

Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo N° 3

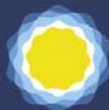
Aprendiendo estrategias para cuidar mejor

SEGUNDA PARTE



Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA



200 AÑOS
BICENTENARIO
ARGENTINO



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Jefe de Gabinete de Ministros

Dr. Aníbal Fernández

MINISTRA DE DESARROLLO SOCIAL

Dra. Alicia Kirchner

SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Lic. Marcela Paola Vessvessian

DIRECTORA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES

Dra. Mónica Roqué

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Decano Dr. Orlando Cano

Vicedecana Esp. Alicia Zanguellini



Manual de cuidados domiciliarios : aprendiendo estrategias para cuidar mejor : segunda parte / Monica Laura Roqué ... [et.al.] ; compilado por Monica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010.

v. 3, 178 p. ; 21x17 cm.

ISBN 978-987-25954-5-6

I. Gerontología. I. Roqué, Monica Laura II. Roqué, Monica Laura, comp.

CDD 618.97

Fecha de catalogación: 06/10/2010

Primera edición: diciembre de 2010

Impreso en Mar del Plata - Pcia. de Buenos Aires

Tirada: 2000 ejemplares

Prohibida su reproducción total o parcial.

Queda hecho el depósito que dispone la Ley 11.723.

ISBN: 978-987-25954-1-8

ISBN: 978-987-25954-5-6

Compiladora: Dra. Mónica Roqué

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores - Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Procesamiento didáctico: Lic. Teresita Sotelino

Diseño y Producción Editorial: Analía Elía

Una marca de género:

El presente Manual está escrito usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.



Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo

Nº 3

**Aprendiendo estrategias
para cuidar mejor**

SEGUNDA PARTE





Índice

| | |
|---|-----------|
| Prólogo..... | 15 |
| CAPÍTULO I: Rol del cuidador en el acompañamiento y cuidado de las personas portadoras de enfermedades terminales | 19 |
| Los cuidados paliativos | 21 |
| Pilares de este modelo de intervención | 21 |
| 1. Control de síntomas: el alivio del dolor | 22 |
| 2. Integración de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales al acto asistencial | 28 |
| 3. Trabajo sobre la unidad asistencial paciente- familia | 29 |
| 4. Relevancia de los aspectos de información / comunicación entre el equipo asistencial, el paciente y sus cuidadores. | 31 |
| 5. Promoción de la autonomía..... | 32 |
| 6. Abordaje desde un equipo interdisciplinario..... | 34 |
| 7. Focalización en la calidad de vida, definida ésta siempre por cada paciente asistido..... | 35 |
| Población beneficiaria de los Cuidados Paliativos..... | 36 |
| La agonía..... | 36 |
| Signos y síntomas de la agonía | 37 |
| Síntomas más frecuentes | 37 |
| Control de síntomas en la fase de agonía..... | 38 |
| Rol del cuidador domiciliario en cuidados paliativos | 40 |
| Objetivos del cuidado | 41 |
| Cualidades del cuidador domiciliario | 41 |
| El adiós | 42 |
| Autores..... | 44 |
| Bibliografía..... | 44 |
| CAPÍTULO 2: El cuidado del pie en el adulto mayor | 45 |
| Introducción | 47 |

| | |
|--|----|
| El pie. Conceptos y generalidades..... | 47 |
| La piel de los pies..... | 48 |
| Patologías del pie..... | 50 |
| Afecciones del pie en el adulto mayor..... | 50 |
| Trastornos de la sudoración..... | 50 |
| Cuidados del Pie..... | 55 |
| Cómo realizar un correcto mantenimiento de las uñas..... | 55 |
| Masoterapia..... | 56 |
| Autor..... | 57 |
| Bibliografía..... | 57 |

CAPÍTULO 3: Cuidado del Cuidador.....59

| | |
|--|----|
| Qué es cuidar..... | 61 |
| El buen desempeño..... | 61 |
| Nivel personal o interno..... | 62 |
| Nivel familiar..... | 65 |
| Nivel Institucional..... | 66 |
| Contexto del cuidador..... | 69 |
| Contexto macro social..... | 70 |
| Consecuencias del estrés en el cuidador..... | 72 |
| Autocuidado. Prevención..... | 72 |
| Autora..... | 74 |
| Bibliografía..... | 74 |

CAPÍTULO 4: Cuando ya no es posible el cuidado en el hogar.....75

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 77 |
| Cuidados progresivos..... | 77 |
| Factores sociales..... | 78 |
| Evolución del concepto de las residencias de larga estadía..... | 79 |
| Recomendaciones para elegir una residencia..... | 80 |
| Autor..... | 83 |
| Bibliografía..... | 83 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 5: Abusos y maltrato..... | 85 |
| ¿Qué es el abuso y el maltrato? | 87 |
| Tipos de maltrato | 87 |
| El rol del cuidador frente al abuso y maltrato | 89 |
| Autores..... | 93 |
| Bibliografía..... | 94 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 6: Trabajo en red. Redes sociales | 95 |
| ¿Qué es una red social?..... | 97 |
| Las redes sociales y el cuidador domiciliario..... | 98 |
| Origen de las redes sociales | 99 |
| El proceso de colaboración | 101 |
| La acción voluntaria como apoyo | 103 |
| Autores..... | 105 |
| Bibliografía..... | 106 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 7: Estrategias educativas para personas mayores | 107 |
| ¿Educación de personas mayores?..... | 109 |
| Educación para todas las edades, para todas las personas | 110 |
| Programas Universitarios de Adultos Mayores (PUM)..... | 112 |
| Experiencias educativas de adultos mayores: educación intergeneracional | 114 |
| En conclusión..... | 115 |
| Autora | 116 |
| Bibliografía..... | 116 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 8: La seguridad social de las personas mayores..... | 119 |
| Introducción | 121 |
| ¿Qué es la seguridad social?..... | 121 |
| Evolución histórica de la seguridad social..... | 122 |
| El paradigma de la Asistencia Social | 122 |
| El paradigma del Seguro Social | 123 |
| El paradigma de la Seguridad Social | 123 |

| | |
|--|-----|
| Los orígenes de la seguridad social en argentina | 124 |
| Adultos mayores y seguridad social..... | 126 |
| Palabras finales..... | 128 |
| Autor | 129 |
| Bibliografía..... | 129 |

CAPÍTULO 9: Ética del cuidador domiciliario..... 131

| | |
|--|-----|
| Introducción | 133 |
| ¿Pero, qué es la ética? | 133 |
| Consideraciones acerca de la ética del cuidador | 134 |
| Nuevas disciplinas..... | 136 |
| La Bioética | 137 |
| La Deontología profesional..... | 138 |
| Los documentos internacionales a favor de las personas mayores | 139 |
| Aplicación de los principios en los cuidados domiciliarios | 141 |
| En la relación cuidador / cuidado | 142 |
| En el cuidado a pacientes terminales y/o con dependencia cognitiva | 143 |
| Conclusión..... | 146 |
| Autora | 147 |
| Bibliografía..... | 147 |

CAPÍTULO 10: Inserción laboral del cuidador domiciliario..... 149

| | |
|--|-----|
| Asociativismo..... | 150 |
| El proceso de asociarse | 152 |
| Importancia del trabajo asociativo | 153 |
| Características de los emprendedores | 154 |
| Cooperativismo..... | 156 |
| ¿Qué es una cooperativa? | 156 |
| Valores | 156 |
| Organización interna..... | 157 |
| La economía social | 158 |
| Régimen de inclusión social y promoción del trabajo independiente: el monotributo social..... | 158 |

| | |
|---|------------|
| ¿Quiénes pueden inscribirse? | 159 |
| ¿Qué beneficios se obtienen?..... | 160 |
| Autora | 161 |
| Bibliografía..... | 161 |
| | |
| CAPÍTULO I I: Recreación y tiempo libre..... | 163 |
| Introducción | 165 |
| Tiempo libre..... | 165 |
| La recreación..... | 166 |
| La importancia de la participación | 167 |
| Terapia ocupacional | 168 |
| Laborterapia | 169 |
| Ejemplos de actividades | 169 |
| Actividades físicas..... | 170 |
| Actividades intelectuales y culturales..... | 171 |
| Actividades de expresión | 171 |
| Actividades lúdicas | 171 |
| El rol del cuidador domiciliario..... | 172 |
| Conclusión..... | 173 |
| Autora | 174 |
| Bibliografía..... | 174 |
| | |
| Glosario..... | 177 |





Estimado cuidador y cuidadora:

Este manual ha sido preparado para acompañarlo durante su formación.

Los tres primeros cuadernillos desarrollan los temas de estudio, mientras que el último es de ejercicios y casos prácticos. Al final de cada cuadernillo encontrará un glosario de términos, con el significado de las palabras que están identificadas en el texto con color **azul**.

Esperamos que se adueñe de este material, y lo utilice tanto como una carpeta de trabajo como un libro de consulta una vez que haya concluido su capacitación.

Le deseamos el mayor de los éxitos y esperamos que disfrute del aprendizaje.

Dra. Mónica Roqué
Compiladora





Prólogo

Cuando me piden un prólogo para una publicación destinada a los Adultos Mayores, pienso en que es una excelente oportunidad para hacer un recorrido por esta gestión que, desde cada una de las áreas que integran el Gobierno Nacional, viene tomando medidas a favor de nuestras personas mayores.

Pensar en la realidad social al comienzo de la gestión, es tener recuerdos dolorosos, relacionados con derechos perdidos, vulnerados, donde el trabajo ya no era el lugar de pertenencia e inclusión, y era preciso pensar en acciones que permitieran dar cuenta de las necesidades más inmediatas de la población excluida.

Hoy podemos decir, con orgullo, que ya no hablamos de necesidades sino de derechos, y hablar de derechos es decir que todos somos ciudadanos de un país que garantiza el acceso a bienes y servicios de calidad para la salud, la seguridad social, procurando la participación para la construcción de ciudadanía.

Ponemos eje en la familia, el trabajo y la organización social para el desarrollo pleno, y esto implica que las políticas sociales se constituyen en un factor clave, donde buscamos que sean éticas y justas, con una concepción de integralidad. Tal es así que, hoy en día, las políticas sociales que lleva a cabo el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación están integradas en dos áreas denominadas “marcas”, donde tanto el trabajo como la familia se convierten en ejes de acción centrales:

- **ARGENTINA TRABAJA:** El trabajo es el mejor organizador e integrador social y constituye la herramienta más eficaz para combatir la pobreza y distribuir la riqueza. Además es una actividad clave en la vida de las personas, porque les permite desarrollar sus capacidades, sociabilizar y crecer con dignidad. Por eso entendemos que la generación de empleo digno y genuino es la mejor política social. Esta Marca engloba las siguientes herramientas: Monotributo Social; Microcrédito; Marca Colectiva; Centros Integradores Comunitarios; Talleres Familiares y de Grupos Comunitarios; Proyectos integrales socio productivos; Comercialización y Compre Social; Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS).

- **FAMILIA ARGENTINA:** Las familias son el eje fundamental para la planificación y desarrollo de las políticas sociales porque son la organización social responsable de la reproducción de la vida en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es el espacio privilegiado de la construcción subjetiva y del sostén identitario. Es por ello que el objetivo primordial de este eje es el fortalecimiento de las familias y comunidades, la participación ciudadana y la promoción y protección de derechos, a través de las siguientes estrategias: “Plan Nacional de Seguridad Alimentaria”, “Plan Nacional de Deportes”, “Plan de Abordaje Local – AHÍ”, “Pensiones No Contributivas”, “Niñez, Adolescencia y Familia”, “Primeros Años”, “Asistencia Directa a las Familias”.

Se trata, en definitiva, de un modelo de país inclusivo, integrador, que promueve la reconstrucción de los lazos sociales, el ingreso a través del trabajo y el fortalecimiento de las familias, como lugar de desarrollo de la persona.

En la actualidad, el creciente envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno mundial sin precedentes que afecta más profundamente a los países de América Latina y El Caribe. Teniendo en cuenta que este fenómeno está produciendo una transformación en las sociedades actuales, es que debemos adecuar nuestro accionar hacia los Adultos Mayores, para asegurarles una mejor calidad de vida. La creciente población de Adultos Mayores debe ser integrada como destinataria de políticas sociales específicas por parte del Estado, pero también debe garantizarse que ellos mismos puedan ser artífices de su propia vida.

Es por ello que se han producido acciones de gobierno específicas de seguridad social, facilitando el acceso a las pensiones no contributivas, a las jubilaciones y a la asignación social.

Hoy podemos dar cuenta de un aumento considerable de pensiones no contributivas, destinadas a garantizar el acceso a un sistema de pensiones para aquellos que no han podido realizar aportes, con más de 1 millón de pensionados, y 2.400.000 de nuevos jubilados, amas de casa y jubilaciones anticipadas.

Generamos, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, acciones participativas y de integración, como “El Consejo Federal de Mayores”, “La experiencia cuenta”, el “Voluntariado social” y los “Cuidadores domiciliarios”, a lo

largo de todo el territorio nacional, con amplia participación de adultos mayores y una importante interacción intergeneracional. Asimismo, y para generar campañas de difusión, mecanismos de prevención y concientización social, se ha creado el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores.

Y teniendo en cuenta la necesidad de formar específicamente profesionales a lo largo de todo el territorio se ha creado la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, destinada a profesionales de varias ramas, que se especializan para la gestión de políticas, herramientas y acciones para la atención del adulto mayor, desde la mirada del derecho y la integralidad.

La formación de cuidadores domiciliarios resulta una tarea importantísima para garantizar el derecho de las personas mayores de “Envejecer en Casa”. Ya llevamos 17.000 cuidadores formados, cifra que se incrementa año a año, y esperamos que para cuando finalice el año sean 20.000. Es por ello que los convoco a estudiar, capacitarse aprender nuevas técnicas y conocimientos, pero también les pido que pongan al servicio de los mayores el compromiso, la solidaridad y el amor, porque sin ellos podremos ser buenos técnicos, pero seguro no seremos buenos cuidadores.

Un país justo se construye entre todos y todas, por ello, no hay caminos largos o cortos, sino los que vamos a encontrar en el trabajo colectivo, en la participación y en el ejercicio de nuestros derechos.

Dra. Alicia Kirchner





CAPÍTULO 1:



Rol del cuidador en el acompañamiento y cuidado de las personas portadoras de enfermedades terminales





Los cuidados paliativos

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad avanzada progresiva e incurable, (ya sea cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva), sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, y con una muerte previsible a corto plazo.

Sus objetivos principales son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de sus familias, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación frente a la presencia de una enfermedad terminal.

Este enfoque tiene como misión mejorar la calidad de vida de esta población de enfermos y de sus familias, atendiendo a las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de cada persona, desde la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto por médico, enfermero, trabajador social, psicólogo y profesionales de otras disciplinas que pudieran enriquecer su asistencia.

En este enfoque el sujeto de cuidado es considerado en todas sus dimensiones.

Así, introducen un modelo innovador de cuidado: la atención a una persona singular con ideas, proyectos y derechos, que vive en su contexto familiar y social único, asistido por un equipo formado desde distintos saberes, donde cada decisión clínica es tomada considerando los deseos de un paciente correctamente informado, a la luz de los principios de la **bioética**.

Pilares de este modelo de intervención

El modelo de cuidados paliativos se basa en los siguientes pilares:



1. **Control de síntomas: el alivio del dolor.**
2. **Integración de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales al acto asistencial.**
3. **Trabajo sobre la unidad asistencial paciente- familia.**
4. **Relevancia de los aspectos de información/ comunicación entre el equipo asistencial, el paciente y sus cuidadores.**
5. **Promoción de la autonomía.**
6. **Abordaje desde un equipo interdisciplinario.**
7. **Focalización en la calidad de vida, definida ésta siempre por cada paciente asistido.**

Veamos cada uno con más detalle.

1. Control de síntomas: el alivio del dolor

Es importante comprender que el impacto de una enfermedad en el cuerpo de cada persona será diferente, porque cada uno de nosotros lo somos. Nuestra historia de vida, el significado del dolor, las experiencias propias y con nuestros seres queridos, nuestros valores, el sentido de la vida, son aspectos que modifican el umbral del dolor en cada individuo.

Por ello, no debemos emitir ningún juicio de valor al observar al que sufre. Nunca diremos “No puede ser que le duela tanto” o “Mi vecina tenía el mismo tumor y no se quejaba”, o “Recién le di un calmante, está exagerando,” etc.

El alivio al dolor severo es un derecho de las personas. La Organización Mundial de la Salud recomienda la morfina como analgésico de elección para el alivio del dolor severo por cáncer u otras enfermedades que lo pudieran provocar.

Dolor y sufrimiento

Además del dolor físico que puede provocar una enfermedad (fuente somática), la persona aquejada sufrirá en su plano emocional - existencial. Los cambios en su

dinámica de funcionamiento familiar, social y laboral pueden provocar desajustes en sus roles así como en la situación económico-financiera familiar, provocando un **dolor total** o *sufrimiento*, que necesitará de un abordaje más complejo.

Por ello, debemos entender que el analgésico que alivia a una persona puede resultar insuficiente para otra, a quien además de facilitarle dicho medicamento, el equipo de salud le aproximará otros recursos. Algunos ejemplos son: trabajo social para ayudarlo a reorganizar aspectos familiares, atención psicológica para trabajar el estado depresivo, o asistencia religiosa para ayudarlo a encontrar la paz espiritual que necesita.

El cuidador acompañará a la persona enferma y transmitirá a la familia y al equipo de salud las dificultades que encuentra desde su rol, y el equipo de salud buscará los recursos que considere necesarios para eliminar el dolor y acompañar y aliviar el sufrimiento.

La evaluación de los síntomas

En las personas portadoras de enfermedades crónicas e incurables, especialmente en estadios evolutivos avanzados, existe una alta prevalencia de síntomas que afectan significativamente su calidad de vida: cansancio (90%), falta de apetito (85%), dolor (75%), náuseas (68%), constipación (65%), sedación-confusión (60%) y dificultad para respirar (12%).

El alivio al dolor severo es un derecho de las personas.

En el marco de la intervención de los cuidados paliativos, los síntomas son evaluados sistemáticamente, con instrumentos sensibles, específicos y validados que permiten objetivar y dimensionar con mayor precisión la presencia de cada uno de ellos. En Argentina, se usa habitualmente la ENA (escala numérica análoga: puntaje del 1 al 10 referido por el paciente verbalmente) para medir la intensidad de los síntomas.

De esta manera, se implementa un tratamiento farmacológico de acuerdo a la puntuación de cada síntoma, y se monitorea luego la eficacia del tratamiento,

utilizando la misma escala. Así, el profesional se remite a la valoración de la persona que padece, que es quien mejor puede definir la intensidad de su sufrimiento. Del mismo modo, el familiar o el cuidador pueden comprender la intensidad del dolor de la persona a la que cuidan, formulando la misma pregunta y utilizando el mismo instrumento, formulando preguntas como:

- ¿Tiene dolor hoy? ¿Cuánto le duele del 0 al 10 considerando que 0 es ausencia de dolor y 10, el dolor más insoportable que se imagine?

Fármacos

La morfina y otros opioides fuertes son los fármacos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para controlar el dolor severo por cáncer. Dicho fármaco busca aliviar el dolor severo, sin deteriorar la lucidez de la persona que la requiere ni acortando su sobrevida. Este concepto es clave a la hora de desmitificar su uso con fines terapéuticos.



Liberado el paciente del dolor, podrá concentrarse en aspectos relevantes de su ser como el diálogo consigo mismo, la vida de relación familiar, social, financiera y laboral, si ésta aún fuera posible.

Tratamiento con opioides fuertes como la morfina

El médico indica un tratamiento con morfina a una dosis fija, y luego le enseña a la familia o al cuidador a utilizar las llamadas *dosis de rescate* en función de las necesidades de la persona dolorida.

El cuidador deberá estar atento a las necesidades de dosis de rescate de la persona a la que cuida, anotando prolijamente el horario en el que facilita estas dosis de rescate que no podrán ser mayores a una dosis por hora.

Ejemplo de esquema de indicación médica de morfina u otro opioide fuerte para el alivio del dolor:

“X ml cada 4 hs, más rescates de x ml cada hora que la persona lo necesite”.

Es decir que **se dan las dosis fijas cada 4 horas estrictamente por reloj**: 8:00 - 12:00 – 16:00 – 20:00 – 24:00 (dosis doble). A las 24:00 hs. la dosis se da doble, para no tener que despertar a la persona a las 4:00 de la mañana.

Las dosis de rescate se pueden dar cada hora, independientemente de las dosis fijas, y si el paciente refiere dolor mayor a 4 en la ENA.

Estos requerimientos se deben anotar prolijamente en el horario de cada dosis de rescate que se utilizó, para que el médico vea cuáles fueron las necesidades de la persona asistida y pueda ajustar la dosis fija.

Posibles efectos secundarios

La morfina u otros opioides fuertes pueden dar efectos secundarios que el cuidador debe conocer para poder informar al médico:

- **Constipación:** es por esta razón que siempre que se indica un opioide, se debe dar un laxante. No hay tolerancia para este efecto, de manera que la persona que lo requiere siempre deberá tomar el laxante. La dosis se deberá ajustar a las necesidades de cada persona.
- **Somnolencia:** en las primeras 48 hs., es habitual que la persona que ingiere opioides tenga tendencia a dormirse. El cuidador no debe preocuparse, ya que luego de ese período de tiempo habrá un mecanismo de adaptación.
- **Confusión, desorientación:** si el cuidador observase el más mínimo indicio de confusión, deberá avisar al médico o enfermero del equipo de salud.
- **Náuseas o vómitos:** es una complicación temprana no siempre presente que se controla habitualmente en la primera semana. El cuidador también deberá informar de este efecto secundario al equipo de salud.

- **Prurito:** es infrecuente pero muy molesto. Requerirá de la intervención del médico.
- **Mioclonias:** movimientos musculares involuntarios. Su presencia también requerirá de la intervención del médico.

En adultos mayores que requieren de un tratamiento con morfina es central asegurar un buen estado de hidratación para prevenir efectos secundarios de dicho opioide (por ejemplo, cuadros confusionales, náuseas, etc.)

Por ninguna razón el cuidador deberá suspender la indicación del analgésico opioide sin la indicación del médico responsable.

