, regulación emocional y social. La cognición es inseparable de nuestras emociones y de nuestros estados afectivos, por eso se altera cuando estamos tristes o ansiosos (en ocasión de duelos, situaciones de estrés laboral, etc.). (Badalucco, P. Pedeuboy, P. y otros 2010)

El **deterioro cognitivo** se manifiesta tanto en el envejecimiento normal como en el patológico de las personas. La declinación cognitiva de las personas mayores tiene como mecanismos principales, la disminución en la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones particulares en la memoria, cambios en la atención y cambios en las funciones sensoriales que impactan en el funcionamiento cognitivo en su conjunto.

Estas manifestaciones no significan un deterioro de las personas, simplemente se observará que las tareas cotidianas que realizan requerirán de más tiempo. Estos cambios cognitivos no alteran su autonomía.

Contar con estos conocimientos le permitirá a los cuidadores rechazar el prejuicio extendido de que el deterioro intelectual es la evolución inexorable de los años, e identificar toda situación atípica para realizar la consulta profesional tempranamente, y así dar lugar a intervenciones oportunas y adecuadas.

5. Memoria.

■ ¿Qué es la memoria?

La memoria es la capacidad humana de aprovechar la experiencia individual y social a través del aprendizaje. Consta de tres procesos: incorporación de información, su almacenamiento, y su posterior utilización que llamamos evocación o recuperación.

La memoria permite reconocer en el tiempo presente nuestro pasado, nuestra historia, y a la vez pensar en un futuro como continuidad de esa historia permitiendo dar forma a nuestra identidad.

La mayoría de las personas no sufrirá problemas importantes de memoria antes de los 80 años. Algunos cambios aparecen a partir de los 50 años: por ejemplo, mayor dificultad para encontrar palabras o nombres de personas conocidas o personajes famosos. A este fenómeno se lo llama "tener la palabra en la punta de la lengua" o "anomia"; lo que sucede es una dificultad en el proceso de recuperación, pero la persona sabe quién es el actor o qué palabra quiere decir y busca un sinónimo o al rato la recuerda espontáneamente.

Hay mayor lentitud para resolver situaciones complejas.

Con respecto a este tema, podemos pensar en dos grupos de personas:

- Personas mayores sin enfermedades importantes (sistémicas o neurológicas) y con muy poca declinación cognitiva a lo largo de todo el ciclo vital. Es lo que algunos autores llaman “envejecimiento cognitivo exitoso”, conformado por un grupo pequeño de la población.
- Otro grupo, mucho más frecuente de encontrar, es el de las personas que tienen condiciones de salud de tipo crónica, tales como hipertensión arterial, alteraciones coronarias, diabetes, entre otras. Estas personas pueden tener declinación en su cognición no sólo por los cambios normales sino por el efecto de estas condiciones médicas crónicas, o por los fármacos que toman. Integran el grupo de lo que algunos autores llaman “envejecimiento típicamente normal o habitual” (Badaluco, P. Peduboy, P. y otros 2010)

Envejecimiento cognitivo normal y con patología.

Si bien el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer en su inicio muy temprano comparten el fenómeno del olvido, la pérdida de memoria es cuantitativa y cualitativamente diferente en ambos casos. Podemos hablar de un envejecimiento cognitivo normal y un envejecimiento cognitivo con patología.

¿Cómo podemos diferenciar los cambios normales de los patológicos?

A veces se torna difícil, porque el inicio de los cambios en ambos casos es sutil, pero con el correr del tiempo los cambios patológicos se agravan y se agregan dificultades en otras habilidades cognitivas.

Conocer la forma en que se altera la cognición con el envejecimiento y en las enfermedades como la demencia tipo Alzheimer nos permitirá:

- Disminuir las consecuencias de los aspectos más dificultosos de los cambios normales utilizando diversos mecanismos de ayuda (agendas, refuerzos en el aprendizaje, etc.).
- Identificar signos de alarma que lleven a la consulta inmediata evitando suponer que “son cosas de la edad”

Pérdida de memoria (envejecimiento cognitivo).

Manifestaciones esperables en el envejecimiento típicamente normal.

- La persona olvida parte de situaciones o eventos, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista, o aparecen espontáneamente más tarde.
- Las quejas de memoria muchas veces corresponden más a rasgos ansiosos o depresivos que a fallas de memoria propiamente dichas.
- Disminución de la capacidad de recuperar información almacenada en la memoria (los recuerdos están, aunque cuesta evocarlos en forma espontánea; si se le da la primera sílaba de la palabra, o información del contexto del evento olvidado, la persona recupera el dato olvidado).
- Dificultades atencionales y de organización de la información que producen fallas en el registro de información nueva en la memoria, con la consiguiente dificultad para su evocación posterior.
- Enlentecimiento en la velocidad de tratamiento de la información (procesamiento cognitivo) y en el aprendizaje de nueva información.
- Disminución en la capacidad de atención dividida (hacer dos tareas casi simultáneamente).
- Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiada (mayor destructibilidad).

- Mayor dificultad en la flexibilidad mental y abstracción.
- Hay una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria, aunque las mismas no provoquen impacto en ámbitos sociales, familiares y laborales.
- Las dificultades son relativamente estables en el tiempo.
- No hay episodios de desorientación espacial o temporal.
- No aparecen trastornos de la conducta.

Fuente: (Badalucco, Pedebuy y otros, 2010)

6. Psicopatología en las personas mayores: Alzheimer, depresión en la vejez, ansiedad, hipocondría y otras demencias.

Psicopatología en las personas mayores.

Alzheimer.

Si bien el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer en su inicio muy temprano comparten el fenómeno del olvido, la pérdida de memoria es cuantitativa y cualitativamente diferente en ambos casos.

El **Alzheimer** es una enfermedad neuropsiquiátrica progresiva e irreversible con repercusión importante en quien la padece y sus familias.