Mitos y realidad de la morfina

| MITO | REALIDAD |
|---|---|
| La morfina se usa en moribundos (“todavía no está para morfina”). | La morfina se utiliza en el momento en que un dolor es severo y esto puede ocurrir cuando el status funcional del paciente todavía es muy bueno |
| Si empieza ahora con morfina después ¿qué va a tomar?. | Lo que necesite para aliviar su dolor. Hay opioides más potentes que la morfina como la oxicodona o la metadona. |

| | |
|--|--|
| Se va a hacer adicto. | Para que una persona se haga adicta hace falta tener una personalidad que así lo determine y utilizar la morfina con otras intenciones. |
| Si empieza con morfina después no la va a poder dejar. | La morfina es el analgésico recomendado para el alivio del dolor severo por cáncer y debe empezarse a utilizar cuando éste está presente. |
| Le va a hacer mal al corazón. | La morfina no tiene efectos secundarios sobre el corazón. |
| La morfina lo va a “dopar”. | Puede provocar somnolencia las primeras 24 a 48 hs, luego se produce una adaptación. |
| Le va a producir un paro respiratorio. | La morfina, estadísticamente, no causa depresión respiratoria en los pacientes con cáncer y dolor. |
| Hay que darle sólo si se queja de dolor y lo menos posible. | La morfina debe darse “según reloj” y a dosis fijas para prevenir la reaparición de un dolor que tiene una causa muy clara. |
| Va a desarrollar rápidamente tolerancia y al final no será efectiva. | La morfina no tiene “efecto techo” (dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es efectivo). De hecho, su dosis se aumenta hasta lograr el alivio del dolor o hasta que aparezcan efectivamente efectos tóxicos. Nunca se debe limitar la administración si existe una indicación médica responsable. |

2. Integración de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales al acto asistencial

El sujeto de cuidado es considerado en todas sus dimensiones.

La presencia de una enfermedad incurable produce no sólo cambios o síntomas en el cuerpo, sino que además suele impactar sobre el estado de ánimo, modificar los proyectos de vida, alterar la dinámica de funcionamiento laboral, social y/o familiar, y generar una redefinición de prioridades en la vida de cada persona aquejada por una enfermedad terminal.

Los cuidados paliativos están atentos a todos estos aspectos y cuentan con un equipo entrenado para atender a estas necesidades. Desde esta perspectiva constituyen una forma particular de atención, dando una respuesta integral al padecimiento de la persona enferma, centrando su mirada no exclusivamente en la enfermedad como afección orgánica, sino abarcando otras dimensiones de la vida de las personas próximas a morir.

Por tal motivo la meta de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias, afirmar la vida y mirar a la muerte como un proceso natural.

Sus objetivos principales son el bienestar y la promoción de la dignidad, favoreciendo la autonomía de las personas enfermas y sus familias.

En este sentido, los cuidados paliativos deben ser concebidos como el ofrecimiento de un “lugar seguro”¹ para el sufrimiento, un lugar en el que las personas puedan lidiar con su propia muerte de la manera más constructiva posible.

¹ A. Stedeford, 2005.

El rol del cuidador

Dada la complejidad que caracteriza a las familias que transitan el proceso de acompañar a su familiar enfermo, y atendiendo el contexto social, económico y laboral, es que habitualmente se integra la presencia de un cuidador domiciliario que pueda ejercer idóneamente su tarea, y alivie a los familiares en el quehacer cotidiano.

El cuidador domiciliario debe tener presente las características singulares de cada persona enferma y su familia, y saber acompañar de manera respetuosa, estando al mismo tiempo muy atento a sus inquietudes, preocupaciones o sufrimientos.

Los cuidadores están en un lugar privilegiado para conocer los detalles de la vida de relación familiar y social, así como de las sutilezas que pueden empeorar o mejorar desde el estado de ánimo a la sensación de bienestar, plenitud o paz de la persona cuidada. Sin embargo, **toda información debe ser manejada con mucha prudencia, no tomando partido por ningún integrante de la familia, absteniéndose de hacer cualquier juicio de valor.**

Ese padre o esa madre, ese hijo o abuelo, tienen una historia de vida que el cuidador desconoce. No deberá para él haber buenos o malos, solo comprender que su función es la de cuidar y armonizar, evitando cualquier situación de confrontación o litigio.

3. Trabajo sobre la unidad asistencial paciente- familia

Siempre se debe considerar el entorno afectivo del paciente ya que es un elemento clave para diseñar y llevar a cabo las tareas de cuidado.

Por otro lado, se observó que las familias que cuidan al enfermo de cáncer constituyen una población vulnerable:

Los objetivos principales de los CP son el bienestar y la promoción de la dignidad, favoreciendo la autonomía de las personas enfermas y sus familias.

un cuarto de estas personas presentaban ellas mismos una patología crónica. Así mismo, se observó una alta prevalencia de ansiedad y desórdenes adaptativos en los miembros de las familias cuya severidad alcanzaba la misma intensidad que en el paciente.

Una familia superada por los requerimientos de los cuidados diarios será incapaz de apreciar el tiempo con su ser querido.

La educación y el soporte a la familia contemplan como objetivos:

- capacitar para cuidar,
- promover la adaptación emocional,
- y prevenir el duelo patológico.

La familia tiene necesidad de readaptarse durante la etapa de terminalidad y de rehabilitarse tras la muerte de su familiar. Por ello, el equipo evalúa y recoge de forma sistemática y a través de documentación específica y desde el inicio de intervención su situación, estructura, impacto y necesidades.

El cuidador ejerce aquí otro rol fundamental: sobre él descansa una familia que puede sufrir la conciencia del final de vida de un ser querido y los desajustes en su propia rutina que casi siempre se ve afectada por esta nueva realidad que lo aqueja. Un trabajo que sostener, hijos pequeños a quienes cuidar, otros familiares enfermos que pueden requerir de cuidados, las tareas habituales de la casa, son algunos ejemplos de realidades que la familia debe sostener para mantener sus vidas en equilibrio.

Es clara la relevancia de la figura del cuidador quien permite reencontrar ese punto de equilibrio sobre el que la familia a pesar de todo se pueda sostener para seguir funcionando.

4. Relevancia de los aspectos de información / comunicación entre el equipo asistencial, el paciente y sus cuidadores

Podemos decir que existen dos formas de comunicación: la comunicación lingüística, y la comunicación de tipo existencial, aquella única e irrepetible que tiene lugar entre los seres. Sólo en tal comunicación cada persona existe para la otra en mutua creación.²

Al establecerse una relación entre dos personas, es imposible no comunicarse. Esto implica reconocer que existen distintos modos, niveles o instrumentos de comunicación: la palabra, el gesto, la actitud, el silencio. Más aún, también podemos comunicar lo que no queremos, o ser contradictorios mientras utilizamos una palabra que acompañamos con un gesto que se opone al contenido de la misma.

La comunicación forma parte del tratamiento, la rehabilitación y el acompañamiento del paciente.

La comunicación forma parte del tratamiento, la rehabilitación y el acompañamiento del paciente y puede ser tan importante como cualquier prescripción farmacológica o procedimiento invasivo.

El compromiso en la tarea asistencial exige a los profesionales que integran el equipo de CP a prestar especial atención a la información que maneja cada paciente en relación a su diagnóstico y pronóstico. El paciente tiene derecho a recibir la información que solicita en relación a su enfermedad y el médico la obligación de suministrarle aquella “verdad soportable”, construida a la medida de su situación particular.



² Diccionario de Filosofía Ferrater Mora.

Expresiones como “ya vas a mejorar”, cuando la persona vive las transformaciones que le impone la enfermedad en su propio cuerpo, y el deterioro se hace evidente, es subestimar su inteligencia. El equipo responsable y entrenado acompaña al paciente y le brinda esa información cuidadosamente, en un marco de contención y respeto. Se trata de buscar el equilibrio entre la obligación de no mentir y la de no hacer daño.

El cuidador no debe dar información aunque sea a él a quien se le pregunte y tenga información que le pudo llegar de varias maneras. Las inquietudes que la persona cuidada comparte con el cuidador respecto a la información diagnóstica y/o pronóstica de su enfermedad deben ser transmitidas a la familia y al equipo de salud que lo asiste.

Muchas veces el paciente ha sido informado, pero por un mecanismo de negación ha “olvidado” dicha información. Otras veces no se le informa lo que solicita y le pregunta al cuidador acerca de su enfermedad y su futuro. En una u otra situación el cuidador debe abstenerse de dar información. Es el médico quien prudentemente y manejando los tiempos que considere necesarios debe informar a su paciente.

Los cuidadores domiciliarios que acompañan el proceso de morir, ejercitan como recursos de la comunicación no sólo la palabra, sino también la escucha, activa y empática que favorezca en la persona enferma y sus familiares la posibilidad de compartir las emociones.

5. Promoción de la autonomía

La *valoración funcional*, es decir, la capacidad del paciente de desarrollar las actividades cotidianas, es un aspecto al que se atiende constantemente. Para ello, se utiliza de manera sistemática una escala de valoración funcional denominada ECOG, que puntúa de 0 (sin restricciones funcionales) a 5 (100% de tiempo en cama).

La atención a este aspecto particular es clave para el equipo como un indicador de calidad. A modo de ejemplo, muchas veces observamos que el correcto control de un síntoma como el dolor, mejora la funcionalidad del paciente y su posibilidad de desarrollar actividades del diario vivir.

*El cuidador debe estimular la autonomía de la persona con enfermedad terminal **siempre y cuando dicha persona esté en condiciones de realizar las actividades en cuestión.***

Es importante determinar las razones por las cuales la funcionalidad de la persona se puede ver comprometida. Por ejemplo, una persona con un tumor avanzado, con una astenia o cansancio importante secundario a su enfermedad de base, debe ser respetada y asistida en sus limitaciones, sin ser estimulada para realizar tareas que le son y le serán imposibles de realizar.

Por lo tanto, no se debe dar por supuesto que la persona enferma puede o no realizar determinada actividad. El cuidador debe consultarle permanentemente antes de actuar.

Si existen dudas acerca de las limitaciones funcionales de la persona cuidada, y se piensa que las mismas responden a un cuadro más emocional que orgánico, se debe constatar dicha impresión con los profesionales del equipo de salud para saber si estimular la autonomía de la persona o asistirla comprendiendo sus limitaciones cuidando siempre de no infantilizarla, preservando su dignidad hasta en el más mínimo detalle.

En este sentido, es valioso detenerse en la siguiente frase: “la mayor tragedia no es la muerte, sino la despersonalización”.³

³ Twycross.

6. Abordaje desde un equipo interdisciplinario

En la práctica médica existen muchos modelos de trabajo en equipo. Así es también en Cuidados Paliativos, donde el trabajo se articula de manera interdisciplinaria.

El equipo interdisciplinario se reúne sistemáticamente y establece un consenso para definir una lista de problemas y establecer de manera integrada las prioridades y estrategias de intervención de cada área (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, etc.).

Es esencial incorporar otros saberes e instrumentos para atender a la complejidad de las necesidades del que sufre. Un claro ejemplo es el caso del dolor de difícil control.

Los factores de mal pronóstico en el alivio del dolor han sido bien descritos e incluyen mecanismos fisiopatológicos (**dolor neuropático**), antecedentes de adicción, alcoholismo y/o depresión (antecedentes de patología psicológica previa o trastornos de la personalidad) y sufrimiento total (dolor simultáneo en los niveles físico, psicológico y espiritual).

Este ejemplo permite comprender claramente que la intervención farmacológica podría ser uno entre los diversos abordajes para ayudar al mejor control analgésico. Otras aproximaciones posibles y muchas veces complementarias podrán ser la escucha, la mirada, el uso de la palabra, del silencio o del tiempo o una entrevista familiar, llaves que buscan solucionar un mismo síntoma.

Más aún, establecer la llave y la figura del integrante del equipo que deba utilizarla, es un desafío de este trabajo, en el que tanto cabe la especificidad de cada disciplina como la singularidad de cada miembro del equipo, y que nos obliga a deponer el lugar de expertos para adecuar nuestra intervención en tanto individuos únicos sobre seres y situaciones únicas.



Esto implica que, una vez identificadas las necesidades del enfermo y de su familia, el equipo de salud debe actuar con relevancia y excelencia, a través de los conocimientos teóricos actualizados de cada disciplina y el entrenamiento diario en pos de mejorar sus habilidades y actitudes personales. Un criterio médico de alta, por ejemplo, puede oponerse radicalmente a una valoración de la trabajadora social acerca de los recursos humanos disponibles en el domicilio. Se debe priorizar la experiencia con cada paciente, tratando de ir desde la experiencia a la teoría y no a la inversa.

La información que puede proveer un cuidador atento, sensible y preparado, es un elemento fundamental para que el equipo de salud trabaje en la reunión de equipo, redefiniendo estrategias y prioridades. De este modo, el cuidador se integra al equipo de salud.

7. Focalización en la calidad de vida, definida ésta siempre por cada paciente asistido

Este es un concepto nodal para los cuidados paliativos: es cada persona quien define qué calidad de vida tiene y quiere.

Por ello, es necesario estar atento a los deseos de la persona asistida, sin tener un juicio anticipado de su significado. Obviamente es un concepto multidimensional e incluye variables tan amplias como aspectos físicos, funcionales, sociales, emocionales, espirituales, financieros, etc. También existen escalas que nos permiten medir calidad de vida de los pacientes y ajustar los cuidados a las necesidades de cada uno de ellos.

La calidad de vida la define cada persona.

El cuidador domiciliario deberá estar atento, facilitándole a la persona a la que asiste cada detalle que le resulte relevante. Siempre debe consultar a la persona asistida acerca de sus preferencias: aromas, temas musicales, comidas favoritas, programas de televisión, oscuridad a la hora de la siesta, etc.

En cada detalle radicará el placer o displacer de la cotidianidad, y la calidad de cada cuidador domiciliario.

Población beneficiaria de los Cuidados Paliativos

Si bien los cuidados paliativos fueron desarrollados originariamente para los pacientes portadores de enfermedades oncológicas, posteriormente se extendió la aplicación de este modelo asistencial a otras poblaciones de pacientes con enfermedades terminales no oncológicas, y su campo de acción sigue aún en debate (EPOC avanzado, ICC avanzada, IRC avanzada, enfermedades neurológicas degenerativas, SIDA avanzado, demencias seniles).

Las necesidades que plantean los pacientes son similares, resultando un modelo útil para los problemas del final de la vida, más allá de cuál sea la enfermedad de base. Por otro lado se ha demostrado que muchos síntomas y problemas del último año de vida son similares más allá de la patología que presenten los pacientes.

La agonía

La agonía es el estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en las que la vida se apaga gradualmente.

Signos y síntomas de la agonía

Entre los síntomas de la agonía podemos distinguir los físicos, y los psico-emocionales.

A) Físicos

- Deterioro evidente y progresivo del estado físico con disminución del nivel de conciencia.
- Dificultad o incapacidad de ingesta.
- Alteración de los esfínteres.
- Fiebre por infecciones recurrentes.

B) Psico -emocionales

En el paciente:

- Angustia.
- Agitación.
- Crisis de miedo o pánico.
- Necesidad de estar acompañado por las personas más afines.

En los familiares:

- Stress psico-emocional ante la cercanía de la pérdida.
- Gran demanda de atención y soporte.
- Necesidad de información concreta.

Síntomas más frecuentes

- **Dolor:** los fármacos de elección serán los opioides potentes (morfina y derivados).
- **Incapacidad de ingesta:** tener en cuenta que es la enfermedad la que provoca el deterioro, no la falta de ingesta.
- **Disnea:** es la sensación de falta de aire o de ahogo. Este síntoma puede ser muy desagradable para el paciente y generar gran angustia en la familia.

Tratamiento de la disnea

El **médico** indicará morfina cada 4 horas por vía SC. Si la disnea se acompaña de ansiedad, indicará **benzodiazepinas** inmediatamente y luego cada 6-8 horas.

El **cuidador** proporcionará aire fresco en la cara del enfermo, mantendrá abiertas las ventanas, y humedecerá su boca periódicamente.

El cuidador deberá chequear que cada una de estas acciones le dé tranquilidad y mejore la sensación de falta de aire de la persona a la que asisten. No debe hacerlas automáticamente.

Control de síntomas en la fase de agonía

- Se prescindirá de fármacos sin utilidad inmediata: antidiabéticos, antihipertensivos, antidepresivos, etc.
- Se instaurará una terapia simple y sencilla para que los cuidadores y familiares puedan participar al máximo en la administración de fármacos.
- Se dará prioridad a la vía oral, o en su defecto a la vía subcutánea.
- Se les enseñará a los cuidadores a utilizar la vía SC.
- Se educará a la familia para que el paciente domiciliario tenga el mayor confort físico y espiritual.
- Se formularán objetivos y se realizará una planificación terapéutica durante la fase agónica.
- Se evitará todo aquello que le cause molestias al paciente.
- Se brindará soporte emocional al paciente y su familia, enseñando a sus cuidadores la mejor forma de cuidar.
- Se ofrecerá acompañamiento espiritual.
- Se establecerán cambios en la organización.

La vía subcutánea

En los pacientes asistidos por un equipo de Cuidados Paliativos, el cuidador observará que muchas veces se indica la vía subcutánea cuando la vía oral no es posible y se requiere un acceso fácil para administrar medicamentos. Esta vía permite la administración de fármacos en el domicilio por los cuidadores del enfermo con un mínimo entrenamiento y control por parte del profesional de enfermería.

El cuidador puede utilizar esta vía una vez que el enfermero lo entrena para hacerlo.

Las ventajas del uso de esta vía son:

- Fácil manejo.
- Permite la auto aplicación.
- Permite la aplicación por parte de un familiar o cuidador.
- Exige de cuidados mínimos y si por accidente se sale, no representará ningún inconveniente ya que al no estar colocada en un acceso venoso, no provocará ningún sangrado.
- Presenta raramente efectos secundarios (ocasional enrojecimiento de la piel, dolor, pérdida del medicamento por fugas o infección).
- En las personas que no ingieren líquido o suficiente cantidad de líquido para mantenerse correctamente hidratadas, esta vía permite administrar hasta 1 litro y medio de suero diario.

El soporte emocional

- No debe concluir cuando el paciente ya no es capaz de conversar, sino todo lo contrario.
- Deberá potenciar la comunicación a través del tacto y las sensaciones corporales.
- Explicará al paciente toda práctica que se efectúe.
- Dará muestras de empatía, calidez y confianza.
- Atenderá a la familia:

- Manteniéndola informada en forma continua.
- Despejando sus miedos.
- Ayudándola a expresar sus emociones.
- Acompañamiento espiritual.
- Toda persona tiene, frente a la muerte, la necesidad de:
 - Confirmar o reafirmar sus creencias.
 - Reconciliarse consigo mismo.
 - Ser valorado por su propio ser.

Rol del cuidador domiciliario en cuidados paliativos

El cuidador debe desarrollar destrezas y habilidades en el cuidado, tales como:

- Evitar molestar al enfermo con problemas personales.
- Moverse con gran discreción en el ámbito domiciliario.
- No querer sustituir al médico o al enfermero.
- No pretender reemplazar al familiar cuidador.
- Mantener una buena comunicación con la familia y el equipo de salud.
- Actuar con naturalidad.
- Tomarse el tiempo necesario para llevar a cabo cada una de las tareas de cuidado.
- Escuchar empáticamente.
- Respetar los silencios.
- Evitar hablar con otros acerca del enfermo en presencia de éste, aún en momentos en que cree que está inconsciente y no escucha.

- Aceptar hablar sobre la trascendencia de su dolencia con el enfermo.
- No dar al enfermo información respecto a su enfermedad o estado de salud.

Objetivos del cuidado

- Tratar el cuerpo del paciente con delicadeza.
- Brindar seguridad.
- Promover la autonomía de acuerdo a las posibilidades de cada persona a la que cuida.
- Brindar un marco de privacidad e intimidad.
- Ofrecer tranquilidad.
- Tratar al paciente con respeto y empatía.

Cualidades del cuidador domiciliario

- No emitir juicios de valor.
- Saber hacer silencio.
- Escuchar a la persona cuidada y a su entorno afectivo.
- Ser conscientes de lo que se transmite a través del lenguaje corporal y verbal.
- Respetar los hábitos, gustos y preferencias de la persona a cargo.
- Facilitar un clima cordial en el entorno del paciente.
- Ser prudentes: no entrar en conflictos familiares.
- Respetar las indicaciones del equipo profesional.
- Conocer los límites de la práctica del cuidador.
- Detectar situaciones de alarma y pedir asistencia inmediata al equipo de salud.
- Poder detectar situaciones que nos afectan personalmente y transmitir las al equipo de salud.
- No desplazar al paciente del centro de la escena dirigiéndose directamente a su familia. Su eje debe ser siempre la persona a la que asiste.

El adiós

*Llegué armado de coraje para poder empezar
hasta pensé en el lenguaje que debía utilizar
y una sonrisa latente
para entregar a esa gente
al momento de saludar.*

*Al ingresar a ese hogar cambió todo en un instante
era un momento angustiante
que se podía palpar.*

*Agonizaba allí la paciente, casi al punto de expirar.
Luego de algún momento, el enfermero se hizo escuchar.*

*Dijo: señores, lo siento... ha dejado de respirar.
Me acerqué... y con atención cada uno la observaba.*

*El esposo la miraba parado en un rincón.
Se me encogió el corazón al presenciar esta escena.*

*Su hijo, lleno de pena, la acariciaba en su lecho,
cubría su frente de besos apretándola a su pecho.*

¿Porqué mi madre mueve el mentón?

*Temblosa su voz preguntaba
exigiendo una explicación
y si aún vida le quedaba.
Son movimientos reflejos
Le explicamos enseguida
que hace el cuerpo que es tan complejo
por aferrarse a la vida.*

*Del otro lado de la cama
sentada estaba la hermana
con un pañuelo en la mano
que a su boca lo apretaba
como tapando un sollozo
que de a poco se escapaba.*

*Yo mientras tanto pensaba
y esto me pregunté:*

*¿Cómo poder luchar con algo que no se ve?
Mi trabajo no sirvió
por un momento he sentido,
soy conciente que he venido
a brindarle mi cuidado
la muerte se la ha llevado
y atajarla no he podido
por dónde entró, nadie sabe...*

Víctor Jofré
Cuidador Domiciliario

Autores:

Rosa Mertnoff, médica:

Directora del Programa de Cuidados Paliativos y de Atención Domiciliaria del Hospital de Clínicas, UBA.