Les cuidadores de personas mayores con Alzheimer tienen que considerar:

- Mantener la comunicación (verbal o no verbal): la comunicación se puede dificultar según los momentos que la persona transita su enfermedad, por lo cual es relevante implementar estrategias comunicativas.
- Entorno físico: A medida que avanza la enfermedad es necesario tener en cuenta el entorno de la persona, puede resultar que requiere algunas modificaciones, pero sin cambios drásticos que puedan confundirle hasta el punto de que el medio deje de resultarles familiar.
- Aumentar la comodidad e independencia.
- Facilitar la realización de las actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, baño, alimentación, etc.).
- Aumentar la seguridad y prevenir accidentes (caídas, intoxicación, etc.).
- Autonomía: a medida que la enfermedad progresa, las personas pueden perder la capacidad para las actividades diarias (aseo personal, vestido, alimentación) y requieren de más orientación, se sugiere utilizar carteles que orienten a la persona con imágenes o dibujos (ej. en armarios). La "pre-tarea" en las actividades es importante, los cuidadores tienen que explicar qué se va a hacer y cómo secuencialmente (ej. la ropa puede presentarse por orden de colocación).
- Implementar actividades sociales (actividades recreativas, paseos y caminatas).

La Depresión.

La depresión es la patología psíquica más común en la vejez. Se trata de un trastorno del estado de ánimo, una manifestación que expresa el dolor psíquico. Se relaciona con el sufrimiento y el aislamiento social, y aumenta el riesgo suicida y las probabilidades de padecer enfermedades y de morir.

Debido a las miradas prejuiciosas sobre la vejez, que hacen que la depresión sea vista como algo común y habitual, esta enfermedad no suele ser diagnosticada, o, si es que se la trata, los tratamientos pueden no ser adecuados.

Muchas veces aparecen formas de depresión que están veladas por lo que se llaman las quejas sobre el cuerpo, o somáticas, o se dan junto con otras enfermedades orgánicas que hacen difícil su detección.

NO CONFUNDIR DEPRESIÓN CON DEMENCIA

Síntomas de la depresión:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. La persona se siente triste, vacía. Puede llorar o sentir ganas de hacerlo, aunque también puede presentarse un carácter irritable.
- Disminución importante del interés o de la capacidad de sentir placer. Esto sucede durante casi todo el tiempo, en todas o casi todas las tareas, manifestado por la persona misma, o por terceros que la observan.
- Trastornos en el apetito. Puede darse que tenga mucho o poco apetito y se manifiesta de manera constante.
- Insomnio o hipersomnias. Exceso de sueño o falta de él.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor, que van más allá de la sensación de sentirse agitado o enlentecido.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. Puede darse sin que haga esfuerzo alguno.
- Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos. La persona se siente inservible. Muchas veces es exagerada y/o delirante.
- Disminución en la capacidad para concentrarse, pensar o decidir.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Fuente: (Badalucco, P. Pedeuboy, P. y otros 2010)

Les cuidadores de personas mayores con depresión deben considerar:

- Mantener la comunicación (verbal o no verbal)
- Conocer la red de apoyo social de la persona (promover los vínculos y nuevas redes en caso de carencias afectivas de las personas).
- Advertir cambios de estados de ánimo y conductas de la persona. (consultar a profesionales a cargo). Proponer actividades de interés y gusto (una característica de la persona deprimida es la pérdida de interés y emoción en la realización de las actividades y pasatiempos habituales).
- Advertir cambios en el apetito de la persona (informar a profesionales).

La ansiedad en la vejez.

La ansiedad es una reacción emocional, una actitud que anticipa la presencia de un peligro inminente. El peligro que se espera es desconocido y es por ello que se desencadena este sentimiento.

Indica aprensión, tensión y desasosiego como consecuencia de la anticipación de peligro de origen interno o externo y las personas ponen en marcha mecanismos conductuales y cognitivos con el objetivo de evitar tener que enfrentarse a una situación peligrosa.

La incertidumbre que produce el envejecimiento conlleva un riesgo potencial a nivel de la ansiedad. Ciertos factores contribuyen a esta emergencia:

1- La personalidad: la personalidad ansiosa es un factor favorable a las descompensaciones, especialmente en las situaciones de estrés. La historia individual, la experiencia acumulada, los modos de reacción anterior juegan un considerable papel.

2- La afectividad: el estado del humor determina el grado de resistencia a la fragilidad psicológica.

3- El funcionamiento intelectual: las limitaciones intelectuales son factores que predisponen a la ansiedad, por la vulnerabilidad que produce la restricción de recursos para comprender situaciones nuevas.

4- La vida de relación: la vejez puede acarrear un aislamiento progresivo por la pérdida de la pareja y de amigos. Estas carencias afectivas pueden producir ansiedad debido a la falta de recursos seguros con los que cuente el sujeto.

5- La percepción del cuerpo: las pérdidas de eficacia y de control del propio cuerpo pueden producir una pérdida de seguridad y una serie de limitaciones en las actividades, que pueden llevar a incrementar los montos de ansiedad.

6- La enfermedad física: encontrarse enfermo, discapacitado o accidentado produce un sentimiento de vulnerabilidad y angustia. También es importante destacar que la ansiedad puede ser un síntoma de numerosas enfermedades físicas (cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neurológicas y por medicamentos).

7- La vida social: el corte con la vida social, la perspectiva de discapacitarse, las miradas prejuiciosas sobre la vejez llevan a que la imagen de sí se ponga en duda y se vea de un modo negativo. Particularmente la entrada en una institución geriátrica u otros hechos que arrebatan el sentido del control personal pueden ser altamente ansiógenos.

Fuente: (Badalucco, P. Peduboy, P. y otros 2010)

La hipocondría.

El problema hipocondríaco que se observa en las personas se manifiesta generalmente después de los 50 años. Quien la padece está convencido que está, o tiene posibilidades de estar, afectado por una o varias enfermedades y expresa quejas múltiples.

El síntoma más recurrente es dolor, no obstante, son muy habituales las quejas respecto del funcionamiento intestinal y cardiorrespiratorio

La persona se muestra dependiente y tiránica, sus innumerables quejas son acompañadas de actitudes defensivas hacia los próximos como la indiferencia, la agresividad o el abandono.

La hipocondría tiene una alta función adaptativa, ya que permite desplazar la ansiedad hacia una enfermedad imaginaria que pareciera darle un papel más aceptable socialmente.



Síndrome Confusional Agudo (SCA).

El SCA es un trastorno cognitivo de comienzo brusco, que se debe a patologías clínicas, neurológicas o tóxicas agudas tratables, por lo que el cuadro es reversible.

El síndrome confusional agudo no es una demencia, aunque comparte similitudes en la presentación de los síntomas con las demencias. Se estima que alrededor del 30% de las personas que padecen enfermedades agudas en salas de medicina de un hospital general sufren un cierto grado de confusión en algún momento de su evolución.

El inicio es relativamente rápido y el curso presenta fluctuaciones típicas. La duración suele ser breve. La evolución tiende a la curación sin secuelas, aunque la evolución hacia la muerte o la demencia no es infrecuente.

También, las infecciones suelen desencadenar confusión en las personas mayores, especialmente las infecciones respiratorias y urinarias. Además, la confusión es una de las manifestaciones de la sepsis⁽⁹⁾.

Los trastornos hidroelectrolíticos (deshidratación, acidosis, hipocalcemia, etc.), tan frecuentes en pacientes de esta edad, comienzan muchas veces sus síntomas con confusión.

Otras causas son: la insuficiencia respiratoria (hipoxia), renal (acidosis), hepática, y cardíaca, la diabetes descompensada, la hipoglucemia, la constipación prolongada, los traumatismos severos con fracturas, el hipotiroidismo, las deficiencias vitamínicas, la anemia, el uso de anestésicos, entre otras.

También la mayor sensibilidad a efectos colaterales con respecto a las drogas, especialmente a la polifarmacia. Los fármacos que frecuentemente ocasionan estos cuadros son: neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antidepresivos, algunos antihipertensivos, etc.

Fuente: Badalucco, Pedeuboy, y otros 2010.

(9) La sepsis es un síndrome con anomalías fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección. La sepsis representa una preocupación para la Salud Pública, debido a su elevada incidencia y a los altos costos derivados de su atención. La incidencia de la sepsis se está incrementando, probablemente como reflejo del envejecimiento de la población, las comorbilidades de los pacientes, la intensificación de los procedimientos médicos y quirúrgicos; en parte debido a los avances tecnológicos y a la disponibilidad de nuevos tratamientos con efectos inmunodepresores para determinadas patologías, y finalmente por un mayor reconocimiento y búsqueda de esta entidad clínica (Valentini, Emmerich y otros 2017).



Bibliografía:

- Armengol, S. y Perucha, M. (S/F). **Violencias: Abusos y Maltrato en las personas mayores. Cap.13 Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Manual del Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Disponible en:** <https://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/MANUALGERONTOLOGICOS.PDF>
- Badalucco, P. Peduboy, P. y otros (2010). **Manual de cuidados domiciliarios: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Capítulo 8: "Psicología de la vejez". Disponible en:** <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>
- **Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ley 27360. Boletín Oficial de la República Argentina. Disponible en:** <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/164386/20170531>
- Gandía Martínez F, Andaluz Ojeda D. (2013). **Proyecto hospitalario para un proceso asistencial integrado y multidisciplinar en la sepsis grave y shock séptico: Código Sepsis. Revista Gest Eval Cost Sanit 2013;14(4):635-49**
- **Iacub, R. y otros: "Psicología de la Vejez" (capítulo 15): En: Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios". Manual del Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.**
- Moscovici, S. (1961). **El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires. Disponible en:** <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- **Nadal, M. y Rodríguez Parodi, A. (S/F). Las Personas Mayores y los Prejuicios Sociales Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Manual del Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Disponible en:** <https://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/MANUALGERONTOLOGICOS.PDF>
- SES – INADI (2012). **"Diversidades y Cuidados. Perspectiva de género y diversidad - Conceptos básicos e interseccionalidad". Material de formación elaborado por el área de Diversidad de la Secretaría de Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el INADI.**
- **Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Guía de recomendaciones y recursos para el cuidado de personas mayores en el contexto de pandemia COVID-19. Argentina. Disponible en:** https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_pm_covid.pdf
- Valentini, R., Emmerich, M. y otros (2017). **Guía para el Manejo de la Sepsis y el Shock Séptico de la "Campaña para Sobrevivir a la Sepsis" (Surviving Sepsis Campaign) 2016: Resumen de las Recomendaciones. Revista Argentina de Medicina. Vol.5. Disponible en:** <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/issue/view/16>

MÓDULO 6

Prácticas Territoriales Profesionalizantes I

Organización modular:

Este segundo módulo contará con cuatro puntos ordenadores

1. Territorio, redes y participación comunitaria.

2. Estrategias de sensibilización y promoción de derechos.

3. Mapeos colectivos: identificación de recursos disponibles, actores, articulación y visibilización de los circuitos de atención.

4. Sistematización de experiencias.



1. Territorio, redes y participación comunitaria.

El **territorio** es un espacio donde viven las personas y construyen lazos sociales, ese espacio se va definiendo y delimitando subjetivamente de acuerdo a la perspectiva de las personas que lo conforman y adquiere forma de "escenario". Según Carballeda (2015), el territorio está poblado de relatos, de historias narradas por las personas que lo conforman. El territorio también puede ser entendido como una especie de relato cartográfico, donde la acción se despliega a través de los lazos sociales que lo articulan y cargan de sentido. Allí es donde confluyen en relación con las diferentes formas de subjetividad, los lazos con uno mismo, los otros, lo sagrado y la naturaleza.

El territorio sintetiza relaciones de poder material y simbólico y se caracteriza por ser:

a. Un espacio producido socialmente, sea por medio de prácticas espaciales (espacio vivido), formas de representación, mapas figuras (espacio representado) o a través de símbolos, ideas o conceptos (espacio simbólico).

b. Un espacio concreto (zona, área, horizontalidades) y un espacio virtual o abstracto (redes, tramas verticalidades).

c. Un espacio banal, el espacio de todos, que conjuga un área o zona definida donde la gente vive y trabaja con un espacio virtual, compuesto por las redes y tramas que operan en el mismo.

d. Un espacio delimitado, que tiene un límite y también una alteridad: la Geodiferencia entre nosotros y los otros (límites que pueden identificarse por razones identitarias, administrativas, políticas y/o físico-ambientales) (Manzanal, M. 2008).