Directora el Postgrado interdisciplinario en Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina Virtual de la UBA.

Directora Ejecutiva de PALIATIVA, Asociación civil para el desarrollo de los Cuidados Paliativos.

Lic. Carolina Nadal, Trabajadora social:

Coordinadora del área psicosocial del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, UBA.

Coordinadora del área psicosocial del Postgrado interdisciplinario en Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina Virtual de la UBA.

Docente del la Carrera de Trabajo Social de la UBA.

Norma Muras, Enfermera:

Integrante del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas Universidad de Buenos Aires.

Tesorera de PALIATIVA, Asociación civil para el desarrollo de los Cuidados Paliativos.

Bibliografía:

Hanks, G. y Cherny, N. (2009), *Oxford Textbook of Palliative Care*, Oxford University Press.

Gómez Sancho, M., *Medicina Paliativa en la cultura latina*, Grupo Aran Ediciones.



CAPÍTULO 2:



El cuidado del pie en el adulto mayor





Introducción

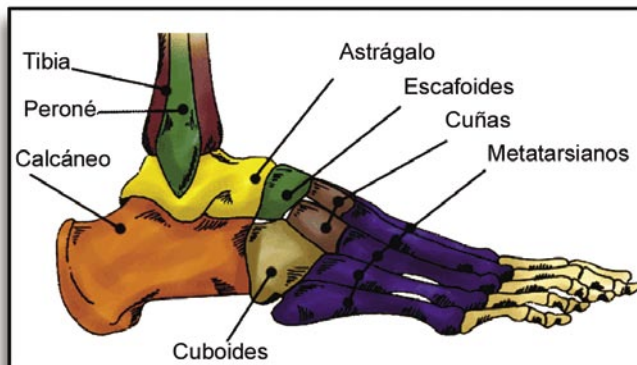
La podología estudia la anatomía del pie, incluyendo sus patologías y tratamientos.

La palabra “podología deriva del griego podo (pie) y logos (conocimiento).

Anatomía del pie. Conceptos y generalidades

El pie está constituido por **26 huesos** dispuestos en tres grupos: huesos del tarso, del metatarso y de los dedos.

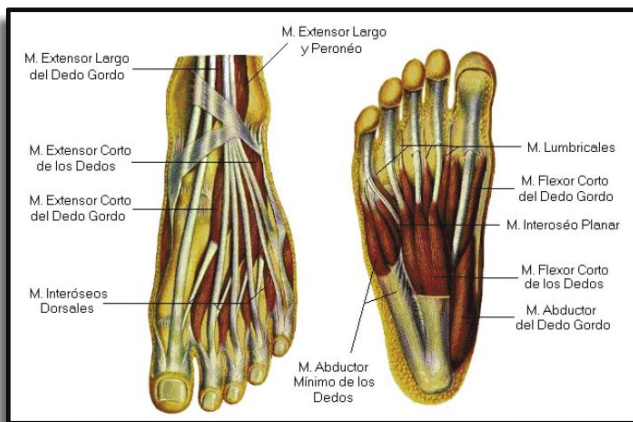
- **Huesos del tarso:** astrágalo, calcáneo, cuboides, escafoides y cuneiformes.
- **Huesos del metatarso:** se conocen como metatarsianos y son el 1°, 2°, 3°, 4° y 5°.



- **Huesos de los dedos:** se designan como 1°, 2°, 3°, 4° y 5°, contando de adentro hacia afuera.

El pie posee **31 músculos** que se encuentran repartidos en cuatro regiones:

- **Región dorsal:** un solo músculo, aplanado y delgado, extensor medio de los dedos del pie.
- **Región plantar Interna:** consta de tres músculos: a) abductor del dedo gordo (músculo superficial, tan largo como el pie); b) flexor corto del dedo gordo (se encuentra debajo del abductor y es más corto y delgado); c) abductor del dedo gordo (situado por fuera del flexor corto del dedo gordo).
- **Región plantar externa:** consta de tres músculos: a) abductor del dedo pequeño; b) flexor corto del dedo pequeño; oponente del dedo pequeño (situado dentro del flexor corto).
- **Región plantar media:** consta de cuatro músculos: a) flexor corto plantar; b) accesorios del flexor largo; c) lumbricales del pie; d) interóseos del pie.



La piel de los pies

Al igual que la que recubre toda la superficie corporal, la piel de los pies es una cubierta flexible que consta de varias capas (epidermis, dermis e hipodermis).

En las plantas de los pies es más gruesa, y se encuentra muy vascularizada.



Esta gran irrigación sanguínea tiene dos funciones principales:

- a) regulación térmica y
- b) reservorio de sangre, regulable y adaptable a las circunstancias.

También presenta una gran cantidad de terminaciones nerviosas que responden a funciones distintas: sensitivas, táctiles, térmicas, tróficas, etc.



Funciones de la piel



- Protección frente a radiaciones UV.
- Inactivación de gérmenes.
- Neutralización de las sustancias químicas nocivas.
- Elaboración de vitamina D bajo los efectos del sol.
- Detección de estímulos sensoriales.
- Amortiguación de agresiones mecánicas.
- Regulación de temperatura, a través de mecanismos de evaporación del sudor, vasodilatación y aislamiento térmico.

Piel senil

El envejecimiento de la piel causa cambios estructurales y funcionales de la dermis y estructuras cutáneas, entre ellos la disminución de espesor de la epidermis.

La piel se va adelgazando ya que sus células se aplanan y disminuyen las diferentes capas que cumplen funciones específicas tanto para irrigar como para responder a un estímulo, para producir el vello, etc.

Como ocurre una disminución de las funciones, se produce un cambio en el color y aparecen pequeñas manchas oscuras llamadas pecas. La transpiración disminuye, lo que hace que la piel se vuelva más sensible a cualquier cambio o estímulo.



Los vasos sanguíneos del anciano se vuelven vulnerables a los traumatismos menores. Disminuye el volumen de grasa subcutánea, las venas superficiales se vuelven más visibles a través de la piel atrófica y se producen arrugas.

Patologías del pie

El pie humano es un espejo de ciertas enfermedades sistémicas. En él pueden manifestarse alrededor de quinientos procesos patológicos.

El dolor o disfunción en un pie puede afectar la función de otras partes del cuerpo como la rodilla, la cadera y la región lumbar de la columna vertebral. Esto puede conducir al agravamiento de una patología preexistente, como la artrosis y el espasmo muscular.

La relación anatómica del pie con la superestructura del cuerpo lo hace más susceptible a las lesiones. El pie soporta una gran parte del peso corporal y está sujeto a grandes fuerzas.

Afecciones tales como el pie plano, el *hallux valgus* (juanete) y los dedos en martillo pueden empeorar mucho si la persona permanece de pie por períodos prolongados.

Afecciones del pie en el adulto mayor

Trastornos de la sudoración

Hiperhidrosis (piel húmeda)

- **Causas:** nerviosismo, desequilibrios dietéticos, enfermedades (anemia, tuberculosis, obesidad, enfermedades endocrinas), higiene defectuosa, fuerzas mecánicas (irritación por fricción o por distensión de tejidos subcutáneos).

- **Características de la piel:** blanqueza, macerada, esponjosa al tacto, generalmente fría y húmeda. Pueden aparecer grietas y signos de abrasión que producen dolor intenso.
- **Tratamiento:** se debe normalizar el funcionamiento glandular. Si la causa es sistémica, corresponde consultar al médico. Si la causa es mecánica se deberá usar calzado adecuado, baños con agua templada y una solución astringente y bacteriostática, secando bien con palmaditas. Usar calcetines que permitan la evaporación, evitando el nylon o fibras sintéticas. Evitar las suelas de goma. Levantar los pies de 10 a 15 minutos y de ser posible, airearlos.

Bromhidrosis (olor desagradable en los pies)

Se trata de una sudoración con olor fétido debido a la descomposición bacteriana de las secreciones de la piel en presencia de humedad. Está relacionada con la hiperhidrosis.

- **Causas:** higiene defectuosa. Calzado inadecuado usado en forma permanente. Fallas mecánicas de la marcha (vencimiento de arcos, esfuerzo desusado). Ingesta de sustancias aromáticas (Ej. Ajo).
- **Tratamiento:** similar al de la hiperhidrosis.

Anhidrosis o hipohidrosis

Se trata de la piel seca.

- **Causas:** disminución de la función de las glándulas sudoríparas, que limita la excreción a través de la transpiración. Según algunos autores la piel seca se debe a la falta de agua en el organismo, y no a la ausencia de elementos grasos o aceites.

- **Características:** piel seca, escamosa, y de aspecto apergaminado. Las uñas se presentan partidas, secas y a veces engrosadas. Los surcos ungueales se convierten en callosos. La ausencia o disminución del sudor en el pie puede transcurrir de forma asintomática o producir una sensación de quemazón. A veces las molestias se deben a fisuras producidas por las pérdidas de elasticidad.
- **Tratamiento:** es local. Se trata de restaurar la tersura de la piel. Se utilizan emolientes introducidos mediante la fricción o calor (lámpara de calor radiante). Resulta muy efectiva una mezcla de aceite de oliva y glicerina por partes iguales.

Callos y callosidades

Engrosamiento de la piel como respuesta a la fricción. El callo, a diferencia de la callosidad, posee un núcleo que se desarrolla más en profundidad que en la superficie, con formas que varía de acuerdo con las zonas.

- **Causas:** a) calzado que roza excesivamente sobre una zona del pie; b) una parte ósea roza en forma excesiva sobre los tejidos profundos e incide superficialmente sobre la piel; c) conjunción de las dos causas anteriores.
- **Tratamiento:** es local y lo debe realizar un podólogo capacitado. Se debe usar calzado cómodo y de ser necesario se recurrirá al uso de plantillas y correcciones que intentarán compensar la mala pisada.
- **Recomendaciones:**
 - No pasar piedras abrasivas. Solo se conseguirá acumular más callosidad.
 - No colocar los llamados “callicidas” (solución tópica o parches) ya que también atacan la piel sana.
 - No usar calzado tipo ojotas, chinelas o sandalias que dejen libre el talón
 - No utilizar hojas de afeitar para cortar callos o callosidades ya que puede provocar heridas que se infectan fácilmente.



Onicomycosis: infecciones por hongos

- **Causas:** a) contagio; b) exceso de humedad (secado deficiente); c) uso de medias y calzado de material sintético. Hay que evitar pintarse las uñas en lugares públicos (el esmalte es un caldo de cultivo para los hongos).
- **Tratamiento:** consultar al médico. Con cada baño, cepillar con jabón las uñas de los pies.

Malformaciones óseas

Entre ellas, el dedo martillo, garra, cabalgados, rígidos, *hallux valgus*, *hallux rigidus*, *hallux extensus*, juanetillo de sastre, etc. Todas estas afecciones deben ser tratadas por el médico especialista, con el apoyo del podólogo.

Pie diabético

La diabetes es una enfermedad multifacética caracterizada por hiperglucemia (azúcar en la sangre) e intolerancia a la glucosa, causada por una utilización inadecuada de insulina o una producción inadecuada de ésta.

El pie del paciente diabético es muy susceptible a cualquier traumatismo.

El talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables, pudiendo aparecer infección y gangrena.

Una vez instalada la infección, los microorganismos piógenos se asocian a una infección **micótica** que a menudo es el proceso inicial y ocasiona fisuras, lesiones, grietas y úlceras en los espacios interdigitales facilitando la invasión bacteriana secundaria.

Las infecciones también se pueden formar a partir de la manipulación de la uña encarnada o de un callo. La neuropatía del diabético se traduce en infección y gangrena relativamente indoloras. La osteomielitis de los dedos pequeños es de improbable curación.

• **Tratamiento profiláctico del pie diabético:**

- Explorar diariamente los pies en busca de fisuras, callos, durezas y úlceras.
- Lavar los pies diariamente con agua tibia y jabón suave, secándolos cuidadosamente.
- Aplicar lubricante en la piel escamosa.
- Evitar bolsas de agua caliente y almohadillas eléctricas.
- Usar zapatos con punta ancha, sin aberturas en los talones. Cambiarlos con frecuencia.
- En caso de deformación de los pies (Ej. Amputación previa de los dedos) debe prescribirse un calzado especial para reducir posibles traumatismos.
- No andar nunca con los pies descalzos.

Enfermedades de las uñas

Pueden ser congénitas o adquiridas.

Traumatismos

Pueden llegar a provocar uñas deformadas. Es muy probable contraer una micosis (hongos) después de un golpe por el cual la uña se desprende de su lecho.

Hematoma

Masa tumoral benigna que contiene sangre. Conviene perforar la uña para permitir el drenaje de la sangre acumulada, para que ceda el dolor (solamente lo puede hacer un profesional).

Uña encarnada o uñero

Se produce cuando parte de la uña penetra en la piel, que a menudo puede resultar en una infección.

Cuidados del Pie

Cómo realizar un correcto mantenimiento de las uñas

En el pie, la fuerza del peso del cuerpo tiende a comprimir fuertemente las partes blandas alrededor de la lámina **ungueal**. Por consiguiente, el corte inadecuado de la uña ocasiona que las partes blandas queden comprimidas sobre una lámina **ungueal** de contornos indeseables.

Por lo tanto, se deben cortar en forma recta, nunca redondear los bordes. La uña debe abarcar el pulpejo y la ligera curvatura de sus bordes suaves. Se debe proteger a las partes blandas en los surcos, sin que lleguen a cortarlas.

El largo normal de la uña ha de sobresalir ligeramente del lecho. Para verificarlo, basta con tocar en forma frontal el dedo, y se debe sentir la uña y el pulpejo al mismo tiempo. Si se tocara solamente el pulpejo, la uña estará demasiado corta y se corre el riesgo de que se encarne.



Se debe usar instrumental adecuado para cortar las uñas de los pies. No usar alicates pequeños de presión que son adecuados para las manos, porque tienen una curvatura exagerada.

La tendencia a cortar la uña en V es de efectos dudosos y en muchos casos contribuye a aumentar la presión sobre el surco.

Resulta útil disminuir el espesor de la uña limándola en toda su superficie. De esta manera, se evitará la presión que ejerce la uña sobre los surcos, y puede devolverle flexibilidad.

Recordar que entre dos males: uña demasiado corta o demasiado larga, éste último es el mal menor.

Masoterapia

El masaje debe ir desde los dedos hacia el talón con movimientos suaves de rotación, supinación, abducción, etc., tanto en dedos como en tarso, metatarso y talón. Estos ejercicios producen alivio y relajación.

Para pies doloridos usar cremas antiinflamatorias; para piel seca usar cremas humectantes con vitamina A; para el pie con mucha transpiración y temperatura se deben emplear cremas astringentes y mentoladas.



Autor:

Eduardo Cagnacci, Podólogo Profesor:

Jefe de Podología del Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

Bibliografía:

Gericuba (2004), *Guía clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores*, Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS.

De Berker, D.; Barán, R. y Dawber, R. (1998), *Manual de enfermedades de las uñas y su tratamiento*, Edición española, Editorial Edimsa, ISBN: 9788477141570, España.

Goldcher, A. (1992), *Manual de Podología*, Editorial Masson S.A., Edición española, ISBN 84-311-0606-9.







CAPÍTULO 3:



Cuidado del Cuidador





Qué es cuidar

Cuidar es un acto natural, es un acto de vida. Cada acto que hacemos cuando cuidamos a alguien es simple, pero tiene efectos muy importantes para quien es cuidado.

Es una atención integral a la persona en todos sus aspectos, dirigida a la salud, a mantener la vida. Ayuda en la satisfacción de las necesidades básicas, requerimientos indispensables para mantener la vida.



El cuidado implica comunicación, confianza, compromiso y amor. Lleva a una transformación profunda y **cualitativa**.

Muchos son los condicionantes que se ponen en juego para poder cuidar: historia vincular, apego o cercanía con adultos mayores, personalidad del cuidador, disponibilidad horaria, condiciones físicas y emocionales, edad, facilidad para la realización del tipo de tareas que se requieren, etc.

Es por eso que en cada uno o varios de estos condicionantes, podríamos encontrar tanto fuentes de estrés, como elementos para fortalecer o apoyar al cuidador.

El buen desempeño

La posibilidad del buen desarrollo personal y de las tareas del cuidador tienen que ver con factores asociados con la aparición de situaciones de desgaste o estrés, por un lado, y con factores que funcionan como protección o compensación que disminuyen el impacto de esas situaciones.

El buen desempeño estaría determinado por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo (factores que incrementan la posibilidad de que aparezcan síntomas de estrés) y factores de protección o compensación (son aquellos factores que disminuyen dicha posibilidad).

Los podemos agrupar, según el aspecto a que se refieren, en los siguientes niveles:



- Personal o interno.
- Familiar.
- Institucional.
- Contexto del cuidador.
- Macro social.



Nivel personal o interno

| | Como factor de riesgo | Como factor de protección |
|-------------------------------|--|--|
| Motivación | Se constituye en un factor de riesgo cuando no ha existido la posibilidad de elección de la tarea de cuidar y, dicho factor permanece inalterado, sin modificaciones en el transcurso del tiempo. | Se convierte en una fortaleza cuando involucra la necesidad de independencia y el desafío. |
| Exceso de preocupación | Los problemas a que nos enfrentamos cuando iniciamos una nueva actividad indican en su base una preocupación general por el dinero, el fracaso de la actividad, la falta de recursos y la carencia de las destrezas correspondientes. También podría aparecer incertidumbre acerca de las exigencias propias de dichas tareas, la forma en que deben ser llevadas a cabo, y las expectativas sobre los resultados. | Nivel adecuado de preocupación que funcionaría dinamizando la tarea. |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| Autoestima | Algunas personas reaccionan negando su propia sensibilidad y comienzan a experimentar ansiedad, angustia o dudas con respecto a su capacidad, revelan falta de confianza en sí mismas y padecen una sensación de desgarramiento emocional que les impide afianzarse en su trabajo. | Cuando el cuidador puede reconocer las destrezas adquiridas, potenciar el desarrollo de las capacidades personales, y tener un sentido claro de la identidad laboral, su práctica se convierte en fuente de satisfacción y seguridad. |
| Tolerancia al conflicto | Debe entenderse en este ítem la presencia de demandas opuestas o incompatibles con las tareas laborales. En el cuidador domiciliario, este conflicto puede manifestarse al tener que optar entre los principios éticos aprendidos durante la formación, la limitación de los recursos asistenciales disponibles y las restricciones económicas que condicionan la toma de decisiones en la práctica habitual. | Las situaciones problemáticas acompañan la vida cotidiana de las personas, y, debe entenderse que no siempre dichas situaciones se pueden resolver. El aprendizaje en el conocimiento de los límites personales y de los otros opera preservando al cuidador frente a la necesidad permanente de resolución de situaciones de la vida diaria. |
| Sentimientos | De omnipotencia-impotencia: se ponen de manifiesto cuando por ejemplo se presta más ayuda de la necesaria. Es frecuente que los cuidadores que no ponen límites piensen que han de ayudar en todo lo que les pida la persona que está siendo cuidada. También suele ocurrir que piensan que sólo él o ella sabe cómo cuidar a ese viejo o que los demás deberían darse cuenta de que se encuentra necesitando ayuda en su trabajo. | De inquietud, curiosidad, superación: dichos sentimientos constituyen el motor de la tarea diaria, descubrirlos y potenciarlos garantiza las posibilidades de crecimiento y desarrollo de las buenas prácticas del cuidador. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Empatía</p> | <p>Dificultad para “ponerse en el lugar del otro”.</p> <p>Se percibe de múltiples formas, una de ellas, la infantilización del adulto mayor a través de las prácticas de apoyo en las actividades de la vida diaria.</p> | <p>Implica ponerse en el lugar del otro, escuchar antes que hablar, reconocer los sentimientos individuales de cada uno, en el otro. Es la capacidad de una persona de vivenciar la manera en que siente otra, y compartir sus sentimientos, entendiendo sus penas, sus alegrías, sus miedos, temores, motivaciones, actitudes, capacidades. No significa estar de acuerdo en todo con la otra persona, ya que se puede y además se debe fomentar el espíritu crítico, pero sin perder y respetando, la posición de la otra persona.</p> |
| <p>Estímulos</p> | <p>Carencia de actividades sociales, recreativas; falta de tiempo de ocio y diversión.</p> | <p>Recreación, actividad física, diversión, practicar actividades que sean de su interés personal, desarrollar actividades sociales.</p> |
| <p>Sistema de creencias adherido a estereotipos de vejez</p> | <p>Los prejuicios y estereotipos constituyen un factor de riesgo para la práctica del cuidador domiciliario en tanto guían su comportamiento, su modalidad de pensamiento y acción.</p> | <p>No tiene acepción positiva.</p> |

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|
| Comportamiento asertivo | No tiene acepción negativa. | Supone trabajar en aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, planteando con seguridad y confianza lo que se quiere, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos de forma directa, abierta y honesta. |
|--------------------------------|-----------------------------|--|

Nivel familiar

| | Como factor de riesgo | Como factor de protección |
|--------------|---|----------------------------------|
| Duelo | Acceder a la práctica del cuidado domiciliario para sobrellevar una pérdida. Proyectar, transferir, reparar en el adulto mayor a cuidar sentimientos o emociones que se corresponden con otra persona o personas del entorno familiar del cuidador. | No tiene acepción positiva. |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <p>Relaciones familiares</p> | <p>Cuando dicha variable obstaculiza o impide el ejercicio de la buena práctica del cuidador domiciliario y el reconocimiento de los derechos propios y de los otros.</p> | <p>La familia constituye un factor de protección para el cuidador cuando es contenido y valorado por sus integrantes en su esfuerzo de formación y trabajo; así como cuando alcanza un nivel de adaptación y organización que se traduce en fuente de tranquilidad y seguridad.</p> |
|-------------------------------------|---|---|

Nivel Institucional

| | <p>Como factor de riesgo</p> | <p>Como factor de protección</p> |
|--|--|---|
| <p>(Deterioro o detrimento de los) servicios socio sanitarios</p> | <p>Cuando el cuidador no obtiene el apoyo necesario para el buen desempeño de su función. Se presenta como la imposibilidad de brindar la prestación óptima por desatención, abandono o carencia de los recursos institucionales adecuados a las necesidades de la persona que está siendo cuidada, ya sea un adulto mayor, persona con discapacidad o paciente con enfermedad terminal o crónica.</p> | <p>Prestaciones idóneas y adecuadas de las instituciones sociosanitarias para el óptimo desempeño de la tarea del cuidador.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| Sobre-carga de trabajo | <p>Nos referimos al exceso de trabajo, cuando la cantidad y o calidad de las prestaciones que realiza el cuidador superan su capacidad de respuesta.</p> | <p>La inclusión del cuidador en la planificación del modo de efectuar su trabajo contribuye a la vez a su organización y valoración.</p> |
| Desempleo (pérdida de identidad laboral) | <p>La falta de continuidad laboral ya sea por características propias del tipo de trabajo que supone cuidar a un adulto mayor (ej. el fallecimiento del anciano), por variables personales (ej. embarazo) o de otro orden (ej. empleo informal), supone en oportunidades y para algunos grupos la deconstrucción y reconstrucción de la identidad laboral, teniendo el cuidador que adaptar y dar significado permanentemente a dicha situación.</p> | |
| Necesidad de rotación | <p>Los vínculos y relaciones humanas tienden en sus formas a crecer y desarrollarse, pero pueden incurrir también en círculos viciosos, generando malestares a las personas que los integran.</p> | <p>Es necesario transcurrir experiencias de actualización y desarrollo de las técnicas y de las destrezas y capacidades prácticas en situaciones nuevas que ofrezcan nuevos desafíos.</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Formación permanente | Carencia de formación o formación deficiente. | Todas las personas, mayores o no, estamos sujetas a continuos cambios, por tal motivo es necesario continuamente aprender algo más. Dado que el conocimiento es una construcción conjunta, se nos presentan múltiples formas de adquirirlo. El cuidador puede asistir a grupos, talleres, capacitaciones, seminarios, charlas, etc. en múltiples y distintas áreas como salud, educación, justicia, seguridad. También pueden consultar libros y guías en las que pueden encontrar orientaciones sobre cómo actuar ante determinados problemas que plantea el cuidado; o solicitar información a profesionales accesibles a su práctica (médicos, trabajadores sociales, etc.). |
| Supervisión | Carencia de supervisión. | Las actividades de supervisión que incluyen orientación, asesoramiento, transferencia de procedimientos adecuados y eficaces, procesos de información regulares, accesibilidad para el cuidador en momentos de necesidad, e indicaciones claras, se consolidan como fuentes de sostén y contención, y de alto nivel preventivo. |

| | | |
|-------------------|-------------------------|---|
| Evaluación | Ausencia de evaluación. | Se manifiesta como importante realizar evaluaciones periódicas de la forma en que se está organizando el tiempo y analizar si es necesario realizar cambios o ajustes en las tareas que realiza el cuidador de manera tal que, dicho tiempo sea percibido como productivo y óptimo. |
|-------------------|-------------------------|---|

Contexto del cuidador

| | Como factor de riesgo | Como factor de protección |
|--|---|---|
| Redes sociales o socio familiares | Aislamiento socio familiar; falta de apoyo emocional, económico, laboral. | Utilizar los recursos y servicios de la comunidad: hacer visibles y contribuir a las redes comunitarias, proporciona al cuidador un soporte cercano y accesible. |
| Red Institucional | | Entrar en contacto con instituciones, organizaciones y asociaciones: los grupos y asociaciones para la tercera edad pueden ser de ayuda para los cuidadores. Actúan como entidades de apoyo ofreciéndoles información por ejemplo sobre recursos específicos para dicho grupo etáreo. |

| | | |
|------------------------|--|--|
| Red conviviente | Monoparentalidad, convivencia multigeneracional. Se perciben como factores de riesgo cuando persiste la imposibilidad de un adecuado nivel de organización de la red conviviente del cuidador frente a la tarea propuesta. | |
|------------------------|--|--|

Contexto macro social

| | Como factor de riesgo | Como factor de protección |
|----------------------------|---|---|
| Pobreza crónica | Se constituye en un factor de riesgo cuando dicha condición se perpetúa en el tiempo para el cuidador, impidiéndole hacer uso de la práctica adquirida. | No tiene acepción positiva. |
| Políticas públicas | Ausencia o debilidad en políticas públicas que consideren la responsabilidad compartida en el acompañamiento de los procesos de envejecimiento. | El desarrollo de políticas públicas que alientan la promoción del sentido de responsabilidad compartida en el acompañamiento del proceso de envejecimiento, se propone como factor de protección, no solo a nivel individual para la salud del cuidador sino para la salud colectiva. |
| Aceptación cultural | Dificultad para la aceptación de la práctica del cuidado domiciliario. | La aceptación cultural de la práctica del cuidador domiciliario en nuestro país, opera como un factor facilitador para el cuidador. |

| | |
|----------------------|--|
| <p>Género</p> | <p>“Cuidar es femenino...” El trabajo de las mujeres tanto en el hogar como en el mundo del trabajo remunerado ha supuesto tradicionalmente cuidar de otros. Cuando se trata de una actividad de servicio, su trabajo exige un considerable aporte emocional, destrezas prácticas y un conocimiento especializado. La asistencia es repetitiva y en ciertas oportunidades, parece no tener fin. Asistir a otros supone, a menudo, que la persona anteponga las necesidades de los demás a las propias necesidades.</p> <p>Aparece aquí la necesidad de desarrollar conductas asertivas para enfrentarse con los conflictos que supone tener que individualizarse y definirse por sí mismas cuando la tendencia sería someterse con mayor facilidad a las exigencias de los otros.</p> <p>Pese a los esfuerzos legislativos a favor de la igualdad de oportunidades e ingresos, el promedio de ingresos femenino sigue siendo inferior al masculino. El trabajo de la mujer presenta además otra particularidad, nunca o rara vez es realizado por hombres. Como indica Janette Webb (cap.II), los propios empleos están diferenciados por géneros y en aquellos casos en que los hombres asumen posiciones “femeninas” rápidamente adoptan posiciones de poder y limitan su participación en la realización del servicio.</p> |
|----------------------|--|



Consecuencias del estrés en el cuidador

Efectos de la tensión emocional que podemos observar en las personas que cuidan:

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Aislamiento emocional y/o social.
- Consumo excesivo de medicamentos.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, trastornos digestivos, ginecológicos.
- Dificultad en la atención, percepción y memoria.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.
- Enojo, malhumor.
- Accidentes.
- Sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- La persona que debe cuidar le empieza a resultar una molestia.
- Desborde emocional, angustia, llanto.

Autocuidado. Prevención

Las múltiples y variadas responsabilidades del cuidador dificultan que en ciertas oportunidades pueda disponer del tiempo y fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismo.

No obstante, los cuidadores que quieran disfrutar de un mayor bienestar tanto emocional como físico, así como desarrollar un óptimo rendimiento en las tareas relacionadas con el cuidado, necesitan darse cuenta de la importancia que tiene cuidar de sí mismo y aprender cómo hacerlo.

¿Cómo cuidarnos?

Reduciendo la frecuencia de aparición de factores de riesgo, impactando en su duración, colaborando en la implementación de estrategias para abordar problemas que se les pueden presentar a los cuidadores e impedir que se presenten, potenciando, manteniendo, introduciendo factores de protección que actúen compensatoriamente a las situaciones estresantes.

El punto de partida del proceso de aprender a cuidar de uno mismo es tomar conciencia de la necesidad de cuidarse más.

¿Por qué razones un cuidador tendría que cuidarse más?

Tal vez por dos motivos: para cuidar mejor, y para mantener la propia salud y bienestar y, por tanto, aprender a respetarse a sí mismo de manera que llegue a ver su vida tan digna como la de la persona a la que cuida.



Autora:

Lic. Sandra Hiriart:

Psicóloga UBA.

Especialista en Violencia Familiar. UBA.

Maestría en Gestión de Servicios Gerontológicos, Instituto Universitario Isalud.

Docente Posgrado Fac. Psicología UBA.

Prosecretaria adm. Oficina de Violencia Doméstica, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Coordinadora Programas Sociales para ONG's.

Miembro de la Asociación de Especialistas en Violencia Familiar. ACEVIFA.

Bibliografía:

Firth-Cozens, J. y West, M. A. (2004), *La Mujer en el Mundo del Trabajo*, Ediciones Morata S.L.

Bagnati, P. (comp.); Allegri, R.; Kremer, J. y Taragano, F. (2003), *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud*. Ed. ,Polemos.

Sánchez Delgado, Carmen Delia (2005), *Gerontología Social*, Ed. Espacio.



CAPÍTULO 4:



Cuando ya no es posible el cuidado en el hogar





Introducción

“Hay un tiempo en la atención de los mayores en donde las residencias de larga estadía son necesarias”.

Si bien envejecer en casa es la opción elegida por todos, hay situaciones en las cuales ello no es posible, incluso ni siquiera es aconsejable.

La mayor parte de las personas seguirán autónomas y lúcidas hasta el final de la vida. De hecho las personas mayores internadas en instituciones geriátricas representan en nuestro país apenas menos del 2% de la población mayor de 60 años. Y debemos admitir que no en todos los casos esta internación se debe a pérdida de autonomía.

La pérdida de autonomía personal, el incremento de posibles trastornos cognitivos nos invitan a pensar en la posibilidad institucional de tratamiento para los mayores vulnerables. A veces la pobreza, otras la ausencia de familiares o vecinos, en otros casos el abandono o desamparo, son también motivos que pueden conducir a una internación.

A estas cuestiones se le puede agregar la incidencia de secuelas discapacitantes que producen a lo largo del tiempo muchas enfermedades crónicas, que imposibilitan a las personas mayores permanecer en sus domicilios y privan a las familias de la posibilidad de brindar los cuidados adecuados.

Cuidados progresivos

Pensamos que el primer paso de una tarea de cuidados progresivos comienza cuando los mayores recurren a sus familias, a algún centro de día, a algún centro de jubilados, a su obra social, etc. con el objeto de encontrar alguna respuesta ante la posible insatisfacción de quedarse solo o sola, o de intentar comprender la realidad de su entorno de manera diferente.

También puede comenzar cuando un cuidador/a se hace cargo de aquellas cuestiones relacionadas con las actividades de la vida diaria que comenzaron a ausentarse. En un principio, y consultando convenientemente con profesionales especializados en gerontología, es conveniente evaluar la posibilidad de contar con una “cuidadora domiciliaria” como ayuda para las tareas de la vida cotidiana de nuestros mayores vulnerables.

Factores sociales

Muchas son las cuestiones del contexto social que se han modificado y que han incidido en la necesidad y aparición de distintos servicios para los mayores:

- **Procesos de industrialización y de desarrollo del sector de servicios** en torno a las grandes ciudades, hacia las que emigran las jóvenes generaciones.
- **Tendencia progresiva hacia modelos familiares de tipo nuclear**, reducción del tamaño de la familia, en algunos casos separación y posible distanciamiento entre las generaciones.
- **Incremento considerable del valor del suelo** y la consiguiente exigencia de residir en viviendas de reducido tamaño.
- **Cambio de posición de las mujeres en la sociedad** con su incorporación al mundo del trabajo, y la asunción progresiva de asumir los valores de las propuestas reivindicativas del movimiento de mujeres.
- **Inestabilidad de la institución familiar**: separaciones, divorcios, uniones de hecho, cambios de pareja.
- **Crecimiento del número de personas mayores de 80 años.**

Evolución del concepto de las residencias de larga estadía

Estas instituciones, herederas de las viejas instituciones **asilares**, fueron modificando sus prestaciones y servicios acompañando los cambios en el contexto social acerca de la visión y el lugar que ocupan los mayores en la sociedad.



Podemos decir que para despegar de la condición de “asilos”, durante la década de 1980 comenzó a prevalecer un criterio arquitectónico especial para poder habilitarlas como tal, y el concepto que emergió de ello fue la tendencia a considerar que las mismas deben parecerse “a una casa, a un hogar” y no a un hospital. Es decir, que cuenten con cuadros, objetos, muebles, que a los mayores les sean significativos en el presente o lo hayan sido en el pasado.

Tradicionalmente se consideró a las residencias de larga estadía como centros de convivencia destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pudieran satisfacer estas necesidades por otros medios.

Entonces la recomendación de internación surge cuando las personas de edad no pueden permanecer en sus hogares debido a la aparición de alguna alteración grave de sus funciones mentales o físicas, que le impiden realizar por sí solos o con ayuda sus actividades de la vida diaria.

A su vez, casi en paralelo, se considera que ante la complejidad de la atención de una persona mayor, para poder brindar una respuesta a sus lógicas demandas bio-psico-sociales es necesario contar con un equipo básico interdisciplinario conformado por enfermeras, auxiliares, cuidadoras institucionales, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, kinesiólogas y psicólogas entre otras profesiones.

Por lo tanto ahora 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.

No hay dudas que “el enfoque de derechos” que hizo su irrupción hacia los primeros años del siglo XXI como cuando la Organización Mundial de la Salud en 2002 estableció los principios que sustentan el desarrollo de esa idea.

Sobre la base de estos principios, se requiere que los programas, los servicios, las residencias incorporen:

- La seguridad y la protección; la justicia y la equidad; la dignidad; la independencia; y el poder de decisión, como valores esenciales en la creación de políticas y programas.
- Adoptar las metas del envejecimiento activo y la calidad de vida para las personas adultas mayores.

Estos hechos completan el cuadro de las reformas dado que no es lo mismo instrumentar un programa de atención personal para mayores alojados en una institución, si la misma se cuestiona permanentemente si cumple con los derechos civiles, sociales y políticos que los mayores poseen como ciudadanos...y que los mismos no vencen o se debilitan con el paso del tiempo.

Recomendaciones para elegir una residencia

Algunas recomendaciones a la hora de elegir una residencia de larga estadía destinada a personas mayores:

Regla general: que se parezca lo más posible a una casa.

Cuidado con la primera impresión. Los lugares muy ordenados, los ancianos sentados muy prolijos y todo ordenado, puede reflejar personas sedadas.

Es bueno saber si el hogar solicita la conformidad escrita del futuro residente al momento de la admisión.

En cuanto a los aspectos arquitectónicos debe ser accesible, sin barreras arquitectónicas, desniveles, ni escaleras. Mirar especialmente baños, pisos, puertas, timbres/ alarmas.

¿Hay suficientes pasamanos cómodos para seguridad de los residentes en los pasillos?

Observar la decoración, la existencia de cuadros, objetos, espejos de cuerpo entero en los pasillos y en habitaciones.

Observar que los residentes no sean tratados de forma aniñada, infantil; averigüe quienes son los profesionales médicos responsables y el equipo profesional de enfermeras, kinesiólogos, psicólogos, etc.

No debe haber ni malos olores, ni olores a desodorantes. Visitar las habitaciones y los baños de la institución para observar que se cumplan estas recomendaciones en todos los ambientes.

Los horarios de visitas son importantes. Lo ideal es el acceso libre, pero si no fuera así, debe ser amplio, permitir compartir alguna comida o visitarlo cuando tenga una hora libre.

La comida debe respetar la prescripción médica, pero a la vez ser variada, rica. Durante el recorrido es bueno probarla, conocer la cocina y ver la higiene que hay en ella, preguntar si se puede acercarse jugos, gaseosas, postres, pedir el menú.



Es importante la cercanía al hogar, para facilitar las visitas, pero más aún, que tengan aquello que los haga sentir mejor según sus intereses y preferencias: jardín, capilla, gimnasio, parrilla, etc.

Y por último, lo más importante es averiguar si se encuentra habilitado.



Autor:

Magíster Jorge P. Paola:

Licenciado en Trabajo Social (1975) , Especialista en Planificación y Gestión (1999) y Maestría en Políticas Sociales (2005) – Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Profesor titular por Concurso Nivel de Intervención Comunitario y Metodología de la Planificación Social – Carrera de Trabajo Social – Facultad de Ciencias Sociales - UBA.

Es docente investigador Categoría II (UBA).

Profesor titular del Módulo de Políticas Sociales con Adultos Mayores – Universidad Nacional de Córdoba.

Profesor titular del Módulo de Gestión Gerontológica Comunitaria e Institucional – Facultad de Psicología (EGCI) Universidad Nacional de Mar del Plata.

Profesor Asociado de Gestión en Organizaciones de la Tercera Edad (Universidad ISALUD).

Actualmente se desempeña como Coordinador de las Residencias para Mayores en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Bibliografía:

Paola, Jorge (2003), *Introducción*, En Paola, J.; Penas, L.; Fernández, M.; Perez, O.; Martinez, L. y Demarco, M., *Construyendo el Trabajo Social con adultos mayores*, Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Paola, Jorge (2005), *Historias Fundacionales de las Residencias para Mayores de la Argentina. Rituales institucionales y experiencias significativas para el Campo Gerontológico*, Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional, ISBN: 987-544-199-6, Mar Del Plata, Argentina.

Rodriguez Rodriguez, Pilar (Coord) (2000), *Residencias Para Personas Mayores. Manual De Orientación*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, España.







CAPÍTULO 5:



Abusos y maltrato

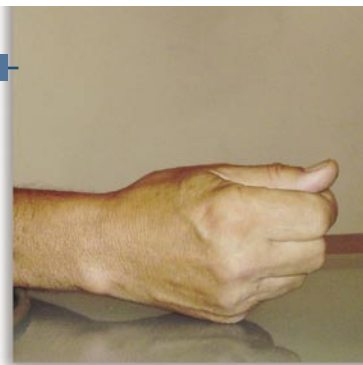




¿Qué es abuso y maltrato?

Se denomina **abuso y maltrato** a todo acto que vulnere el respeto a la dignidad, y el ejercicio de los derechos como persona es maltrato.

A su vez, se entiende por **discriminación** a las acciones mediante las cuales uno a varios miembros de un grupo socialmente definido, son tratados de manera diferente y especialmente injusta debido a su pertenencia a ese grupo.



Precisando un poco más, se define al maltrato hacia las personas mayores como:

“(...) la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.¹

Según el “Estudio argentino sobre la percepción de las personas mayores acerca del abuso y maltrato” que realizó el Programa de prevención del abuso y maltrato hacia los adultos mayores de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, **el 36,8% de las 1064 personas mayores entrevistadas sufrió alguna vez una situación de maltrato.**

Tipos de maltrato

Existen distintos tipos de maltratos a personas mayores:

- **Físico:** uso intencionado de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio.

¹ Toronto, 2002.

- **Psicológico:** causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales.
- **Sexual:** comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.), o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento.
- **Económico:** utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor.
- **Negligencia:** no atender las necesidades básicas de una persona mayor como son la salud, la alimentación, el vestir, la higiene personal y la vivienda. La negligencia puede ser no intencionada o intencionada, según la conciencia o conocimiento que tenga el que la ejerce. Puede ser activa o pasiva (por omisión, cuando se deja de hacer o de actuar en un momento en que se debería).
- **Obstinación terapéutica:** realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo, o utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

El 36,8% de las personas mayores entrevistadas sufrió alguna vez una situación de maltrato.

El siguiente cuadro nos muestra los tipos de maltrato más frecuentes:



El rol del cuidador frente al abuso y maltrato

Si bien las situaciones de maltrato pueden ocurrir en instituciones públicas o privadas de servicios de salud, socio-sanitarias, de servicios sociales, u otros, el mencionado Estudio revela que **el 41% de los casos se da en el hogar por parte de un familiar, y en menor grado por la pareja, vecino, profesional, cuidador.**

Esto nos lleva a pensar que **el cuidador domiciliario es una persona clave a la hora de detectar las situaciones de vulneración de derechos.**

Hay indicadores que ayudan a reconocerlos:

Tabla de Indicadores de un posible abuso o negligencia

| Tipo | Historia | Indicadores del examen físico |
|----------------|---|--|
| Abuso físico | Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión. | Evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución. Deshidratación o desnutrición. Fracturas que no tienen causa determinada. Evidencia de lesiones no atendidas. Señales de estar amarrado, atado o golpeado. Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo. |
| Por medicación | Admisiones o consultas recurrentes asociadas a complicaciones por errores medicamentosos. | Signos de intoxicación por exceso o bien ausencia de efecto terapéutico por subdosificación. |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <p>Abuso psicológico</p> | <p>Historia de conflictos entre la persona adulta mayor y familiares o cuidadores.</p> | <p>Los comentarios en general se modifican cuando el cuidador y/o el paciente se entrevistan separadamente. Se observa comunicación por parte del cuidador que desvaloriza e infantiliza al adulto mayor. Se observa que el adulto mayor le cuesta comunicarse presencia del cuidador.</p> |
| <p>Negligencia</p> | <p>Episodios recurrentes en enfermedades similares. A pesar de una adecuada educación y apoyo. Problemas médicos no atendidos.</p> | <p>Pobre higiene, desnutrición, hipotermia, úlceras por presión no atendidas, niveles subterapéuticos de medicamentos.</p> |

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social), y establecer un plan de actuación integral, que contemple la situación física, psicológica y social de la persona mayor, abordando cada uno de los aspectos.



Qué hacer si la víctima se rehúsa a denunciar el maltrato

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo de la persona mayor víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro

de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el adulto mayor y con la familia.

Una vez valorado el riesgo inmediato para el adulto mayor, las causas, la voluntad de la persona maltratada y las posibilidades de intervención, se deberá tomar la decisión.

En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al organismo competente en la localidad.

Si la causa fuera la sobrecarga del cuidador familiar, o un trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad etc.), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas.

En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad de la persona (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones.

También puede suceder que un cuidador domiciliario rentado sea el responsable del maltrato. Como en todos los casos, puede ser por sobrecarga de trabajo, porque la persona esté atravesando situaciones personales, por desconocimiento, etc. Si bien ninguna de estas causas justifica el maltrato, deben ser tenidas en cuenta a la hora de prevenir u abordar las situaciones.

El 41% de los casos de maltrato se da en el hogar por parte de un familiar.

De allí la importancia de que el cuidador esté debidamente formado y supervisado por un equipo profesional que pueda brindarle asistencia técnica, ayuda y contención.

Finalmente, como ya comentáramos en el capítulo 6, la conformación de redes sociales que acompañen e incluyan al adulto mayor previene el aislamiento y la exposición de las personas mayores a situaciones de discriminación, abuso y maltrato.

También son imprescindibles estas mismas redes a la hora de articular recursos locales para el abordaje y restitución del derecho vulnerado.