Además, el territorio ayuda en la interpretación y comprensión de las relaciones sociales, por lo que la construcción social del territorio incorpora "la voz de los habitantes" para comprender el entramado de sentidos y las interacciones concretas con los que estos construyen y reconstruyen una micro-sociedad y un territorio. Es un proceso de construcción de un conocimiento compartido que "incluye referentes territoriales, formas de identificar el territorio, de apropiarse de él, hacerlo un lugar o muchos lugares, es decir, cargarlo de códigos simbólicos. (Hiernaux, Lindón y Noyola, 2000).

Esta concepción del territorio como **construcción social**, implica identificar los diferentes actores que intervienen en él, que actúan en diferentes escalas y hacen que el escenario adquiera mayor o menor complejidad, de acuerdo a las acciones que estos actores realizan. Asimismo, en el territorio existen variadas e infinitas vinculaciones que constituyen conexiones más o menos formales que se extienden en períodos desiguales en el transcurso del tiempo, durante el cual los actores intercambian los recursos o los logros que poseen (capital, capacitación, diplomas, saberes, competencias, etc.) con la meta de obtener un "bien".

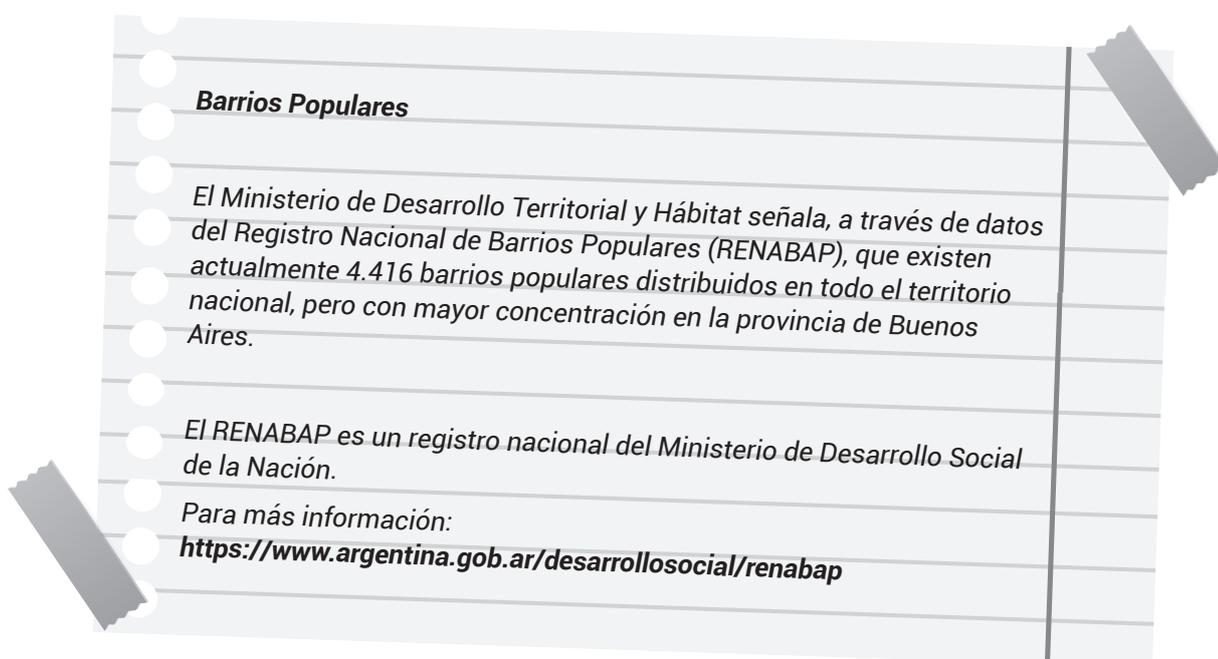
Partiendo de esta concepción de territorio, se hace indispensable pensar también que no se trata de un espacio estático, sino que **es dinámico y se encuentra en permanente transformación**. En este sentido, los actores que intervienen en él pueden desarrollar sus interacciones en forma de **redes**. La posibilidad de construir saberes a partir de la dinámica de redes permite hacer partícipes a todos los actores del territorio. Poner en valor sus prácticas, conocimientos y experiencias que muchas veces son desestimadas por el saber hegemónico o jerarquizado. La propuesta de pensar el territorio a partir de las redes de relación que se dan entre las personas, nos invita a desandar esas estructuras y pensar esos saberes como el producto de las relaciones que se dan entre las personas y su vínculo con el territorio.

Como indica Dabas, “la metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo, sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional. **El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación**” (Dabas, 1999).

En lo que refiere a los cuidados, esta perspectiva vuelve la mirada sobre el **entramado de cuidados comunitarios** y cómo los actores en el territorio se organizan muchas veces cuando el Estado no puede alcanzar con sus políticas públicas a todo el territorio. Y donde el conocimiento sobre las necesidades, los actores, los recursos se vuelve una necesidad esencial para poder articular de una manera apropiada con el territorio.

La pandemia puso en evidencia las situaciones de vulnerabilidad social y económica de personas pertenecientes a los barrios populares, quienes tuvieron que enfrentar como toda la sociedad amenazas de salud por el COVID-19 pero con mayor riesgo por no tener acceso a derechos básicos.

En el sentido antes descripto, para dar respuesta a la emergencia sanitaria y socio-económica, el Estado se orientó principalmente a la construcción y fortalecimiento de las capacidades de las comunidades más vulnerables, involucrándolas en los procesos de toma de decisión. La participación y el involucramiento de la ciudadanía son esenciales en contextos de emergencia, ya que legitiman las políticas y las hacen más efectivas.