Autores:

Marcela Browne:

Es psicóloga social, especialista en diseño y gestión de políticas públicas. Ha sido miembro fundador y consultora de diversas organizaciones y universidades.

Actualmente es Coordinadora de programas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y docente de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Lic. María Del Carmen García:

Es Licenciada en Psicología, Psicóloga Clínica especialista en adultos mayores. Miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Actualmente es especializanda de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Lic. Edgardo Di Virgilio:

Es licenciado en gerontología, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Actualmente es especializado de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Marcelo Gimenez:

Es licenciado en trabajo social, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y docente de la Facultad de Ccias. Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Actualmente es especializado de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

María Angélica Touceda:

Es médica especialista en alergología de la Universidad Nacional de La Plata y Magister

en Sistemas de Salud y Seguridad Social.

Miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y docente de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Bibliografía:

Guía para la implementación del Programa de Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores, Dirección nacional de Políticas para adultos mayores, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91).

<http://www.imsersomayores.csic.es/>

Moya Bernal, Antonio y Barbero Gutiérrez, Javier (coord.) (2005), *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, Imserso.



CAPÍTULO 6:



Trabajo en Red. Redes Sociales





¿Qué es una red social?

La vivencia del “efecto red” es una fuerza que surge cuando un grupo de personas se une para cooperar.

Una red social es en principio un sistema de relaciones entre personas que toma diferentes formas y adquiere atributos vinculados a sus necesidades.

En el trabajo denominado **“Relevamiento de Modelos de Colaboración en Organizaciones Sociales”**¹ realizado por la Universidad de San Andrés, se dice que cuando se hace referencia a redes sociales, las definiciones toman en cuenta aquellos aspectos que hacen a los **vínculos** entre quienes las conforman, y a sus **objetivos**.

Veamos algunos ejemplos de definiciones según los estudiosos del tema:

- “Se entenderá por red a un conjunto de actores (personas, organizaciones, organizaciones de organizaciones, etc.), que se encuentran vinculados en relaciones sociales de interdependencia, que toman forma alrededor de una problemática en particular”.²
- Otro concepto de red social también rescata la **flexibilidad, junto con la dependencia mutua voluntariamente elegida**. En este caso se destaca que estos vínculos admiten que al compartir recursos pueden producirse cortes, momentos de desarticulación y



¹ Berger, Jones, Browne (2008), Relevamiento de Modelos de Colaboración en Organizaciones Sociales, Centro de Innovación Social, Universidad de San Andrés.

² Kickert, Klijn y Koppenjan, 1997.

activación por parte de los actores, sin que los quiebres signifiquen rupturas permanentes, ni que la dependencia actúe como garantía de continuidad.

- Otros análisis de las redes resaltan los **vínculos y el intercambio de recursos que requieren medios y dispositivos específicos para circularlos**, donde la tecnología resulta una aliada significativa.
- Finalmente, un diverso grupo de analistas ponen énfasis en los **mecanismos y procesos que brindan estabilidad**: "...mecanismos para coordinar actores independientes que mantienen compromisos y relaciones de largo plazo que les aseguran cierto grado de estabilidad y capacidades de cooperación y colaboración mediante intercambios repetidos en el tiempo".³

En síntesis, algunas de las características de las redes sociales que destacan los distintos autores son:



- Interdependencia.
- Flexibilidad.
- Intercambio.
- Colaboración.
- Estabilidad.
- Descentralidad.
- Predecibilidad.
- Membresía de personas y/u organizaciones.

Las redes sociales y el cuidador domiciliario

Ahora bien, si pensamos en la tarea de un cuidador domiciliario, la definición de red social que podemos tener en cuenta a la hora de convocar a los distintos actores que podrían facilitar la tarea de promoción de las personas mayores es la que dice que:

³ Hollingsworth y Boyer, 1997; Campbell, Hollingsworth y Lindberg, 1991.

Una red social implica un proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y asincrónicamente (en distintos momentos).

Podemos pensarla como un sistema abierto, que no tenga un único centro ni autoridad, con una interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organizaciones como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros), con integrantes de otros colectivos, que posibilita la potencialización de los recursos que poseen, y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida.

Así, cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

Origen de las redes sociales

Las redes sociales existen como estructura básica de la sociedad desde el surgimiento de las comunidades, y son previas a la llegada e intervención de operadores sociales.

Es muy fácil visualizar esto en el caso de los inmigrantes, que mayoritariamente se encontraban arraigados en un mismo barrio porque compartían valores e historias, y que



construyeron infraestructuras sociales de referencia para todos ellos (por ejemplo las Sociedades de Fomento), lo que instaló vínculos afectivos perdurables e incluso ocupó el lugar de esa familia que “quedó en Italia”, y nunca volvieron a ver.

Por su parte, las organizaciones de adultos mayores, vistas como redes sociales de apoyo, cobran particular relevancia en la actualidad, pues así como las pirámides de población se modifican en la cúspide⁴ y se “verticalizan” como producto del envejecimiento de la población, también lo hacen las familias, es decir, también envejecen sus miembros mayores.

Como consecuencia de esto, habrá un número considerable de personas mayores que vivan solos, que no tendrán *redes primarias* (familiares cercanos) de apoyo, producto de la ruptura de la *solidaridad vertical* (entre generaciones), y la asistencia deberá recaer entonces sobre estas redes de apoyo *coetáneas* (de los pares) pero no consanguíneas (*solidaridad horizontal*).

En este contexto, cuando hablamos de redes de apoyo casi a la manera de nuevas formas familiares, la confianza y la cooperación -elementos constitutivos de cualquier red-, se vuelven relevantes.

Los vínculos en estos tipos de redes no se dan por relaciones prefijadas biológica o jurídicamente, como en las redes primarias, sino que en muchos casos prevalecen las relaciones vinculares que se establecen en un momento histórico y en un contexto determinado. Estas relaciones se construyen en torno a temas o problemáticas que unen a un grupo o de personas.

Estas redes tienden fundamentalmente al fortalecimiento del lazo social, y a generar condiciones que permitan a la comunidad de la capacidad de sostén, activación, desarrollo, potenciación y resolución de problemas que atañen a todos sus miembros.

Esto no significa prescindir de la presencia del Estado, sino permitir el trabajo complementario de las comunidades.

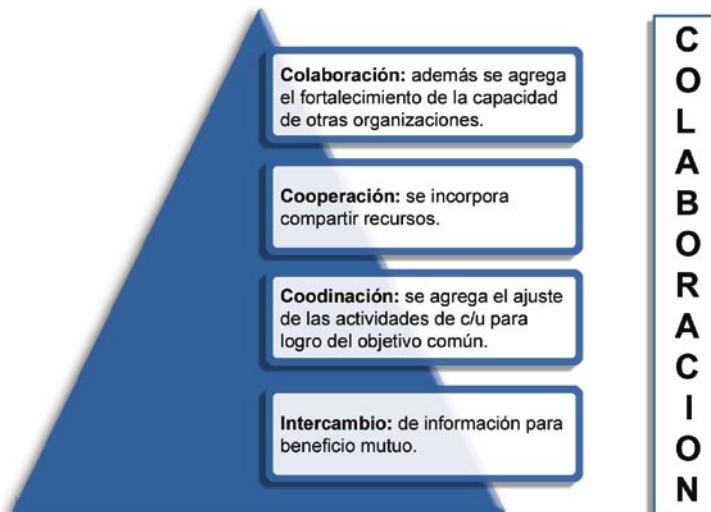
⁴ Ver el Capítulo 5 del Cuadernillo I.

El proceso de colaboración

La colaboración en una red puede entenderse como el resultado de un proceso que atraviesa distintas etapas de creciente profundidad, en un continuo que va desde un menor grado de intercambio hasta uno mayor.

1. En el primer nivel de interacción simplemente existe un **intercambio de información para beneficio mutuo**.
2. Se sigue con un nivel superior, **el de la coordinación**, que incluye el intercambio de información, pero al que **se incorporan ajustes en las actividades de cada parte** para facilitar la búsqueda de un objetivo común.
3. El estadio siguiente, **el de la cooperación**, muestra intercambio de información, ajustes en las propias actividades, y **se le suma el compartir recursos** para mutuo beneficio y para lograr un objetivo común.
4. Por último, **la colaboración agrega** al intercambio de información, a los ajustes en las actividades propias, y al compartir recursos, **el fortalecimiento de la capacidad de las otras organizaciones para beneficio mutuo y para lograr un propósito común**.

Gráficamente:



Cada nivel de relación entre organizaciones tiene sus propias características y requiere mayores grados de compromiso de los participantes. La cooperación por una meta compartida mueve hacia la colaboración: el todo es mayor que la suma de las partes. Se pueden alcanzar fines individuales, pero hay un producto adicional que es compartido (aunque no mutuamente excluyente) separado de los fines individuales.

Por ejemplo dos organizaciones de la provincia de Buenos Aires colaboran, hace aproximadamente dos meses, intercambiando información a través de una lista electrónica, se encuentran en una reunión mensual que convoca una red barrial. A partir de identificar aspectos y necesidades comunes deciden llevar adelante unas jornadas de capacitación (cooperación). Producto de la capacitación, editan un cuadernillo con los talleres y contenidos abordados.

Dado que la experiencia fue exitosa y los equipos de ambas organizaciones se sienten a gusto trabajando juntos, deciden presentar un proyecto en forma conjunta (asociación) para la obtención de un subsidio por parte de un organismo del Estado nacional.

En forma similar, existen instancias de vinculación creciente entre entidades, que permiten diferenciar fases en la consolidación del vínculo, más allá de las formas que adopten. A cada fase le corresponden ciertas acciones y valores:

| Nivel | Acciones | Valores |
|---------------------------|--|--------------|
| 1. Reconocer - nos | Destinadas a reconocer que el otro existe. | Aceptación |
| 2. Conocer - nos | Conocimiento del otro y su hacer | Interés |
| 3. Colaborar | Prestar ayuda esporádica | Reciprocidad |
| 4. Cooperar | Compartir actividades y/o recursos | Solidaridad |
| 5. Asociarse | Compartir proyectos y objetivos | Confianza |

La colaboración implica tener una visión conjunta acerca de la naturaleza de la relación entre las partes, y compartir poder, recursos, responsabilidades, toma de decisiones y rendición de cuentas para cumplir con un propósito común.

La colaboración exige mutualidad y equidad en los vínculos y se fundamenta en altos grados de confianza. Este concepto sirve para pensar la colaboración entre el cuidador y la red personal del adulto mayor cuidado; también la que se puede establecer entre los cuidadores.

La acción voluntaria como apoyo

*Porque un voluntario aislado no es un voluntario.
Lo es sólo con otros, en la unión, en el colectivo.*



La acción voluntaria es el conjunto de tareas que se asumen libremente sin ánimo de lucro y sin compensación económica, con un propósito socialmente útil.

El voluntario es un actor clave en el desarrollo de proyectos sociales solidarios. Su rol protagónico no es producto de nuestra época sino un valor heredado a lo largo de la historia de la sociedad y de la acción social.

Si uno le preguntase a un voluntario de una organización social ¿por qué es voluntario? ¿Por qué dedica parte de su tiempo a brindarse a la sociedad sin ninguna retribución económica? Seguramente escucharíamos en más de una oportunidad la palabra “ideales”, o “por nuestros ideales”. Ideales de una sociedad mejor, de construir un futuro para los hijos y nietos o ideales de justicia.

En síntesis, ideales de diversos tipos, pero siempre con un denominador común: trabajar para mejorar la calidad y el modo de vida de las personas. Cuando decimos “ideal”, lo mencionamos en el sentido de ideas y prácticas ejemplares, pero además que sean entusiasmantes y motivadoras para otros.

Las personas voluntarias tienen motivaciones y capacidades diversas, de forma tal que cada localidad puede identificar los Centros de Voluntariado Social existentes y aquellas personas cuya vocación sea la de acompañar a las personas mayores en su domicilio, ayudar a realizar trámites, facilitar el encuentro y recreación entre las personas de edad.

Las ideas pueden ser tan amplias y disímiles como voluntarios y organizaciones haya, y **los cuidadores pueden ser un canal de inspiración y de articulación de la tarea voluntaria.**

*Consideramos que en nuestras sociedades se han presentado condiciones que determinan un salto cualitativo en el **carácter social del voluntariado, al adquirir una dimensión de práctica de ciudadanía**: las personas se involucran en la búsqueda de soluciones a problemas de su realidad más próxima, traduciendo así la capacidad y necesidad de una comunidad de asumir sus responsabilidades y actuar en forma complementaria al Estado.*



Autores:

Marcela Browne:

Es psicóloga social, especialista en diseño y gestión de políticas públicas. Ha sido miembro fundador y consultora de diversas organizaciones y universidades. Actualmente es Coordinadora de programas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y docente de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Lic. María Del Carmen García:

Es Licenciada en Psicología, Psicóloga Clínica especialista en adultos mayores. Miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Actualmente es especializanda de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Lic. Edgardo Di Virgilio:

Es licenciado en gerontología, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Actualmente es especializando de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Marcelo Gimenez:

Es licenciado en trabajo social, miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y docente de la Facultad de Ccias. Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Actualmente es especializando de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

María Angélica Touceda:

Es médica especialista en alergología de la Universidad Nacional de La Plata y

Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Miembro del equipo técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y docente de la Carrera de Pos grado “Gerontología comunitaria e institucional”, de la Universidad de Mar del Plata.

Bibliografía:

CONSEJO ASESOR DE LA SOCIEDAD CIVIL (1998), Representación del Banco Interamericano de desarrollo en Argentina, Con Juntos, Sociedad Civil en Argentina, Edilab Editora SA.

Berger, Jones y Browne (2008), *Relevamiento de Modelos de Colaboración en Organizaciones Sociales*, Centro de Innovación Social, Universidad de San Andrés, Disponible en <http://www.gestionsocial.org>

Cuadernillo 1: Fortalecimiento de los equipos de coordinación local, Programa Nacional de Voluntariado Social de Adultos Mayores de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina.

Cuadernillo 4: Gestión de organizaciones de personas mayores, Programa Nacional de Voluntariado Social de Adultos Mayores de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina.

Dabas, Elina y Najmanovich, Denise (comp.) (1995), *Redes el lenguaje de los vínculos: Hacia la Reconstrucción y el Fortalecimiento de la Sociedad Civil*, Paidós.



CAPÍTULO 7:



Estrategias educativas para personas mayores





¿Educación de personas mayores?

Si pensamos en la escuela y en las universidades como los lugares donde se producen exclusivamente los aprendizajes impartidos por un docente y dirigidos a un grupo de alumnos, esta pregunta se podría responder desde el prejuicio: “para qué estudiar a esta altura de la vida”.



Lo cierto es que en todas las etapas de la vida la educación está presente y puede significar un crecimiento constante en el ámbito personal y en el social.

Por educación no tenemos que pensar exclusivamente en ámbitos escolarizados, si bien éstos son los espacios que conocemos para desarrollarnos en la dimensión social, cultural, científica y artística, entre otras.

El encuentro con otras personas, en una situación de aprendizaje, dentro o fuera de la escuela, produce cambios en la percepción del mundo y de nosotros mismos, además de generar relaciones de tolerancia y participación democrática. Para considerarla así, la educación tiene que tener la capacidad de abrir las mentes de las personas, posibilitar el desarrollo de nuestras capacidades naturales, por eso, la educación debe ser una educación que libere la conciencia crítica de cada uno de nosotros.

Esta educación liberadora, como definía el pedagogo Paulo Freire¹, es para todas las personas, todas las edades y el centro de la misma está en el alumno que aprende, más que en el maestro que enseña.

¹ Paulo Freire (1921-1997) pedagogo brasileño, educador popular, su concepción del diálogo en la educación influyó en los procesos democráticos del mundo. A través de sus libros –*Pedagogía del Oprimido* (1970), *La educación como práctica de la libertad* (1967), *Pedagogía de la esperanza* (1992) y otros textos y conferencias– motivó las nuevas ideas liberadoras de América Latina, una de sus frases para referirse a la importancia y a la necesidad de la educación dice: “*Todos sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre*”.

Desde esta perspectiva, la educación tiene un fuerte compromiso político - ideológico, mediante el cual aprendemos a ser ciudadanos responsables de nuestras obligaciones y defensores de nuestros derechos.

Las personas mayores, con toda su experiencia de vida a cuestas, pueden satisfacer sus motivaciones personales, valorizarse y ser valorizados más en su medio y, al mismo tiempo, pueden participar de la transformación de su entorno.

Educación para todas las edades, para todas las personas

¿Hay diferencias entre la educación de la infancia, de la adolescencia, de la juventud, de la adultez y de la adultez mayor?

Sí, por supuesto, pero los motivos por los cuales una persona transita por una situación de aprendizaje, la finalidad para la cual lo hace y la forma en que lo lleva a cabo, es decir, el ambiente físico y social, el grupo de pertenencia, el docente calificado para el desempeño de la tarea de conducir una clase, etc., modifican sustancialmente el tipo de experiencia educativa que cada uno tenga.

Si nos referimos específicamente a la capacidad de aprender, el proceso de aprendizaje en una persona mayor puede ser mejor que el de una persona joven, adolescente o un niño, depende de la teoría del aprendizaje en la que nos basemos. Por ejemplo, para las *teorías constructivistas*² el aprendizaje es un proceso en el cual

² **Teorías constructivistas:** A partir del ingreso de la creatividad en la clase, desde la escuela nueva iniciada por Freire, y por los aportes de la psicología de Jean Piaget (el aprendizaje se construye con el medio, sobre la base de la experiencia subjetiva de cada persona) y las investigaciones de Lev Vygotsky (el aprendizaje se desarrolla a través de las interacciones sociales), el aprender empezó a considerarse un proceso personal de cada sujeto, en función de sus experiencias previas y de su relación con su entorno. Otro autor, Ausubel, en su obra *Psicología del aprendizaje verbal significativo* (1963), acuña el concepto de aprendizaje significativo para diferenciarlo del aprendizaje repetitivo o memorístico y señala la importancia de los conocimientos previos de los estudiantes en el proceso de aprendizaje.

los nuevos conocimientos se relacionan con los previos, que funcionan como puntos de anclaje. Según estas teorías la persona mayor podría alcanzar un conocimiento más amplio o más profundo, según su bagaje cultural.

Por el contrario, si nos paramos en las *teorías de la reproducción*³, en las que se pone el énfasis en la memorización de datos y las relaciones de deducción, es muy probable que una persona mayor se sienta o realmente esté en desventaja respecto de personas de otras edades. Pero no estamos diciendo nada de la calidad del aprendizaje ni de la permanencia y utilización del mismo.

Cabe aclarar en este punto que toda práctica educativa responde a la ideología de la clase dominante y por eso la institución educativa transmite los valores de esta clase que ejerce el poder.

Más allá de las teorías del aprendizaje, tomar la decisión de empezar o continuar los estudios, tanto sea en el sistema formal (enseñanza primaria, secundaria, terciaria, universitaria) o en el sistema no formal, todos podemos tener ambiciones de progresar y de participar en ámbitos en los que no hemos incursionado, porque existe un derecho, que no podemos desconocer, y que, por el contrario, debemos difundir y promover.

En este sentido, la Declaración sobre el Derecho a Aprender dice:



³ Teorías de la reproducción: el Conductismo es la corriente de pensamiento que dominó gran parte de la primera mitad del siglo XIX. Se basaba en investigaciones sobre el comportamiento animal que hicieron deducir que el aprendizaje era la respuesta a un estímulo determinado. Las características de este enfoque, que corresponde a la enseñanza tradicional es la estandarización, la repetición de información y la destreza del maestro para enseñar de acuerdo a un procedimiento y dar refuerzos positivos ante el avance del alumno. Por el contrario, el error o la inconstancia del alumno lo hacía merecedor de una sanción.

Hoy más que nunca, el reconocimiento del derecho a aprender constituye un desafío capital para la humanidad. El derecho a aprender es: el derecho a saber leer y escribir, el derecho a formular preguntas y reflexionar, el derecho a la imaginación y a la creación, el derecho a interpretar el medio circundante y a ser protagonista de la historia, el derecho a tener acceso a los recursos educativos, el derecho a desarrollar las competencias individuales y colectivas.

UNESCO⁴, 1985: 73-74

Desde su creación, en 1945, la UNESCO trabaja para mejorar la educación en todo el mundo ofreciendo técnicas, fijando normas, desarrollando proyectos innovadores. En la cita anterior, de 1985, la UNESCO se refiere a una educación basada en el derecho y en la igualdad de posibilidades para todas las personas.

Y si de derechos hablamos, el sólo hecho de aprender podría significar para una persona mayor el motor fundamental para estudiar. Para muchos adultos mayores el aprendizaje es un fin en sí mismo, es decir, no se plantean la necesaria implementación de los conocimientos en un área determinada del mundo laboral.

Programas Universitarios de Adultos Mayores (PUM)

En 1973, en Toulouse, Francia, se crea la primera Universidad de la Tercera Edad, a cargo del profesor Pierre Vellas. Una de sus discípulas, la argentina Yolanda Derrieux, profesora de francés, aprendió junto a Vellas el sentido de una educación para adultos mayores en el ámbito universitario.

Es así como en 1984 Yolanda Derrieux inaugura el primer curso creado para los adultos mayores en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Entre Ríos. A partir de esa experiencia, otras universidades nacionales, desde

⁴ UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Creada en 1958, su sede está en París, y actualmente está formada por 193 estados miembros (entre los que se encuentra la Argentina, desde septiembre de 1948) y 6 miembros asociados.

sus áreas de extensión universitaria, comienzan a generar programas especialmente pensados para personas mayores, con propuestas socioeducativas acordes a los intereses de este grupo de personas mayores de 60 años.

Los Programas Universitarios de Mayores están creados, regulados y promovidos por los marcos institucionales de las propias universidades y dependen del presupuesto de cada una de ellas. Desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores se apoya con asesoramiento técnico y con subsidios a los proyectos educativos que los PUM presentan.

En muchos de los PUM se presentan numerosas propuestas educativas y recreativas para las personas mayores. Generalmente las áreas de interés son del tipo creativas, áreas de desarrollo cultural y tecnológico, áreas de desarrollo físico, entre otras.

Muchas personas mayores estarían interesadas en participar de estos espacios de formación, recreación y socialización, si conocieran acerca de la existencia y de la accesibilidad de estos programas.