Por su parte, las comunidades organizadas se movilizan, desarrollan sus propias agendas, no solo en base a demandas sino también con propuestas. Cuando las mismas coinciden con la “agenda pública” se generan circuitos virtuosos de interacción, que contribuyen a la concreción de los reclamos comunitarios y facilitan los planes de acción de los gobiernos locales. En medio de una crisis social o socio sanitaria, como es la que se vive a partir de la propagación de la Covid-19, articulaciones de esas características facilitan la conversión de los barrios en refugio, contención, protección de sus habitantes, en espacios de salud, alimentación, entretenimiento, trabajo, obras públicas de cercanía y de detección temprana de situaciones de riesgo⁽¹⁰⁾.

Un ejemplo de articulación del Estado y la comunidad fue el Programa “**El Barrio que Cuida al Barrio**”⁽¹¹⁾, que implementó la Dirección de Cuidados Integrales y Políticas Comunitarias para dar respuestas a las

(10) Documento Participación Comunitaria y Resistencia al Coronavirus (2020). Secretaría de Articulación Federal de la Seguridad.

(11) “El barrio cuida al Barrio” es un Programa de Emergencia dispuesto por la Dirección de Cuidados Integrales y Políticas Comunitarias, dependiente de la Secretaría de Economía Social, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, lanzado en abril de 2020.

necesidades barriales frente a la pandemia y la entrada en vigencia del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). Mediante este programa, trabajadoras y trabajadores de la economía popular como promotores comunitarios relevaron su barrio para identificar grupos de riesgo (embarazadas, mayores de 60 años y personas con patologías crónicas) y necesidades de la comunidad, ofreciendo acompañamiento específico a las personas que lo necesiten, difundiendo medidas preventivas de cuidado y autocuidado y distribuyendo elementos de seguridad e higiene.

En la implementación de este programa se evidencia la importancia que tiene la participación comunitaria en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, el trabajo en red y la articulación de actores y más aún cuando interviene el Estado en todos sus niveles.

La experiencia da cuenta de que todas las personas tenemos derecho a acceder a cuidados y, en el caso de la salud, estos cuidados pueden resolverse en comunidad. El protagonismo de la comunidad implica que las personas se involucren en todo aquello que les afecta directa o indirectamente, desde un proceso de trabajo participativo que permita la mejor articulación de la política pública en el territorio.

El protagonismo y la centralidad de la comunidad, son indiscutibles, siendo concebida la participación comunitaria tanto como un medio para mejorar el estado de salud, como un fin para lograr una comunidad autogestiva en salud y una cobertura de los servicios de salud (Aguilar Idañez, 2001). Por ello, resulta fundamental identificar los actores y vínculos que tienen lugar en el espacio comunitario.

2. Estrategias de sensibilización y promoción de derechos.

Una comunidad activa en la cooperación y en la promoción de derechos es una fuente de amplio potencial, y puede ayudar a los diferentes agentes del Estado en el despliegue de las políticas que le permitan mejorar las condiciones de vida de las personas.

El objetivo general de la participación desde una perspectiva de cuidados para aportar al buen vivir de la comunidad nos permite vincular la democratización de derechos como el acceso a la salud y la adopción de un enfoque integral, al empoderamiento y participación de las comunidades y la movilización de otros actores y sectores para mejorar la vida de las personas y su entorno.

En este sentido, se apela a involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas y en la identificación sus necesidades más importantes -entendida desde una perspectiva integral -, reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado, aumentando su responsabilidad y potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

La construcción de los cuidados de una comunidad requiere de la participación y construcción colectiva de múltiples actores: integrantes de la comunidad, promotores comunitarios, equipos de salud y la de otros sectores como educación, acción social, las iglesias, uniones vecinales o de fomento, todos ellos imprescindibles para aunar esfuerzos y complementar acciones.

En esta línea, la promoción de los cuidados comunitarios juega un rol fundamental en las comunidades y así es importante pensar la mejor estrategia de abordaje que posibilite fortalecer las redes de cuidado y las articulaciones entre los espacios comunitarios y diversos actores locales e institucionales para mejorar la vida de las personas.

Cuando se habla de estrategia se refiere a la combinación de diferentes medios para lograr los propósitos y objetivos que se proponen. La selección estará condicionada por diversos aspectos que se deberán analizar al momento de la planificación de cualquier acción. Algunos de estos aspectos son: el tema o problema sobre el que intervenimos y los actores que se identifiquen para articular acciones, los propósitos de la estrategia en relación con el problema y los objetivos a lograr y las características de la población a trabajar y los recursos existentes.

Es importante que a la hora de desarrollar cualquier estrategia de intervención se piense en la organización con otros, para potenciar los recursos con los que se cuenta en una comunidad.

3. Mapeos colectivos: identificación de recursos disponibles, actores, articulación y visibilización de los circuitos de atención.

En la búsqueda de conocer nuestro territorio, sus necesidades y recursos nos podemos apoyar en herramientas participativas, tales como el **Mapeo colectivo**. Es una técnica que permite identificar personas y organizaciones que se consideran importantes para la planificación, diseño e implementación del trabajo o abordaje comunitario. Además, permite clarificar con anticipación con quienes se podrá contar para apoyar una iniciativa y definir estrategias que contribuyan a garantizar el apoyo y el nivel de participación multisectorial requerido.

El mapeo de actores no solo identifica personas, grupos y organizaciones que participan en un tema o iniciativa, sino que facilita la identificación de acciones, objetivos e intereses. También, es un primer paso para convocar a la sociedad civil y organizaciones gubernamentales con el fin de asegurar su representatividad en un proyecto.

La construcción de un mapa es una manera de elaborar relatos colectivos, incluyendo acuerdos y desacuerdos sobre lo que pasa en ese espacio delimitado. Por eso, lo más importante no es el producto final sino el proceso de construcción del mapa. Un mapa permite ver las conexiones entre las diversas problemáticas, y así poder cuestionarlas y elaborar alternativas de organización y cambio. Por eso es clave realizar mapas que vean las problemáticas sociales y políticas, como una estrategia de pensar comunitariamente el espacio compartido. En el proceso se develan saberes que permiten a sus participantes un mejor conocimiento de su realidad, genera espacios de reflexión y permite construir un lenguaje común de las diferentes percepciones de la realidad presente en las comunidades.