En nuestro país, la oferta socioeducativa a cargo de los PUM se puede encontrar en las siguientes provincias y localidades: Ciudad de Bs. As., San Martín (Prov. Bs. As.), Mar del Plata, La Plata, Lanús (Prov. Bs. As.), Quilmes (Prov. Bs. As.), Lomas de Zamora (Prov. Bs. As.), Tandil (Prov. de Bs. As.), Tres Arroyos (Prov. Bs. As.), Junín (Prov. Bs. As.), Entre Ríos, Tucumán, Ciudad de Córdoba, Río Cuarto (Prov. Córdoba), Villa María (Prov. Córdoba), Mendoza, San Luis, San Juan, Santiago del Estero, Catamarca, Neuquén, La Pampa.



Además de los PUM, algunas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) dedican acciones educativas a los adultos mayores, así como las UPAM (Universidades de PAMI) y algunas experiencias en este sentido llevadas a cabo por Municipalidades y organizaciones barriales.

Experiencias educativas de adultos mayores: educación intergeneracional

Muchos de los proyectos que se llevan a cabo en los PUM así como en otras organizaciones o gobiernos locales están vinculadas a experiencias educativas con adultos mayores y personas de otras edades.



A este tipo de programas se los llama *intergeneracionales*; consisten en el encuentro educativo entre personas de distintas generaciones. En estos encuentros tanto los alumnos como los docentes pueden ser personas jóvenes, adultos o adultos mayores. Un adulto mayor alumno junto con otros estudiantes de distintas edades enriquece la instancia formativa de todos los participantes: alumnos y docentes.

El Dr. García Mínguez, catedrático de Educación de Adultos Mayores de la Universidad de Granada, define de la siguiente manera a la Educación Intergeneracional:

“Un diálogo entre culturas, que partiendo de campos motivacionales comunes, intenta descubrir los valores simbólicos conducentes a enriquecer los proyectos de vida de los diferentes grupos” (García Mínguez, 2004).

La Educación Intergeneracional está naturalmente a favor de la diversidad, de la tolerancia y del respeto por los discursos diferentes. Mejora las vidas de los participantes ya que promueve un cambio social tendiente a la comprensión intercultural.

En muchos países se desarrollan programas intergeneracionales para preservar la historia local, promover el reciclaje y otras actividades de conservación medioambiental. A menudo estos programas se diseñan para que los participantes mayores y jóvenes trabajen juntos para mejorar las condiciones de vida y el entorno a personas con necesidades.

En general los programas socioeducativos intergeneracionales promueven la construcción de comunidades más inclusivas y comprometidas con el bienestar de todas las generaciones, una sociedad para todas las edades.

Lourdes Pérez González explica una de las principales características de los programas intergeneracionales: *“(...) deben ajustarse a las necesidades de cada grupo y a la realidad social y cultural de las personas participantes en el mismo. De lo contrario, corremos el riesgo de priorizar los intereses de uno solo de los grupos intervinientes, lo que puede poner en riesgo el éxito del proyecto”*.

En conclusión

Las personas mayores pueden y deben desarrollar sus necesidades de conocimiento y socialización en los espacios formales o no formales que la sociedad les brinde. Si bien hay lugares específicos de formación y recreación para los adultos mayores, lo ideal sería compartir los ámbitos educativos de los jóvenes o de los adultos de mediana edad, para intercambiar experiencias para formar parte de una comunidad para todas las personas.

Autora:

Lic. Susana Ordano:

Profesora de Educación Comunitaria de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Académica de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Universidad Nacional de Mar del Plata, desde 2007.

Coordinadora del Área de Capacitación de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Especializanda de la Especialización en Educación de Adultos Mayores. Universidad Nacional de Rosario.

Diplomado Superior en Ciencias Sociales con Mención en Educación y Nuevas Tecnologías, FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), 2007.

Licenciada en Letras Modernas. 1989. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades.

Profesora en Letras Modernas. 1989. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades.

Bibliografía:

Bedmar Moreno, Matías; Fresneda López, Ma. Dolores y Muñoz López, Juana (2008), *Gerontagogía, Educación en Personas Mayores*, Editorial Universidad de Granada.

Delors, J. (Coord.) (1996), *Informe UNESCO. La educación encierra un tesoro*, Santillana, Madrid, España.

García Mínguez, J. (2004), *Educación en personas mayores. Ensayos de nuevos caminos*, Narcea, Madrid, España.

Pérez González, María Lourdes (23 de abril de 2007), *La educación intergeneracional: necesidad de la sociedad actual*, 8º Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, <http://www.ceoma.org/viiiicongreso/pdfs/comunicaciones/Comunicacion-07.pdf>

Páginas WEB: <http://www.foroenvejecimiento.org>; II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <http://www.unesco.org/new/es/unesco/>; Sitio oficial de la UNESCO. http://www.uhu.es/cine.educacion/figuraspedagogia/O_paulo_freire.htm; Paulo Freire.





CAPÍTULO 8:



La seguridad social de las personas mayores





Introducción

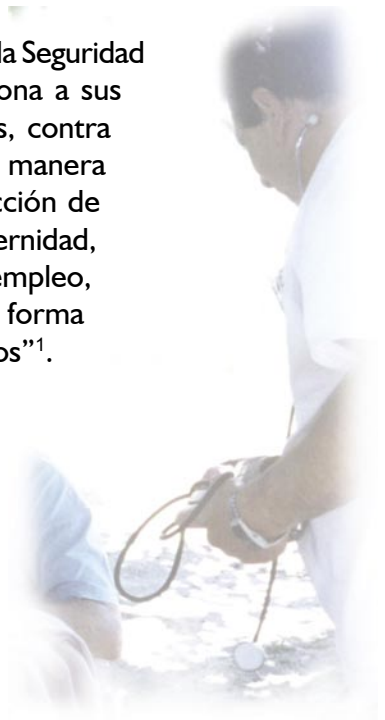
El propósito del presente artículo es efectuar una revisión crítica de lo que conocemos como **Seguridad Social**, repasando su evolución en el tiempo, y observando los cambios que ha sufrido a lo largo de la historia.

Un breve párrafo estará dedicado al repaso de los núcleos centrales del concepto de la Seguridad Social para una mayor comprensión, para luego entablar un análisis de la temática en el contexto argentino y con la mirada puesta en la **franja etaria** de los adultos mayores.

¿Qué es la seguridad social?

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Seguridad Social es: “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían en la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”¹.

En este sentido, el objetivo fundamental de la seguridad social es dar a los individuos y a las familias, la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social o económica.



¹ OIT (1984). “OIT Introducción a la seguridad social”. Ginebra, Suiza.

Esto significa que no sólo se debe contemplar la satisfacción de las necesidades que se presentan, sino también prevenir los riesgos y a ayudar a las personas y a las familias a adaptarse de la mejor manera posible cuando deban hacer frente a incapacidades o desventajas que no se previnieron o que no hubieran podido ser prevenidas.



Evolución histórica de la seguridad social

La Seguridad Social es el resultado de un prolongado proceso que se extiende desde el Siglo XIX hasta nuestros días. En este proceso se reconocen tres momentos que suponen distintos **paradigmas**. A continuación se hará un breve repaso por cada uno de ellos:

El paradigma de la Asistencia Social

Se reconoce su nacimiento tempranamente, durante la denominada Edad Media (Siglo V al Siglo XV). Esta asistencia social surge a partir de los intentos de los comerciantes, especialmente navales, de asegurar sus mercancías frente a naufragios o piratas.

Nacieron así las asociaciones o los seguros de las republicas marineras italianas².

La Revolución Industrial del Siglo XIX en Europa, trajo, al margen de los beneficios en la calidad de vida de la población en general, una fiebre capitalista por la producción y el consumo, que recayó abruptamente sobre las condiciones laborales de los obreros, especialmente industriales, con consecuencias notorias de desigualdad, hacinamiento, explotación, desnutrición y un serio riesgo de estallido social.

² Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía. Edición electrónica, Volumen X N° 1, año 2005.

A fin de evitar esa situación fue que el Canciller Alemán, Oton Von Bismarck logró la aprobación por parte del Imperio Alemán en 1883, de **un primer seguro por enfermedad en el cual los trabajadores industriales con baja remuneración, tenían una cobertura de sus salarios del 50 % en caso de sufrir una enfermedad que les impidiera realizar sus tareas con normalidad.**

El paradigma del Seguro Social

Luego de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), Nueva Zelanda y Suecia intentaron aplicar un nuevo tipo de seguro, denominado “seguro nacional” que tendía a cubrir a toda la población.

La principal diferencia de este modelo con el de Asistencia Social consistía en que, mientras el modelo anterior sólo actuaba cuando la enfermedad ya había producido el daño, en este caso se enfatizaba la prevención de las enfermedades, accidentes, la invalidez y la muerte, ampliando su campo de acción a las contingencias vitales de la población.

De esta manera, quedaban incluidos, además de los actos médicos, las prestaciones jubilatorias, las asignaciones familiares, las indemnizaciones por accidentes de trabajo, las vacaciones y la maternidad³.

No obstante estas diferencias, se aprecia una similitud ideológica en cuanto al modelo anterior. Permanece la idea de que la comunidad que recibía estos “servicios”, es considerada como “incapaz” y precisaba de la intervención paternalista del Estado que como una concesión accedía a “ayudarla”.

El paradigma de la Seguridad Social

Tradicionalmente se acepta que el Informe presentado al Gobierno Británico, en

³ Ensignia, J. (1998) “El debate sobre la seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo”, Santiago de Chile, Chile.

1942, por William Henry Beveridge marca el inicio de la Seguridad Social. En el Informe, Beveridge sostenía que el Estado debía crear las condiciones necesarias para combatir a los “5 males gigantes” de la sociedad, consecuencia de la Segunda Guerra Mundial: la indigencia, enfermedad, ignorancia, suciedad y la ociosidad.

Fundamentalmente, lo que Beveridge plantea en su informe **es la necesidad de que las prestaciones sociales tengan carácter universal, brindando protección a todos los ciudadanos.**

De esta manera, los principios rectores que sustentan el paradigma de la **Seguridad Social** son:



- Solidaridad, igualdad y universalidad.
- Integralidad.
- Unidad de gestión.
- Inmediatez.

Los orígenes de la seguridad social en argentina

“Proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social, a la productividad de la economía nacional, a la generación de empleo...”. Así comienza el inciso 19 del artículo 75 de la Constitución Nacional de la República Argentina, haciendo referencia a una de las atribuciones del Congreso de la Nación.



¿Cómo se originó este proceso de conformación del sistema de Seguridad Social en nuestro país, que encontramos institucionalizado en la Carta Magna?

Los orígenes de la Seguridad Social en Argentina surgen con la ola inmigratoria del siglo pasado. Los recién arribados a nuestro país se organizaron con el objeto de

brindarse mutuamente una forma de protección social, de dos maneras: por su nacionalidad, y/o por su actividad laboral.

No obstante, los cambios más importantes en el siglo XX relacionados con la seguridad social en nuestro país comienzan a verse cuando en el año 1943 se crea la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, estableciendo que la asistencia social depende de ella. Por esa misma época se originaron las Direcciones Nacionales de Servicios Sociales y Previsionales que siguieron vigentes durante la primera Presidencia de Juan Domingo Perón.


En este contexto, las primeras obras sociales creadas en base a los sindicatos comenzaron a jugar un papel importante en las políticas de Seguridad Social. Esta situación no sufrió grandes cambios en los periodos posteriores, hasta que el gobierno de facto de Juan Carlos Onganía (1966) transformó las Direcciones Nacionales de Servicios Sociales y Previsionales, en Institutos.

El principal y más destacado de esos institutos fue el **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)**.

Así también, en este período se ha promulgado la Ley N° 18.610 que universalizaba la obligatoriedad de las Obras Sociales para todo asalariado, con un sistema de seguro con aportes y contribuciones.

En los años siguientes, la seguridad social basada en obras sociales se expandió hasta los límites de la población con capacidad contributiva, cubriendo aproximadamente a las tres cuartas partes de la población.

Actualmente, el sistema de Seguridad Social en Argentina está compuesto por los siguientes seis componentes:

- 
- El régimen previsional.
 - Las obras sociales.
 - El seguro de desempleo.
 - El sistema de riesgos del trabajo.
 - El PAMI, que brinda cobertura médica a la tercera edad.
 - Y el régimen de asignaciones familiares, que otorga subsidios múltiples.

Adultos mayores y seguridad social

El paulatino pero inexorable envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe presenta dos características que preocupan: un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados, y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, y una institución familiar muy exigida en materia de seguridad y protección⁴.



Para afrontar los desafíos del envejecimiento, los países están avanzando en la creación y desarrollo de legislaciones, políticas y programas para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor. En comparación con el año 2003, hay nuevos nichos de política pública y más intervenciones en este ámbito, aunque persisten las diferencias de situaciones y logros entre países y subregiones que, en algunos casos, responden a la **heterogeneidad** interna de las sociedades y a las características de sus procesos de desarrollo.

Así, mientras en los países con una población más envejecida los niveles de protección suelen ser más extendidos, como es el caso de Argentina, en los que se encuentran en plena transición, los desafíos que impone la población adulta mayor coexisten con rezagos derivados de la pobreza y exclusión de otros grupos sociales⁵.

En cuanto a la cobertura universal de la seguridad social, podemos decir que en alguna medida, es un tema aún pendiente en nuestro país y, ante el cambio demográfico, el reto se centra en **cómo ampliar la cobertura y calidad de las pensiones, y en**

⁴ CEPAL (2009). “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, Santiago de Chile, República de Chile.

⁵ Huenchuan S. y Morlachetti A. (2002) “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina” Santiago de Chile, República de Chile.

cómo reducir las desigualdades de acceso al sistema previsional en las edades activas, ampliando el subsistema no contributivo de seguridad social.

En los últimos cinco años, nuestro país ha hecho progresos graduales frente al primer desafío, concentrando las acciones en mejorar la calidad de las pensiones y en proteger a las personas mayores sin capacidad contributiva o ingresos.

En este marco, la Argentina ha tomado la iniciativa, mostrando el camino al resto de la región latinoamericana, en materia de regulación en cuanto a la posibilidad de que las personas se pensionen habiendo cumplido la edad de jubilar y sin tener los suficientes años de aportes para una pensión. La ley les permite acceder al beneficio mediante el pago de una moratoria con un plan de facilidades. Esta iniciativa apunta de manera directa a la búsqueda del beneficio para las mujeres y las personas con lagunas previsionales⁶.

Sin embargo, aún persisten inequidades y desigualdades que requieren de decisiones más amplias de política pública para ampliar la protección a toda la población.

En los últimos años, la Argentina ha iniciado un proceso de instauración de un paradigma de políticas públicas, basado en los derechos de las personas.

El enfoque de desarrollo basado en los derechos, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos”.

⁶ CEPAL (2009). “Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas”, Santiago de Chile, República de Chile.

Palabras finales

El envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el cumplimiento de los compromisos internacionales sobre derechos humanos.

El Estado debe actuar como garante de los derechos sociales, debe tutelarlos, protegerlos y resguardarlos, y las políticas públicas deben concebirse como un instrumento de promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de ciudadanía de todos quienes componen la sociedad.

En consecuencia, en un contexto de envejecimiento, la articulación de capacidades técnicas y económicas del Estado y sus instrumentos jurídicos y de política se transforman en elementos esenciales para garantizar una vejez digna y segura.

Un rol activo del Estado en términos de protección para toda la población y especialmente para los más vulnerables, beneficiaría no sólo a los destinatarios de esos fondos, sino también a sus familias y a la creación de capital social y patrimonio económico para las generaciones futuras.





Autor:

Lic. Mario Aguilera:

Integrante del equipo de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Licenciado en Administración Pública (Universidad Nac. de Gral. San Martín). Egresado de la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional – Trabajo final en curso. (Universidad Nac. Mar del Plata).

Bibliografía:

(2005), *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*, Edición electrónica, Volumen X, Nº 1, Argentina.

Ensignia, J. (1998), *El debate sobre la seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo*, Santiago de Chile, Chile.

OIT (1984), *OIT Introducción a la seguridad social*, Ginebra, Suiza.

Huenchuan, S. y Morlachetti, A. (2002), *Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina*, Santiago de Chile, Chile.

CEPAL (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile, Chile.







CAPÍTULO 9:



Ética del Cuidador Domiciliario





Introducción

Los cuidados domiciliarios se suman al gran desafío de contribuir a la reducción de las desigualdades y dependencias que condicionan a gran parte de la población mayor.

Con su aporte en tareas de apoyo, adiestramiento y sustitución en las actividades de la vida diaria, el cuidador domiciliario debe acompañar a la persona que envejece promoviendo y fortaleciendo una acción y un compromiso ético de respeto a la dignidad del ser humano.

Este trabajo busca compartir criterios éticos orientativos para el buen comportamiento personal y el correcto ejercicio de los cuidados domiciliarios.

¿Pero, qué es la ética?

Para poder comprender dichos criterios a los que hacemos referencia, es importante primero definir lo que se entiende por **ética**.

La ética es una rama de la filosofía que abarca el estudio de la moral, la virtud, el deber, y la felicidad.

Se suele confundir con el término de “moral” porque ambos se refieren a las costumbres y al carácter de las personas. Sin embargo, en la actualidad se entiende a **la moral como parte de la ética, ya que la ética estudia qué es lo moral.**

Mientras que la moral se refiere al valor que le damos a comportamientos concretos de acuerdo a la sociedad y comunidad a la que pertenecemos, (bueno, malo, justo, injusto) la ética reflexiona sobre las formulaciones y principios que recogen dichos valores, por ejemplo: ¿Podría ser que una conducta considerada inmoral en el pasado hoy no sea condenada? ¿Qué hacer cuando un valor entra en conflicto con otro? ¿Hay valores superiores y otros inferiores?

En la tarea diaria del cuidador es frecuente encontrarse con situaciones que plantean este tipo de cuestiones, por ejemplo, ante un conflicto en el seno de la familia de la persona cuidada.

Consideraciones acerca de la ética del cuidador

El encuentro diario entre una persona que necesita un servicio, en este caso de cuidados domiciliarios, y otra que lo brinda, guarda una relación *asimétrica* (desigual) que se enmarca en principios éticos, tanto explícitos (manifiestos) como implícitos (sobrentendidos).

¿Cómo es, o cuál es, la relación adecuada en la tarea de cuidar?

¿Será, no sólo la que nosotros consideremos buena, sino también la que considere buena el otro? (paciente, persona).

Son cuestionamientos que aparecen en las prácticas cotidianas.

Ejemplos de situaciones de cuidados domiciliarios

Tomando como ejemplo algunos relatos sobre cuidadores, vamos a centrar nuestra atención en los principios que pueden aplicarse a la práctica.



- Ramona es cuidadora domiciliaria y trabaja en un barrio distante de la ciudad. En esa zona acceden pocos colectivos y debe caminar varias cuadras sin asfalto hasta llegar a la casa de Francisca, a quien asiste cuatro horas diarias. La ayuda en la higiene personal y la acompaña en las actividades dentro de su hogar, ya que las mismas se ven limitadas por la presencia de un Parkinson que padece desde hace unos años.
- Elida en cambio va en bicicleta a la casa de Sofía. La espera su hija para que juntas puedan bañarla, rotarla en la cama, curar sus escaras e intentar que tome el desayuno. Sofía padece desde hace unos años una demencia que en forma progresiva ha provocado su quietud y su escaso vínculo con el mundo exterior; la hija de Sofía sostiene que su madre cuando escucha la voz de Elida realiza un leve gesto que indica lo bienvenida que es su cuidadora.
- Paola todas las mañanas atraviesa la ciudad en subte hasta llegar al departamento donde vive Héctor, quien la espera ansioso para poder levantarse e ir hasta el balcón cerrado que posee y allí desayunar. Para ambos ese paseo diario es el único que juntos pueden realizar dado que la enfermedad pulmonar crónica que posee Héctor y la provisión de oxígeno continuo que debe tener no le permite traspasar la puerta de su departamento.

Las condiciones profesionales y laborales de cada una de estas cuidadoras son, obviamente, distintas entre sí, y con otras. Las “caras” de los cuidados domiciliarios son innumerables, dado que el proceso de envejecimiento, la presencia de **morbilidad**, y las dependencias que ello va marcando, determinan, junto a otros factores, una gran variabilidad en las condiciones en los cuales se desarrolla este servicio a lo largo de nuestro país.

Lo que poseen en común estas situaciones es la dedicación al cuidado de un sector poblacional que en la actualidad lo requiere de modo incipiente y prioritario, como son las personas mayores y también las personas con discapacidades.

Los estudios sobre esta población destacan su diversidad: personas mayores que gozan de buena salud, con una adecuada integración social, acompañados de entornos favorables, coexisten con otras personas de edades similares que precisan una serie de ayudas físicas, psíquicas y sociales para continuar viviendo en sus hogares.

Lo que hace de este grupo el destinatario de los cuidados domiciliarios es la presencia de **pluripatologías** y de pronósticos que anuncian mayores grados de dependencia funcional.

Las cuidadoras que hemos ejemplificado conocen los aspectos técnicos y procedimientos necesarios para la asistencia de las personas mayores pero...

¿Existen principios o contenidos éticos que regulen y orienten su actuar como cuidadores domiciliarios?

Partiremos definiendo algunos conceptos que nos permitirán contestar a esta pregunta.

Nuevas disciplinas

El envejecimiento poblacional es el resultado exitoso de los avances que la ciencia ha proporcionado a la mejora de la vida del hombre. A su vez, y consecuente con ello, los problemas éticos derivados de estos avances médicos, biológicos y técnicos suscitan un gran interés y son temas de discusión en los distintos ámbitos que lo involucran.

En la actualidad numerosos estudios aportan consideraciones sobre la ética del cuidado y de la responsabilidad en este tipo de actividades socio- sanitarias, que se apoyan en los conceptos del **respeto de la dignidad de la persona humana y de la promoción de la calidad de vida.**

Estas postulaciones se afirman desde otros campos de estudios actuales, como son **la Bioética y la Deontología Profesional.**

La Bioética

A mediados del siglo pasado, aproximadamente a partir de los años `70, un término vinculado a la ética comenzó a acuñarse de manera incipiente dentro de las disciplinas médicas: la **Bioética**. La misma se refería, en esos momentos, al estudio de las pautas de conductas que los médicos deberían tener hacia sus pacientes.¹

Actualmente abarca las cuestiones acerca de la vida y sus diferentes manifestaciones, involucra a las relaciones entre diversos campos disciplinares como la medicina, el derecho, la sociología, la psicología, entre otros.

*El criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: **la dignidad de la persona.***

En ella se han articulado una serie de principios. Éstos son:

- **Principio de beneficencia.** Refiere respeto a la **integridad física y/o psicológica** de la persona a ser atendida: las intervenciones no deben provocar daños físicos o psicológicos, ni transformarse en contraproducentes.
- **Principio de no-maleficencia.** Refiere al derecho de cada persona de **aceptar o rechazar las atenciones necesarias para su salud**, considerándose que las intervenciones técnicas profesionales deben buscar hacer el bien en tanto mejora de la calidad de vida.

¹ El término “Bioética” fue impulsado en los Estados Unidos por Rensselaer Van Potter; en su obra aparece concebida como una rama del saber que se sirve de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida y que reflexiona en torno a los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial.

- **Principio de autonomía.** Trata de la **aceptación de los valores, modos de vivir y deseos de la persona destinataria** del servicio. Sin imponérsele ideas del propio bien, ni consideraciones contrarias a la elección que ha tomado la persona o el familiar. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacerse la elección.
- **Principio de justicia.** Enuncia la obligación del profesional de un **trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza de la persona** a ser atendida.

La Deontología profesional

Otro término que contribuye a pensar la temática que nos convoca es el de **Deontología Profesional**, que refiere al **conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional**. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad.

Todo grupo profesional trata de mantener determinados niveles de exigencia, de competencia y de calidad en el trabajo. Dentro de los cuidados domiciliarios, la enfermería ha elaborado tanto el código de ética como los principios sobre los que se sustenta la Deontología Profesional de Enfermería, no así aún los Cuidadores Domiciliarios.

Presentaremos a continuación claves éticas fundamentales para el Cuidador Domiciliario que promueven comportamientos de respeto, benevolencia, justicia y solidaridad para las personas mayores, basados en los principios de la Bioética y en los Derechos de las Persona Mayores, tomando a su vez consideraciones de los códigos de éticas y de deontología de profesionales de la salud y del cuidado de personas.



Los documentos internacionales a favor de las personas mayores

Los instrumentos internacionales de derechos humanos establecen medidas específicas en los ámbitos de asistencia para los sectores más vulnerables de nuestra sociedad como son las mujeres, los niños y también las personas mayores.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha trabajado la temática de las personas de edad desde el año 1948, cuando en la Asamblea General se aprobó la resolución que indicaba el proyecto de declaración de los derechos de la vejez, adoptando a partir de allí medidas de gran importancia tales como:

- Primera y Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en las cuales se recomiendan medidas en sectores claves como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social.
- Los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad: aprobados en 1991, establecen normas universales para las personas de edad en cinco ámbitos principales:
 - o **Independencia.** Las personas de edad deberán tener acceso a bienes que les permitan su auto subsistencia. Ello refiere a la obtención de ingresos que les permita cubrir necesidades básicas como también necesidades culturales y sociales, pudiendo elegir donde y con quien vivir. **La oportunidad de continuar en el circuito laboral o la obtención de ingresos por otros medios debe ser una garantía para las personas de edad.**
 - o **Participación.** Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, con una participación activa.
 - o **Atención, o cuidados.** Este principio se refiere que los adultos mayores puedan disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad, es otro de los principios que rigen la declaración. A este ámbito también

pertenece la posibilidad de acceder a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad y poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones.

- o **Realización personal.** El desarrollo pleno del potencial que posee cada persona mayor al igual que tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad, es la premisa fundamental de este principio.
- o **Dignidad.** Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Tantos los Principios de las Naciones Unidas a favor de la Personas Mayores como los que enuncia la Bioética, que ya explicamos, nos permiten abordar consideraciones éticas generales para y en los Cuidados Domiciliarios.

*Estos principios constituyen exigencias elementales que puede plantear cualquier ser humano y que tienen que ser satisfechas. **Al igual que los derechos, son universales, prioritarios e irrenunciables.** La ausencia o prohibición de algunos de ellos imposibilita el desarrollo como seres humanos plenos.*

Tomándolos como punto de partida, vamos a centrar nuestra atención en su aplicación en la práctica de los Cuidados Domiciliarios.

Aplicación de los principios en los cuidados domiciliarios

Veamos el caso de Héctor, que ya presentamos.

- Héctor ha vivido en Buenos Aires desde que nació. Le gusta el tango y ha sido un gran bailarín. Le cuenta a Paola que era muy reconocido en las milongas porque además de bailar muy bien era un hombre apuesto. Desde hace varios años tiene una obstrucción pulmonar crónica que lo ha invalidado progresivamente, vive solo, se encuentra separado de su esposa y desvinculado de sus hijos. Héctor suele estar de mal humor todos los días, no logra aceptar las limitaciones progresivas de su enfermedad y motivo de ello mantiene un escaso vínculo con su entorno, no desea visitas y no quiere que lo vean transportando su mochila de oxígeno, por ello no sale de su casa y con la única persona con la que se comunica en todo el día es con su cuidadora Paola. A Héctor lo ofende que lo llamen “abuelo”, refiere no haber deseado ser viejo y menos enfermo.

Las consideraciones que podemos realizar sobre esta persona y el servicio de Cuidados Domiciliarios nos permiten repasar los principios a aplicar que deben enmarcar la tarea de su cuidador:

- **El principio de no maleficencia:** respeto a la integridad física y/o psicológica de la persona.
- **El principio de beneficencia:** derecho de cada persona de aceptar o rechazar las atenciones necesarias para su salud.
- **El principio de autonomía:** aceptación de los valores, modos de vivir y deseos de la persona destinataria del servicio.
- **El principio de dignidad:** enuncia la obligación del profesional de un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza de la persona a ser atendida.

En la relación cuidador / cuidado

“La relación debe ser el equilibrio moral entre el principio de beneficencia que ejercen los profesionales, el del libre albedrío o autonomía que tienen los pacientes, y el de justicia que delimita los derechos y obligaciones de ambos”.²

Si seguimos nuestro ejemplo, veremos cómo la cuidadora domiciliaria Paola debe contemplar (y seguramente lo ha hecho para poder trabajar con Héctor) estos criterios:

1. El cuidador domiciliario debe entablar, generar y sostener un vínculo de intercambio con la personas destinataria del servicio.
2. El vínculo conformado debe posibilitar el desarrollo de sentimientos de confianza y de respeto recíproco, en el sostenimiento de una relación asimétrica.
3. El cuidador debe garantizar que el desarrollo de su tarea se realice en un ambiente en el que se logren acuerdo y se establezcan reglas básicas de cooperación y apoyo.
4. Deberá lograr y sostener la distancia emocional adecuada para una correcta y eficaz intervención.
5. El cuidador domiciliario deberá abstenerse de toda manifestación de sentimientos y emociones que no sea pertinente y adecuada a la relación de cuidado.
6. Debe rechazar cualquier tipo de discriminación a individuos, familias o grupos en relación con la atención que presta.
7. El reconocimiento de la persona en su identidad histórica es un derecho

² Código de ética Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, 1984.

que no debe ignorar el cuidador, es por ello que debe respetar sus modos y costumbres al igual que evitar el uso de diminutivos, sobre nombres, u otros sustantivos como abuela/ abuelo que descalifiquen o no valoren en su real dimensión al ser humano

8. El cuidador domiciliario debe proteger la intimidad de la persona atendida, tanto física como emocional, respetando sus elecciones y evitando exposiciones innecesarias que lo dañen.
9. La relación que debe mantenerse es de cuidado, con tareas de apoyo adiestramiento y/o sustitución en las actividades de la vida diaria, por lo tanto el vínculo no debe ser confrontativo, de rivalidad, de docencia ni de protección. Debe basarse en el respeto por la integridad de la persona y el sostenimiento de los principios éticos.
10. El cuidador debe evitar relaciones y/o comunicaciones confusas, interferencias en el ámbito familiar privado u otras conductas que pueden desenfocar alterar la relación de cuidado e incidir negativamente en la persona.
11. El cuidador debe proteger toda información confidencial a fin de resguardar la intimidad de la persona y la familia y de no violar la confianza mutua.

En el cuidado a pacientes terminales y/o con dependencia cognitiva

“En el accionar sanitario se deben tener en cuenta al conjunto de derechos que protegen al paciente, entre los que se pueden mencionar los derechos principalísimos del hombre, los derechos humanos universalmente reconocidos, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a no ser internados contra su voluntad, la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad, el consentimiento informado y la confidencialidad”³

³ Idem 2.

Veamos esta situación:

- Elida conoce a Sofía desde hace un año, cuando la vio por primera vez podía, con tareas de apoyo, alimentarse, capacidad que en la actualidad ha perdido. Sofía debe ser cuidada de modo ininterrumpido dado el peligro de infección por la presencia de escaras y de deshidratación por sus serias dificultades de alimentación. Marta, la hija de Sofía, quiere que su madre continúe en su hogar todo el tiempo de vida que sea posible, por ello el cuidado en el domicilio es de suma importancia para ella ya que también aprende viendo el trabajo de Elida.

Las consideraciones que podemos realizar sobre esta persona y los Cuidados Domiciliarios que necesita nos permiten reflexionar sobre los principios a aplicar que deben enmarcar la tarea de su cuidadora:

1. **Principios de Cuidados:** Derecho el acceso a servicios de atención domiciliaria al igual que recibir los cuidados y la protección de la familia y comunidad conforme al sistema de valores culturales de cada comunidad.
2. **El Principio de Independencia** señala que la persona mayor debe participar en las determinaciones sobre situaciones o hechos que lo involucran, en este caso el tipo de atención sanitaria que el familiar refiere dado el estado de dependencia intelectual de su madre.

En este ejemplo entonces, la cuidadora Élida seguramente tiene en cuenta estos criterios para casos como éstos:

1. El cuidador domiciliario no debe actuar con discriminación en cuanto a ofrecer sus servicios a privados y/o las Instituciones de Salud, cualquiera que sea la naturaleza de estas (público, privadas, tercer sector) teniendo en consideración la ayuda que prestan para cubrir las necesidades de la población mayor con dependencia.

2. Debe velar por la seguridad confort y bienestar de la persona.
3. El cuidador domiciliario acompaña con procedimientos y conocimientos propios de su rol para el alivio del sufrimiento y coopera con los familiares y otros para atender sus deseos.
4. Es contrario a su rol apoyar medidas que contribuyan a acelerar la muerte, cualquiera que sean sus circunstancias.
5. La autonomía siempre deberá ser respetada salvo en los casos en que sus acciones sean claramente perjudiciales para el interesado o para los demás.
6. El cuidador debe guardar profundo respeto por la intimidad de la persona no realizando actos que violen espacios íntimos en los cuales se encuentran sus pertenencias, salvo que las situaciones lo ameriten vinculadas exclusivamente con el cuidado. En estos casos la intromisión en placares, roperos etc., se debe realizar garantizando la presencia de terceros si la pérdida de la autonomía cognitiva de la persona no le permite una plena participación en el acto.
7. El cuidador debe garantizar el secreto profesional y ser extremadamente cauteloso con las comunicaciones que brinda tanto a la persona y/o tercero. Bajo ninguna circunstancia debe manifestar comentarios entendiendo que la persona cuidada no escucha o no entiende los mismos, ni comentar diagnósticos ni pronóstico delante de ella sin su consentimiento o del familiar.
8. Es tarea del cuidador guardar la intimidad en el momento de la higiene y el cuidado personal aún en situaciones en los cuales la persona cuidada no es conciente del acto que se le realiza.
9. Toda persona, mientras no se demuestre su incapacidad o su total dependencia, es una persona autónoma y como tal deberá ser tratada.

Además, deberemos fomentarle al máximo su independencia, al menos, hasta donde sea posible.

10. El cuidador deberá estar en permanente consulta y colaboración con otros profesionales actuantes.
11. Debe garantizar su formación continua para fortalecer sus conocimientos y corregir los desajustes que puedan presentarse en su tarea.
12. El cuidador domiciliario debe conocer el derecho a morir con dignidad que tiene el ser humano; ello implica también el derecho a ser cuidado, con una asistencia humana e integral.

Conclusión

Se ha presentado un breve recorrido de consideraciones generales sobre los principios éticos que rigen el ejercicio del Cuidado Domiciliario, el desafío es la construcción de herramientas que regulen y orienten la profesionalización de esta tarea.



Autora:

Magíster Marisa Parreira:

Lic. en Psicología.

Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Master en Gestión de Servicios Sociales.

Bibliografía:

Lolas Stepke, Fernando (2000), *Bioética y cuidado de la salud*, Organización Panamericana de la Salud, Serie Publicaciones.

Código de Ética, Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.







CAPÍTULO 10:



Inserción laboral del cuidador domiciliario





Asociativismo

*Para empezar un gran proyecto, hace falta valentía.
Para terminar un gran proyecto, hace falta perseverancia.
Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera:
empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.*

La formación de cuidadores domiciliarios centrada en el cuidado preventivo, rehabilitador y asistencial de los adultos mayores, de las personas con discapacidad, de los enfermos crónicos y terminales, les brinda las herramientas suficientes como para insertarse en el mercado laboral, dada la realidad presente e inminente de una gran demanda social respecto a este tipo de servicios, originada en el incremento del porcentaje de adultos mayores en la población.

En la búsqueda de las estrategias más viables para enfrentar la competencia derivada de las aperturas que nos da la formación de cuidadores domiciliarios, el asociativismo es una respuesta solidaria. Parte de la idea de que no tenemos por qué saberlo todo, que hay otras personas que nos pueden ayudar a emprender un negocio, proyecto o idea.

Encarar una actividad en solitario requiere mucho más esfuerzo que hacerla junto a otras personas: *“La inteligencia de una colmena siempre es mucho mayor que de una abeja”*, dice el dicho.

El trabajo solitario tiene un “techo” bajo, especialmente para emprendedores de los sectores más vulnerables: sin capital, sin posibilidades de financiamiento, sin herramientas concretas de registro y administración, los emprendedores se encuentran en mayor desventaja aún.

Asociarse, entonces, tiene muchas ventajas, aunque hay que tener en cuenta algunas cuestiones de manera tal que sea provechoso para todas las partes intervinientes. Para ello resulta necesario desarticular viejos aprendizajes y volver a aprender el trabajo asociado, abandonar las teorías que sólo valoran el trabajo individual, y

recuperar las prácticas **ancestrales** del trabajo colectivo, que es reconocer nuestra esencia más profunda.

*Asociar, articular, sumar, enredar, tejer, juntar, unir,
son los desafíos.*

El proceso de asociarse

Por asociativismo se entiende, en sentido amplio, el proceso por el cual una o más personas y/o grupos(s) deciden reunirse de forma regular, pero no necesariamente continua, para atender demandas comunes.

Se trata de un proceso fundado en la pluralidad, que no tiene la pretensión de verdad única, sino que busca el consenso sobre las divergencias de modo que los resultados de las decisiones estén pautados según principios éticos.

En este sentido, el asociativismo se presenta como un conjunto de prácticas sociales que propone la autonomía del “nosotros”, dado que dichas prácticas sociales se asientan en la reciprocidad, en la confianza, en la pluralidad, en el respeto y la cooperación y no en la utilización operacional-instrumental de la asociación entre las personas.

El asociativismo ha sido analizado y comprendido desde distintos ángulos, y los modelos que así surgen (asociación, cooperativas, sindicatos, etc.) deben ser entendidos como procesos por los cuales **la sociedad civil asume los espacios públicos e intenta, a partir de una noción de control democrático (asambleas, consensos sobre las divergencias), establecer un tipo de sociabilidad fundada en la solidaridad.**

Muchas acciones podemos hacer durante este proceso para que los emprendimientos se fortalezcan: hacer compras colectivas, armar en conjunto un catálogo de ofertas de servicios, encadenar emprendimientos productivos, publicitar en conjunto, etc.

En el caso de las empresas se relaciona con el concepto de cooperativismo: al cooperar, en lugar de sólo competir, pueden obtener algunas ventajas tales como mayor capacidad de negociación con proveedores, mejores precios en los insumos, estrategias conjuntas de comercialización entre un grupo de pequeños trabajadores, compartir maquinarias, tecnología, desarrollar en forma conjunta estrategias de servicios con eficiencia y eficacia.

En este proceso de construcción de la asociatividad, se debe intentar sostener una relación de equilibrio entre las partes, porque si se inclina la balanza para uno de los lados, la asociatividad no es sustentable. Siempre conviene respetar la idea de que **los acuerdos beneficien a ambas partes**, lo cual genera un aumento del compromiso y confianza entre los intervinientes.

Importancia del trabajo asociativo

El éxito de las experiencias asociativas radica, no sólo en la colaboración para el particular emprendimiento productivo que se haya decidido realizar, sino también como forma de vida que rescata los mejores valores de la cultura.

De la misma forma, para los cuidadores domiciliarios la actividad asociativa no está únicamente vinculada a lo productivo, sino que está inserta en su forma de vida: la participación comunitaria en las festividades religiosas, en las fiestas populares de la zona, en las diversas actividades culturales son hechos a rescatar en este sentido.

Estas actividades muestran cómo han sido ellas, más que lo productivo, lo que dieron fuerza y cohesión a la organización. Los emprendimientos exitosos lo han sido porque se destacó en ellos la solidaridad y la cooperación puesta de manifiesto en los grupos de trabajo, con responsabilidad, con ganas de hacer cosas.



Si bien los integrantes hacen referencia a que “estamos en esto para ganar plata” manifiestan siempre una actitud ética, solidaria y de servicio, poniendo de manifiesto que hay valores que quieren respetar.

Esta postura implica la elaboración de una estrategia de intervención con instancias participativas a distintos niveles. De acuerdo con este enfoque, el papel del técnico está centrado en facilitar el crecimiento de los individuos.

El rol de los grupos estaría puesto en su capacidad de participación en las decisiones que afectan su vida cotidiana, de desarrollar un pensamiento reflexivo, de fomentar la creatividad y de fortalecer la autovaloración de sí y de su grupo de pertenencia como potenciales fuerzas de cambio social. Es decir, facilitar la construcción del conocimiento y objetivación de la realidad.

La búsqueda y adecuación de formas asociativas acordes a la realidad es materia que no se debe descuidar, como así también la formulación de una normativa impositiva y previsional que los ampare y no los discrimine.

Características de los emprendedores

Cuando se hace referencia a asociativismo, hay consenso en que sus partícipes son **emprendedores**, personas con condiciones para elaborar, desarrollar y gestionar proyectos de producción de bienes y servicios; personas que necesariamente deben reunir condiciones especiales y ser portadoras de determinadas habilidades y capacidades.

Un emprendedor “siente y vibra” con el sólo hecho de pensar en su proyecto, se ilusiona y dedica todo su tiempo y esfuerzo para lograr sus objetivos. Tropezaba y se cae, pero se vuelve a levantar y siempre valora lo aprendido. No admite la frustración paralizante: hace un balance de experiencias positivas y negativas, estando siempre dispuesto a abordar un nuevo proyecto.

Un emprendedor impulsa un sinnúmero de ideas y oportunidades, aún en las crisis más profundas. Para él, cualquier situación, por difícil que parezca, es mejor

que depender de otros o no hacer nada. Un emprendedor sabe de paciencia y perseverancia, de esfuerzo y dedicación, de éxitos y tragos amargos.

Los emprendedores exitosos no dependen excluyentemente de determinadas políticas públicas: las utilizan para fortalecerse, pero saben que, por ser chicos y estar solos, deben triplicar sus esfuerzos para lograr sus metas. Están siempre ávidos de capacitación, aunque a menudo las urgencias cotidianas no les permiten dedicar el tiempo que quisieran para ello.

En general, son individualistas y les cuesta admitir que necesitan asociarse a otros para contrarrestar sus debilidades y potenciar sus fortalezas. En definitiva, son personas que deben formarse como empresarios, mientras “vive” su emprendimiento, aprendiendo de sus propios errores y construyendo su futuro.

Deben ejercitarse en planificación y gestión. Necesariamente, se transforman en trabajadores, administradores, porteros y gerentes de su empresa: sólo recurrirán a un empleado luego de agotar las instancias dentro de su ámbito y cuando estén seguros de que podrán retribuir el trabajo del otro sin afectar sus propios ingresos.

Es normal que, a la hora de enfrentar el desafío de iniciar un emprendimiento, aparezcan dudas y vacilaciones, que surjan muchas preguntas y que por sobre todo el emprendedor se pregunte:

¿Podré llevar adelante este proyecto?

¿Estaré preparado para ser empresario?

Las respuestas a estos cuestionamientos sólo podrán encontrarse en su autoestima: lograr la confianza en sí mismo será uno de los factores para lograr el éxito y enfrentar el lógico temor ante lo desconocido.

Cooperativismo

El Cooperativismo es una doctrina socio-económica que promueve la organización de las personas para satisfacer de manera conjunta sus necesidades.

Su principal fortaleza es la participación del ser humano común asumiendo un rol protagonista en los procesos socio-económico de la sociedad en la que vive.



¿Qué es una cooperativa?

Una Cooperativa es una asociación autónoma de personas que se unen voluntariamente para satisfacer sus comunes necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales por medio de una empresa de propiedad conjunta, democráticamente gobernada.

Las características de “propiedad conjunta” y “control democrático” son las que más diferencian a las cooperativas de otros tipos de organizaciones empresariales.

Igualmente queda claro que la cooperativa es una empresa y, por lo tanto, una entidad que funciona en el mercado, que debe esforzarse por servir a sus miembros eficiente y eficazmente.

Valores

El cooperativismo se rige por unos valores y principios **basados en el desarrollo integral del ser humano.**

Las Cooperativas se basan en los valores de autoayuda, autorresponsabilidad,

democracia, igualdad, equidad y solidaridad. Para continuar la tradición de sus fundadores, los asociados de las cooperativas sostienen los valores éticos de honestidad, apertura, responsabilidad social y preocupación por los demás.