Al realizar el mapeo conjuntamente con otros, favorece el desarrollo de proyectos territoriales con mirada comunitaria y transformadora.

El mapeo se concibe como una práctica, una acción de reflexión en la cual el mapa es sólo una de las herramientas que facilita el abordaje y la problematización de territorios sociales, permite impulsar espacios de socialización y debate por lo cual posibilita la participación colectiva de actores territoriales. El mapeo colectivo es un proceso de creación. Quienes participan del mapeo pueden trabajar sobre representaciones hegemónicas jugando con las fronteras reales o simbólicas las percepciones sensoriales y poniendo en juego formas creativas de graficar un territorio.

Cuando ya se determinó el tema, se puede trabajar con mapas catastrales o de manuales de geografía. En un diagrama araña, por ejemplo, se coloca el tema elegido en el centro y las categorías definidas en las patas (Risler y Ares, 2013).



Fuente: Mapeando el territorio / Iconoclasistas S/F

¿Qué podemos mapear?

- Actores que se ubican en ese territorio y su distribución en el espacio. Por ejemplo, espacios de cuidado comunitarios o institucionalizados (espacios comunitarios, centros de jubilados, centros de día, residencias de larga estadía, etc.), centros de salud, delegaciones locales de áreas u organismos municipales, provinciales o nacionales (Ministerio de Desarrollo Social, PAMI, ANSES, RENAPER, etc).
- Relaciones entre los actores. Por ejemplo, reconocimiento de actores que articulan y cuáles son las acciones que implementan: municipio y centros de jubilados, espacios de cuidado y centros de salud, etc)
- Lugares de encuentro y socialización de determinados actores o grupos sociales. Por ejemplo, organizaciones sociales, centros de jubilados, etc.
- Recorridos habituales, lugares de circulación de actores sociales específicos. Por ejemplo, detectar los espacios del barrio o la comunidad en los cuales las personas mayores puedan circular, concentrarse y encontrarse por algún motivo.
- Modos de apropiación de los sujetos del espacio (las personas mayores en la plaza, jóvenes en una esquina, el cine o el teatro comunitario en una plaza, las ferias artesanales, las movilizaciones, etc), considerando que existen distintas percepciones de los diferentes grupos respecto de cómo utilizan los espacios (les jóvenes, las mujeres, les niños, etc.).
- "Fronteras" simbólicas y físicas que delimitan el territorio (vías de tren, arroyos, descampados, avenidas, calles o segmentos del barrio, etc.) que se ubican en ese territorio, su distribución en el espacio. Relaciones entre ellos.

¿Qué se logra al mapear participativamente en talleres?

- Estimula la participación para una solución colectiva y comunitaria.
- Permite una rápida visualización de las problemáticas.
- Potencia la identificación de redes afines para fortalecer las prácticas.
- Colabora en la construcción de un diagnóstico territorial.
- Posibilita la conexión entre hechos de significativa importancia.
- Colabora en la socialización de información y experiencias cotidianas.
- Favorece la reflexión sobre los mecanismos de disciplina, mandato y control.
- Sistematiza recursos y medios, mostrando qué obstáculos y limitaciones se interponen.
- Desnaturaliza el lenguaje de los medios masivos de comunicación.

Fuente: Manual de mapeo colectivo Iconoclasistas (2013).

4. Sistematización de experiencias.

El mapeo o cualquier otra herramienta que utilicemos para pensar estrategias de acción comunitaria que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas en nuestra comunidad, tienen que ser pensadas también como experiencias que es importante sistematizar.



La sistematización es un proceso participativo que permite ordenar lo acontecido, recuperar así la memoria histórica, interpretarla, aprender nuevos conocimientos y compartirlos con otras personas. (Alboan, Bilbao, 2004.)

La sistematización tiene como objetivo común aprender de nuestras prácticas. Se trata de una herramienta que puede posibilitar que el grupo, solo o acompañado por otras personas, pueda reflexionar, cuestionarse, aprender y consensuar líneas de actuación para próximas prácticas.

En líneas generales, la sistematización se caracteriza por ser un proceso participativo que ordena las experiencias, prácticas y acciones que desarrollamos, recuperando la memoria histórica y favoreciendo su análisis e interpretación. De forma tal que también se favorezca el aprendizaje de nuevos conocimientos, que podrán ser compartirlos y difundidos con el resto de la comunidad.

Alboan y Bilbao (2004) nos grafican con "el caracol de la sistematización" una manera accesible y simple de abordar de distintas instancias de dicho proceso:



Fuente: Alboan y Bilbao, 2004.

El **punto de partida** de cualquier sistematización es la práctica. Por eso resulta fundamental que seamos partícipes de esa práctica, también pueden sumarse a este proceso otros sujetos, pero quienes han participado de dicha experiencia son fundamentales. El punto de partida puede respaldarse con el registro que tengamos de estas prácticas.

Las **preguntas iniciales** arrojarán luz sobre los objetivos de la sistematización: se trata de definir el qué, por qué y para qué de la sistematización. También se definen en este punto el tiempo y el espacio en que desarrollaremos de la experiencia, lo que nos ayudará a delimitar el objeto de la sistematización. Otra de las preguntas iniciales que tenemos que definir en este punto es el eje de la sistematización, la forma en que vamos a mirar esa experiencia.

Durante la **recuperación del proceso vivido**, reconstruimos la historia, la clasificamos y la ordenamos. Para ello existen diferentes métodos de acuerdo a la práctica que abordaremos, pero en términos generales se trata de reconstruir de forma ordenada lo que pasó, identificar etapas del proceso y clasificar la información disponible.

Luego de este punto llegamos a la instancia de **reflexión de fondo**, una interpretación crítica de lo que analizamos hasta aquí. Preguntarnos por qué pasó lo que pasó y por qué no se desarrolló de otra manera. Aquí podemos analizar los elementos por separado y a su vez realizar síntesis y establecer interrelaciones entre dichos elementos.

En los **puntos de llegada** formulamos conclusiones sobre los aprendizajes que nos trajeron estas experiencias, pueden tratarse de conclusiones teóricas o prácticas, así como formularse como afirmaciones o nuevas inquietudes en nuestro proceso de aprendizaje. Es importante concluir este punto definiendo un formato para presentar estas conclusiones en nuestra comunidad.

Por último, la sistematización se concluye con la **comprensión de la lógica interna del proceso**, que nos permitirá obtener un aprendizaje relacionado con nuestra experiencia. Este aprendizaje debería ser la guía para avanzar hacia próximas acciones e intervenciones.



Bibliografía:

- **Aguilar Idáñez, M. J. (2001).** La Participación Comunitaria en Salud. ¿Mito o realidad? Evaluación de experiencias en Atención Primaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- **Alboan y Bilbao. (2004)** La Sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias para la transformación social.
- **Carballeda, A. (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual. Revista margen N° 76. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>**
- **Documento Participación Comunitaria y Resistencia al Coronavirus (2020)** Secretaria de Articulación Federal de la Seguridad. Disponible en: https://www.rmagir-mercosur.org/application/files/8015/9344/4331/SINAGIR_participacion_comunitaria.pdf
- **Dabas, E. y Perrone, N. (1999) Redes en salud. Disponible en <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>**
- **Hiernaux, L.; Lindón, A; Noyola, J, (2000).** La construcción social de un territorio emergente: el Valle de Chalco. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301677464_La_construccion_social_de_un_territorio_emergente_e_l_Valle_de_Chalco
- **Manzanal, M. (2008) Territorio, poder e instituciones. Una perspectiva crítica sobre la producción del territorio Disponible en: http://pert-uba.com.ar/archivos/publicaciones/Manzanal_taerriorios.pdf**
- **ICONOCLASISTAS (2013).** Manual de mapeo colectivo: Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires: Tinta Limón, noviembre 2013. Segunda edición agosto 2015. Disponible en: https://geoactivismo.org/wp-content/uploads/2015/11/Manual_de_mapeo_2013.pdf
- **Risler, J. y Ares, P. (2013).** Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires.

¿Qué es la violencia por razones de género?

Se define como cualquier tipo de agresión física, psicológica, sexual, económica y simbólica ejercida contra cualquier persona por su género, quiere decir que ocurre en base a desigualdades de género que son estructurales y que ubican a las mujeres y a las personas con identidades de género diversas en condiciones de subordinación respecto de los varones. La violencia por razones de género constituye una violación de los Derechos Humanos de las mujeres y de las personas con identidades de género diversas, obstaculiza y afecta el ejercicio de su autonomía personal.

Desde el año 2009 tenemos la Ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales. La ley visibiliza distintos tipos, formas, lugares y situaciones de violencia que antes no eran tenidas en cuenta. No sólo incluye el maltrato físico, sino que incluye también otros **tipos de violencias** como la psicológica, sexual, económica, simbólica, mediática y política. Las cuales se manifiestan en diferentes espacios, donde transcurren las relaciones y vínculos de la vida cotidiana. **Estas modalidades son:** violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica, mediática, contra las mujeres en el espacio público (Acoso callejero) y pública política.

¿Cómo puedo ayudar a una persona en situación de violencia por motivos de género?

Si se presencia una situación:

- Podes dar señales para que se note que se estás prestando atención a lo que ocurre. Por ejemplo, aplaudir, hablar en voz alta o hacer algún ruido para que el agresor se dé cuenta que hay alguien atendiendo a lo que está haciendo.
- Llamar a las líneas de atención y denuncia y, de ser necesario, pedir que se acerquen los servicios de emergencia.
- En el caso de tener un vínculo muy cercano, es fundamental intentar hablar con la persona que se encuentra atravesando la situación de violencia, animarla a contar lo que le pasa y que no se encierre en su problema.
- No poner en duda lo que cuente la mujer, no decirle que "no puede ser" u otra frase que parezca que no le creemos.
- No expresar sentimientos de ira o venganza para con el agresor.
- Orientarla para que busque ayuda especializada.

¿Qué hacer si estás atravesando una situación de violencia por razones de género?

Buscá apoyo, pedí ayuda y protección a personas de confianza que puedan escuchar, acompañar y/o ayudar y consultar por asesoramiento y orientación - psicológica, social y legal- en un servicio o profesional especializado. Si el agresor pide perdón y dice que no va a volver a hacerlo, consultá igual y prestá atención a las señales, porque si ha pasado una vez, es habitual que pueda volver a suceder.

¿Qué hacer ante violencia física o sexual?

Inmediatamente acudir al hospital o centro de salud público para recibir atención en caso de lesiones físicas y para que queden registradas pruebas útiles, si luego se decide realizar la denuncia.

La violencia sexual abarca una multiplicidad de modalidades. Son prácticas sexuales impuestas por una o varias personas a otra por medio de la fuerza física, el uso de armas u otras formas de intimidación –amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza–, o el aprovechamiento de situaciones en las que la víctima no puede consentir libremente. Incluye la violación -

Si una persona sufrió abuso sexual, es importante concurrir al servicio médico sin lavarse ni cambiarse de ropa, contar lo que pasó para que sepan cómo tratarla y se preserven las pruebas.

¿Cómo hago la denuncia?

Hacer una denuncia y recibir protección del Estado es un derecho de todas las personas que están en una situación de violencia por razones de género. Está garantizado por la ley N° 26485, que establece que tanto la denuncia como el patrocinio legal (abogado/a) y todos los gastos deben ser gratuitos.

Las autoridades policiales y/o judiciales tienen el deber de tomar todas las denuncias y remitirlas a la justicia para que investigue. Las personas que denuncian una violencia, deben ser informadas de sus derechos y pueden solicitar medidas de protección.