Organización interna

Las Cooperativas se estructuran conforme con la ley que las rige y con el estatuto social aprobado en la asamblea constitutiva celebrada por los asociados fundadores. Tanto la ley como el estatuto fijan las funciones y atribuciones de los tres órganos de una cooperativa. Ellos son:

- **Asamblea.** Es el órgano de gobierno de la cooperativa, a través del cual los asociados expresan su voluntad. En ella todos los asociados participan en un pie de igualdad. Se reúnen por lo menos una vez al año - en Asamblea Ordinaria - para considerar la gestión del ejercicio económico-social cerrado y para elegir a los miembros de los otros dos órganos. También se celebrarán Asambleas Extraordinarias toda vez que lo disponga el Consejo de Administración, la Sindicatura o un mínimo del 10% del total de los asociados, para tratar asuntos puntuales que por su índole no son considerados en la Asamblea Ordinaria.
- **Consejo de Administración.** Es el órgano elegido por Asamblea para administrar y dirigir las operaciones económicas y sociales de la entidad. Se compone con un número reducido de asociados (lo determina el estatuto, lo mismo que la duración de sus funciones), quienes deben informar a la Asamblea acerca de la labor realizada durante el ejercicio económico-social. Los consejeros deben ser asociados, que constituyen un órgano colegiado y de carácter permanente.
- **Comisión Fiscal o Sindicatura.** Es el órgano elegido por la Asamblea entre los asociados, que tiene a su cargo la fiscalización privada, controlando el cumplimiento de la ley y del estatuto. La Sindicatura puede estar integrada por una (unipersonal) o más asociados (colegiada).

La economía social

La economía social es, en primer lugar, y dentro del contexto socio-económico específico de naciones periféricas a los centros mundiales de capital, como la nuestra, aquella economía que se desarrolla precisamente sobre los márgenes de los grandes nudos de acumulación de capital.

No constituye en sí un modelo económico acabado que pueda ser encerrado dentro de lo que tradicionalmente ha sido definido como economías solidarias o sociales, ni reducido solamente a sus formas institucionales más conocidas: cooperativas, microempresas, empresas mutuales, etc.

Se trata en realidad de **prácticas sociales reales de producción, distribución y consumo de bienes y servicios** que configuran en estos momentos todo un universo productivo particular que empieza por las formas de la economía de subsistencia hasta alcanzar los lugares de asociación y solidaridad entre individuos.

Desde estos lugares de asociación se emprenden iniciativas multifacéticas de producción de conocimientos, de bienes materiales, de servicios sociales, de producción simbólica y comunicacional que resultan, por lo general, en la formación de amplios potenciales socio-económicos.

Por otro lado, proponen prestaciones de excelencia con firme compromiso social, que obligan a revisar, tanto los procesos de producción, difusión y aplicación del conocimiento, como los de prestación de servicios y relaciones con el entorno, a fin de formular proyectos para su transformación y modernización.

Régimen de inclusión social y promoción del trabajo independiente: el monotributo social

Los cuidadores domiciliarios que deseen comenzar a ejercer tal actividad una vez recibida la capacitación, deben inscribirse en el Registro Nacional de Efectores de

Desarrollo Local y Economía Social contribuyendo categoría tributaria denominada “Monotributo social”.

Con fines didácticos, en esta parte del trabajo, llamaremos al cuidador domiciliario como “Efactor Social”.

El **Efactor Social** en condiciones de inscribirse en el Registro es aquella persona que está realizando una única actividad productiva y ve dificultada su inserción en la economía por estar en una situación de vulnerabilidad social.

El Registro fue creado para facilitar al Efactor Social el desarrollo de su actividad económica y el incremento de sus ingresos, a partir de la posibilidad de facturar, y de ese modo incorporar nuevos compradores o clientes.

La actividad económica debe ser sustentable, es decir que debe contar con la posibilidad de desarrollarse en un lapso de tiempo prolongado, para lo cual el inscripto debe poseer un cúmulo de capacidades, experiencia en la actividad y conocimiento del mercado en el que el proyecto laboral se llevará a cabo.



¿Quiénes pueden inscribirse?

Personas físicas, integrantes de Proyectos Productivos (que conformen grupos de trabajo de hasta tres personas) y Asociados a Cooperativas de Trabajo, según los siguientes requisitos:



- Sean o no titulares de derecho de planes sociales.
- Vulnerables desde el punto de vista socioeconómico.

- Los ingresos brutos por titular de derecho no podrán superar los 12 mil pesos anuales.
- No podrán inscribirse aquellas personas que trabajan en relación de dependencia.
- Tampoco podrán hacerlo profesionales universitarios, excepto que realicen una actividad económica no vinculada con su profesión.

¿Qué beneficios se obtienen?

El solicitante quedará inscripto dentro del régimen de Monotributo social, por medio del cual abonando mensualmente el 50% del componente social podrá:



- Emitir factura oficial.
- Acceder a una obra social de libre elección, con idénticas prestaciones que reciben los monotributistas generales. Es requisito indispensable que el interesado opte por una obra social al momento de inscribirse en el Registro.
- A los efectos del sistema jubilatorio, se le computará como período aportado el tiempo de permanencia en el Registro.
- Podrán ser proveedores del Estado a través de la modalidad de contratación directa, tal como lo prevé el decreto 204/04 del Poder Ejecutivo Nacional.
- Tendrán derecho a cobrar un aporte social mensual por hijo de hasta 18 años y/o hijo discapacitado a cargo (se acredita con fotocopia de partida de nacimiento y DNI de los hijos).

El Monotributo Social es una categoría tributaria permanente a partir de la ley 26.223/07, promulgada el 9 de abril de 2007. Esta vigencia rige mientras se mantenga la situación de vulnerabilidad social y el cumplimiento de los requisitos de ingreso al programa.



Autora:

Lic. María Teresa Eraso:

Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Bibliografía:

Apuntes Varios (2005, 2006, 2007), de *Ponencias sobre Asociativismo y Cooperativismo*. Jujuy, Argentina.

Congreso Argentino de la Cooperación, (2004), *De cara al nuevo milenio, por el desarrollo nacional con inclusión social*, Intercoop Editora Cooperativa Ltda, Argentina.

Elgue, Mario C. (compilador) (1999), *Globalización, desarrollo local y redes asociativas*, Ed. Corregidor, Buenos Aires, Argentina.

Jornadas de Cooperativismo (2006), *Exposición de Motivos de la Ley de Cooperativas N° 20.337*, Jujuy, Argentina.

Koch, Richard y Campbell, Andrew (2003), *Como despertar y reanimar a su empresa*, Canon editorial, S.L.

Ley de Cooperativas 20.337

Web Site: <http://www.ipac.org.ar>

Web Site: <http://www.desarrollosocial.gov.ar>







CAPÍTULO II:



Recreación y tiempo libre





Introducción

El cuidador domiciliario debe aspirar a mantener y/o mejorar el bienestar físico, social y afectivo de las personas a las que atiende, promover la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio auto cuidado. Para ello debe estar capacitado en todas las áreas en las que debe brindar apoyo.

Un área fundamental es la dedicada a la recreación, ya que las personas atendidas por los cuidadores domiciliarios en la mayoría de los casos disponen de muchas horas libres, por lo tanto se torna muy importante fomentar en ellos el empleo gratificante de ese tiempo libre.

El cuidador domiciliario tiene entre sus roles facilitar y acompañar a las personas en el desarrollo de actividades recreativas y de laborterapia.

La recreación y el esparcimiento son imprescindibles para la salud física y mental de las personas, ya que permiten paliar la soledad y el aislamiento, y al mismo tiempo son un vehículo de resocialización, y un instrumento eficaz para resolver conductas evasivas, como el dormir en exceso o destinar numerosas horas a programas televisivos.

Tiempo libre

Las actividades de esparcimiento se planifican en relación con el tiempo libre de los individuos, **entendiendo por tiempo libre, aquel que no está destinado al trabajo o al descanso.**

Este es un tema especialmente relevante tanto en los adultos mayores como en las personas con capacidades especiales, ya que disponen de una gran cantidad de horas libres, en el primero de los casos, en general, debido al cese de su actividad

La recreación y el esparcimiento son imprescindibles para la salud física y mental.

laboral y al paso de una existencia altamente estructurada a una menos pautada desde el entorno social.

Esto sumado a los cambios de roles dentro del núcleo familiar, lleva a la necesidad de una reacomodación o al establecimiento de nuevos vínculos con el fin de evitar la asociación entre tiempo libre y soledad.

La ocupación del tiempo libre debe convertirse en algo gratificante que favorezca la socialización y que genere nuevos espacios de intercambio entre pares y otras generaciones.

Para esto las actividades deben entenderse como un medio que permita el desarrollo de potencialidades creativas y no como un fin en sí mismas, es decir, que no sean por mero entretenimiento, sino que el fin sea, por ejemplo, lograr la socialización, los espacios que ayuden a los mayores a encontrar sus potencialidades individuales.

El cuidador domiciliario debe entender al tiempo libre no como un tiempo para pasar, sino como un tiempo para aprovechar y compartir, para desarrollar capacidades afectivas y creativas.

La recreación

Es una actividad libremente asumida desarrollada durante el tiempo libre, que tiene como funciones el descanso, la diversión y el desarrollo del individuo, con el fin de integrarlo activamente a la comunidad y liberarlo de la alienación provocada por el trabajo y la rutina.



Es una actividad pedagógica, que forma parte de la educación no formal, tiene objetivos y contenidos propios, y el tiempo, el lugar y los métodos están pautados con relación a los fines que se quiere lograr. Por lo tanto **no basta con que las actividades entretengan para ser consideradas recreativas, sino que deben propiciar a los participantes la modificación de conductas y el aprendizaje.**

Sus objetivos deben apuntar a una formación en el tiempo libre que le permita a la persona descubrir, desarrollar y/o mantener sus aptitudes físicas, psíquicas y sociales; adquiriendo nuevas vivencias que le proporcionen ricas y variadas experiencias. Es importante que estas actividades resulten productoras de goce, placer, y sean elegidas libremente.

Las actividades que se pueden desarrollar para el tiempo libre son prácticamente innumerables.

Cuando las actividades de tiempo libre son entendidas como un medio y no como un fin en sí mismas, pueden intervenir positivamente en los cambios que queremos lograr en las personas que asistimos. Para lograrlo, es fundamental en la planificación de las actividades tener en cuenta los intereses de quienes serán los actores principales, la selección y ejecución de las mismas deberán proceder principalmente de los protagonistas.

Para que la actividad cree interés, debe ser acorde a la realidad sociocultural de cada uno. Las personas sienten satisfacción o placer en determinadas actividades según las semejanzas o diferencias que éstas tengan con el estilo de las actividades que realizan regularmente. La vida cotidiana en que está inmersa la persona incide en las características que asume el uso del tiempo libre.

La importancia de la participación

Se sabe que la falta de participación trae aparejada la pérdida de la autoestima y la depresión, por lo tanto, devolver a las personas el gusto por las actividades físicas y recreativas significa:



- instarlas a salir del aislamiento,
- ayudarlas a descubrir de nuevo el uso del cuerpo y hacerlas tomar conciencia de sus posibilidades, aceptando al mismo tiempo sus limitaciones,
- ayudarlas a ser útiles, solicitando su participación en nuevas actividades de carácter social,
- mantenerlas alertas y disponibles,
- volverlas menos vulnerables al paso del tiempo y a la enfermedad,
- mantener o mejorar su autonomía física y su independencia social: seguir siendo un ciudadano de pleno derecho,
- integrarlas, cuando sea posible, en una actividad de grupo a fin de que encuentren de nuevo, al contacto con los demás, la necesidad de comunicarse, expresarse y participar.

Terapia ocupacional

Es aquella que tiene como objeto de estudio la ocupación humana, y está dirigida al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales de las personas, con el fin de conducir las a una adecuada interacción social y cultural.

Sus actividades son un instrumento terapéutico, y las podemos clasificar en:

- actividades de mantenimiento personal,
- de esparcimiento,
- y productivas.

Es así que mediante una valorización cuidadosa del individuo se utilizan situaciones y actividades apropiadas con el fin de conseguir recuperar o desarrollar sus aptitudes en los aspectos psicológicos, físicos y sociales.

El cuidador domiciliario debe tener en cuenta que existen profesionales encargados



de desarrollar esta tarea, los Terapistas Ocupacionales, por lo que un buen cuidador domiciliario acompañara el tratamiento indicado por dicho profesional, ayudando a la persona a la que cuida a realizar las tareas prescritas.

Laborterapia

Es una técnica encaminada a recuperar al paciente mediante el aprendizaje útil de una labor determinada, siempre teniendo en cuenta sus experiencias laborales, gustos y limitaciones.



Ejemplos de actividades

Las actividades que se pueden desarrollar para el tiempo libre son prácticamente innumerables, por lo tanto, será necesario tener en cuenta diferentes variables que ayudarán a encontrar las más adecuadas para cada caso en particular, por ejemplo, el grado de autonomía - es decir sus posibilidades -, los gustos e intereses, y las costumbres e historia de vida de cada persona.

Es importante destacar que muchas veces lo que ellas necesitan es la sugerencia, el incentivo o la programación – junto con ellas- de las actividades, las que podrán realizarse dentro o fuera de la casa, en forma individual o grupal.

Habrà que tomar ciertas precauciones en cuanto a la elección y adaptación de las actividades, como puede ser la simplificación de las reglas, las modalidades de aplicación, la adaptación del material, el lugar de realización, etc. a fin de poder utilizar las mismas en cada caso particular, especialmente en personas con capacidades diferentes o con movilidad limitada, tratando de aprovechar al máximo sus posibilidades remanentes.

Actividades físicas

Los beneficios de la actividad física están bien documentados. Una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general.

Existe una relación claramente establecida entre la práctica habitual de ejercicio físico, salud y expectativa de vida. Tiende a mantener y mejorar la autonomía, las capacidades motrices, las funciones cardiovascular y respiratoria, y ayuda a la rehabilitación.

Un estilo de vida activo en el que se incluya el ejercicio físico intencionado, mejora la salud mental y favorece los contactos sociales. El hecho de mantenerse activos puede ayudar a las personas mayores a mantener la mayor independencia posible y durante el mayor período de tiempo, además, de reducir el riesgo de caídas.

No duden nunca en incitar a las personas que cuidan a la búsqueda de movimiento, en cualquier sitio en que se encuentren, desde sus formas más elementales y familiares:

- caminatas y paseos,
- gimnasia, y ejercicios de estiramiento (movimientos suaves de las distintas partes del cuerpo, que hagan trabajar las partes deterioradas y las sanas),
- juegos deportivos adaptados,
- respiración y relajación,
- ejercicios enfocados sobre las actividades de la vida diaria como pasar de la posición decúbite a estar de pie o a la inversa, subirse sobre una silla, agacharse para recoger un objeto, saltar un obstáculo, abrocharse la ropa, atarse los cordones, peinarse, etc.



Actividades intelectuales y culturales

- Lectura de diarios y revistas para comentar.
- Escritura.
- Cine o teatro.
- Exposiciones, conferencias, etc.



Actividades de expresión

Son actividades libres o dirigidas que posibilitan recuperar el placer de moverse libremente, favorecen la creatividad y la comunicación. Entre ellas:

- danzas,
- canto,
- tocar instrumentos musicales,
- expresión corporal,
- pintura,
- manualidades, etc.



Actividades lúdicas

El juego encierra en sí una función social y cultural, es en el juego donde tanto el niño como el adulto pueden crear y usar toda su personalidad descubriendo su propia posibilidad de comunicación y expresión, ofreciéndole también la posibilidad de manifestarse libremente y canalizar energías.

Aquí, el rol del cuidador tal vez tenga que ver con el “hacer lugar”, creando las condiciones para que se recree el niño interior, sin necesidad de regresar a ser niños. Acompañando a que cada uno encuentre su modo de jugar, disfrutar, divertirse, aquí y ahora, de acuerdo con sus deseos, necesidades y posibilidades.

No existen juegos específicos para personas de edad avanzada o para personas con capacidades especiales; es importante tener en cuenta que para cada individuo y ante cada situación las actividades serán diferentes, según sea la edad, las capacidades o necesidades de los mismos. Por ejemplo:

- Juegos de mesa.
- Juegos teatrales, de mímica o dramatización.
- Juegos de memoria o ingenio, etc.

El rol del cuidador domiciliario

El cuidador domiciliario tiene entre sus roles facilitar y acompañar a las personas en el desarrollo de actividades recreativas y de laborterapia, de tal modo de satisfacer las necesidades vitales relacionadas con el mantenimiento de la condición física, y permitirles a través de las relaciones con los demás, descubrir la seguridad física, la salud psíquica y la alegría de vivir.

Para el logro de los objetivos que el cuidador domiciliario se proponga con cada una de las personas a las que atiende, deberá:

- tomarse el tiempo necesario para observar,
- despertar el interés personal,
- escuchar a la persona,
- satisfacer su motivación, fortalecerla y crear otras nuevas,
- estar atento para inspirar seguridad y confianza y evitar riesgos para prevenir posibles accidentes.

En caso de reunir dos o más personas en la actividad, además deberá intentar:

- integrar a los participantes,
- facilitar el intercambio y mantener el gusto por la actividad,
- fomentar la participación alegre y divertida desprovista de cualquier espíritu competitivo.

Si bien las actividades físicas y recreativas no pueden detener los procesos de envejecimiento, al menos deberían lograr instalar a la persona mayor en su nueva situación social con más comodidad y bienestar, preservando lo que esencial en la vida: la libertad de obrar (la autonomía).

Conclusión

La actividad recreativa contribuirá a la calidad de vida en tanto fomente el desarrollo de la persona y favorezca el encuentro consigo misma y no su evasión, en tanto incentive la oportunidad de conectarse, redescubrir y/o profundizar intereses, necesidades propias y deseos y no la actividad como un transcurrir.

Entendida así, ya sea por la relación social que implica como por los componentes que la integran como el esfuerzo, la creatividad, el desarrollo cognitivo, la imaginación y la autonomía, producirá casi sin buscarlo educación al tiempo que generará gusto, placer y favorecerá la autoestima.

Autora:

María Lucrecia Nuñez:

Profesora en Educación Física.

Egresada de la Universidad Nacional de La Plata, año 1994.

Fue coordinadora del Subprograma de Esparcimiento de la Ex - Subsecretaría de Proyectos Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.

Bibliografía:

Coutier, D.; Camus, Y. y Sarkar, A. (1990), *Tercera Edad Actividades Físicas y Recreación*, Gymnos, España.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (1996), *Centros de día para personas mayores dependientes*, Madrid, España.

Katz de Armoza, Marcela (1994), *Técnicas Corporales para la Tercera Edad*, Técnicas y Lenguajes Corporales, Paidós, Barcelona, España.

Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, Plan Nacional de Ancianidad (1997), *El Plan de los Mayores 1996 – 2000*, 2º versión, Buenos Aires, Argentina.

Martín Sánchez, F. y Martín Vicente, F. (1988), *Educación Física y Deportes para Minusválidos Psíquicos*, Gymnos, Madrid, España.

Scharll, Martha, *La Actividad Física en la Tercera Edad*, Paidotribo, Barcelona, España.

PROMover, OPS 2002, *Un estilo de vida para las personas adultas mayores*, Washington D.C., [http:// www.paho.org](http://www.paho.org)

Waicman, Pablo (1993), *Tiempo libre y recreación un desafío pedagógico*, PW, Buenos Aires, Argentina.

Fajn, Sergio L., *Recreación en la Vejez, una propuesta saludable. Una mirada desde la Psicogerontología a los problemas en y del tiempo libre*, En Revista Tiempo de Psicogerontología, <http://www.psiconet.com/tiempo>

Fajn, Sergio L., *Tiempo libre y Recreación en la Vejez. Recreación en la vejez: “Espacio para la creación de nuevas versiones acerca del envejecer*, Psicología de la Tercera Edad y Vejez, En <http://www.psi.uba.ar>



Glosario

| | |
|---------------------------------|--|
| Agorafobia | En psiquiatría, sensación morbosa de angustia o miedo ante los espacios despejados, como las plazas y avenidas. ¹ |
| Asilar | Albergar en un asilo. |
| Bioética | Aplicación de la ética a las ciencias de la vida. |
| Decúbito | Posición que toman las personas o los animales cuando se echan horizontalmente. |
| Dermis | Capa de piel situada bajo la epidermis y firmemente conectada a ella. |
| Edema | El edema (o hidropesía) es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades del organismo. |
| Epidemiología | Estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas. ² |
| Epidermis | En los vertebrados, es la capa externa de la piel. |
| Eritema cutáneo | Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas. |
| Fabulación patognomónica | El fabular o mentir aparece como el síntoma característico. |
| Familia ensamblada | Ensamblada es una familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene/n hijo/s de uniones anteriores. |

¹ [http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%El tico](http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%El+tico)

² <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm>

| | |
|------------------------|---|
| Familia extensa | Está integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros, parientes o no parientes. |
| Familia nuclear | Está integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos. |
| Faneras | Estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella. Son faneras las uñas y los pelos en los seres humanos y las plumas, pezuñas, escamas y cuernos en los animales. |
| Fascia | Envoltura de tejido conjuntivo que realiza un número importante de funciones, incluyendo la envoltura y el aislamiento de uno o más músculos. |
| Heterogénea | Compuesta de partes de diversa naturaleza. |
| Induración | Acción y efecto de endurecer. |
| Necrosis | Degeneración de un tejido por muerte de sus células. |
| Prevalentes | Que aparecen con mayor frecuencia. |
| Prono | Que está echado sobre el vientre. |
| Sepsis: | Término que en griego significa putrefacción. En medicina la septicemia refiere una afección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas. ³ |
| Somático | Se dice del síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico. ⁴ |

³ http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sepsis

⁴ http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%EI%20tico

| | |
|-------------------------------|--|
| Subcutáneo | Que está inmediatamente debajo de la piel. |
| Supino | Tendido sobre el dorso. |
| Trombo | Coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo. |
| Trombo embólicas | Situación clínico- patológica desencadenada por la obstrucción arterial pulmonar por causa de un trombo desarrollado <i>in situ</i> o de otro material procedente del sistema venoso. De ello resulta un defecto de oxígeno en los pulmones. |
| Tuberosidad isquiática | Abultamiento óseo del isquion, la parte inferior del hueso coxal. |
| Cualitativa | Que denota cualidad. |
| Asertiva | Que implica la acción de dar algo por cierto. Afirmar. |
| Estereotipo | Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. |

Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo N° 3



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



**Secretaría Nacional
de Niñez, Adolescencia y Familia**
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Facultad de Psicología
UNMDP