La denuncia debe ser efectuada por quien se encuentra en situación de violencia por razones de género directamente o través de sus representantes legales. También puede realizarla cualquier otra persona cuando la persona afectada no pudiese hacerlo por algún motivo. La denuncia puede ser efectuada inmediatamente después de ocurridos los hechos o, incluso, años después. Únicamente **es necesario llevar una identificación y no importa la nacionalidad o la situación legal de la denunciante. La identidad de la persona será reservada durante la investigación. Pueden llevarse pruebas y/o los datos del lugar donde se recibió asistencia médica o de otro tipo, si se tienen. Al momento de realizar la denuncia, no se debe olvidar. Reclamar una copia.**

¿Dónde puedo solicitar atención, información y asesoramiento?

• Llama a la **línea 144 del Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad** es una línea telefónica gratuita, federal que funciona las 24 horas los 365 días del año. **Brinda atención, asesoramiento y contención para situaciones de violencia por motivos de género. No es una línea de denuncias, ni para emergencias.** También puedes mandar un mensaje de **WhatsApp al 11.2771.6463144** y **descargar la Aplicación Móvil 144 para celulares.**

En la **Ciudad de Buenos Aires** también esta **línea 137** como así también el **0800-666- 853** que también funcionan las **24 hs. todo el año.**

La **Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia** funciona en Lavalle 1250, Ciudad de Buenos Aires, las **24 horas todos los días. 4370-4600 - internos 4510 al 4514.**

En la **provincia de Buenos Aires**, la **Oficina de Prevención a la Violencia Doméstica y Sexual contra Niños/as** cuenta con el **0800-222-22876** y el **Programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de la Secretaría de Derechos Humanos con el 0800-555-0137.**

En todas las provincias hay una línea y/o teléfono de asesoramiento. Averiguá el de tu provincia y tenelo a mano:

Si es una emergencia, no pierdas tiempo: Llama a la Línea 911 de la policía.

¿Qué hacer si desaparece una persona?

Llamá a la **Línea 145 de Lucha contra la Trata de Personas, las 24 horas, los 365 días del año.**

Tené en cuenta que:

- **No es necesario esperar 48 hs para denunciar.**
- Es conveniente denunciar en la fiscalía de turno, que se pueden buscar en www.mpf.gob.ar. O también en las fiscalías especializadas (PROTEX – UFI SEX), o ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la CABA (Viamonte 147)
- **Al momento de realizar la denuncia, no se debe olvidar. Reclamar una copia.** Leer o pedir a alguien de confianza que lea la denuncia antes de firmar. Se debería registrar una "denuncia" y no una "Exposición civil".
- Entregar una foto (están obligados a recibirla) de la persona desaparecida. Exigir que sea caratulada como "medida de protección" y no como "fuga de hogar" ni "averiguación de paradero".
- Si la denuncia se presentó en la policía, deben informar inmediatamente al Poder Judicial y a la fiscalía de turno.
- Exigir los datos del juzgado y de la fiscalía intervinientes.
- Si la Policía Federal o cualquier otra fuerza de seguridad no toma la denuncia, comunicarse al 0800-555-5065 de Consultas y Denuncias del Ministerio de Seguridad de la Nación.

Otros recursos.

Podés dirigirte a la fiscalía especializada en trata de personas: **Procuraduría de Trata y Explotación de Personas, Ministerio Público Fiscal.** 25 de mayo 179, Piso 3° - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (011)4331-2158 - ufase@mpf.gob.ar

La **División de Búsqueda de Personas de la Policía Federal Argentina** Madariaga 6976, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Atención de **lunes a viernes de 8:00 a 20:00 y sábados de 8:00 a 13:00 (011) 4370-5903**

Si la persona desaparecida es una niña, niño, adolescente, una persona con discapacidad o un adulto mayor o tenés información para encontrarlos: se puede informar en el Registro Nacional de Información de Personas Menores Extraviadas del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Comunicate al 0800-122-2442 las 24 horas o podés escribir al correo electrónico juschicos@jus.gov.ar

Ante cualquier duda o conocimiento de algún tipo de abuso a niñas/niños ¿Dónde puedo acudir?

- **Línea 102:** Línea de atención para que cualquier persona pueda asesorarse o realizar alguna denuncia ante el conocimiento de violencia y/o abuso a niñas, niños y adolescentes. En una línea disponible en 15 jurisdicciones del país.
- **Línea 0800-222-1717:** Programa Las Víctimas contra las Violencias. Ministerio de Justicia de la Nación.
- **Línea 137:** Programa Las Víctimas contra las Violencias. Brigada de atención (CABA).
- **Línea 144:** Violencia contra la Mujer. Consejo Nacional de la Mujer.

Denuncia del abuso.

Según el artículo 9 de la Ley 26.061, cualquier persona que sospeche o tome conocimiento de malos tratos o situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño o adolescente, lo mismo que cualquier otra violación a sus derechos tiene la obligación de comunicarlo al organismo de protección.

¿Dónde hacer la denuncia?

- Centros de Acceso a la Justicia (CAJ). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Comisarías.
- Comisaría de la Mujer.
- Fiscalías penales o Unidades fiscales específicas para delitos contra la integridad sexual.
- Juzgados Penales y de Familia.
- Asesorías. Defensoría de Menores.

¿A dónde llamar en tu provincia?

Línea 102: Mapa disponible en página del Ministerio de Desarrollo Social:

<https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/linea102>.

Otros teléfonos que pueden ser útiles.

Línea 141: un servicio de contención para personas con **problemas de consumo** de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Está disponible todos los días durante las 24 horas, brindando orientación y acompañamiento en cualquier punto del país, de manera anónima y gratuita.

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

www.sedronar.gob.ar

+54 (011) 4320-1200

dirprevencion@sedronar.gov.ar

 **141**

Escucha y asistencia

orientac@sedronar.gov.ar

DIPLOMATURA EN
**CUIDADO DE PERSONAS
MAYORES I**



Universidad Nacional
de La Matanza

inadi



Instituto nacional
contra la discriminación,
la xenofobia y el racismo



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina