

Cuadernillo Temático
Curso de Capacitación Laboral

El Rol de las/los/les Cuidadores de Personas Mayores

Desde la perspectiva Integral e
Interdisciplinar



PROGRAMA ADULTECES Y VEJECES

Equipo responsable del Curso de Capacitación Laboral

Coordinadores y docentes:

Mg. Lic. Prof. Celia Estela Giusti

Tec. Fernando Veiga

Material recopilado por el equipo a cargo del curso y Coordinador/a del Programa Adulteces y Vejeces.

Se sugiere se utilice/difunda dentro del grupo de participantes del Curso de Capacitación Laboral.

PROGRAMA ADULTECES Y VEJECES
FACULTAD DE HUMANIDADES, ARTES Y CIENCIAS SOCIALES
UADER

Contenidos por ejes temáticos:

Eje 1: Introducción a los conceptos centrales.

Contenidos

Vejez - Envejecimiento – Ciclo - Curso de vida – Viejísimos/edadismos – Teorías -Calidad de vida -Envejecimiento activo - Sexualidad – Aprendizaje - Derechos.

Exposiciones. Videos formativos con ejemplos específicos. Entrevistas a profesionales. Búsqueda de ejemplificaciones cotidianas. Revisiones de prácticas a partir de trabajos grupales con modalidad taller.

Carga Horaria: 20

Eje 2: Rol - Incumbencias de los, las, les cuidadores.

Contenidos

¿Qué es un cuidador? Ámbitos de trabajo: institucional – domiciliario. Estrategias de cuidados y diferencias con otros agentes de salud. Rol del cuidador en los equipos interdisciplinario. Perspectiva de género – inclusiva.

Espacio de charlas con profesionales: Enfermero/a, Gerontólogo, Nutricionista, Terapeuta ocupacional y Kinesiólogo.

Trabajos con modalidad taller. Grupales e individuales.

Carga Horaria: 25

Eje 3: Derechos y obligaciones

Contenidos

Registro Nacional de cuidadores Legislación Problemáticas más comunes del cuidador. Carta de presentación. C.V. Entrevista laboral.

Espacio de Charla con Asociación de cuidadores del Litoral.

Trabajos grupales e individuales con modalidad taller. Información audio- visual.

Carga Horaria: 10

Eje 4: Psicopatologías/Patologías.

Depresión-Ansiedad-Demencias y otros trastornos cognitivos.

Exposiciones. Videos formativos con ejemplos específicos. Búsqueda de ejemplificaciones cotidianas. Trabajos grupales con modalidad taller.

Carga Horaria: 10

Eje 5: Prácticas sistematizadas.

Contenidos

Recuperando saberes. Proyección de la película. Actividad Comunitaria.

Puesta en común de los trabajos finales. Entrevistas a cuidadores domiciliarios e institucionales. Actividad de prácticas sistematizadas y supervisadas. Recorridos institucionales.

Grupales e individuales.

Carga Horaria: 25.

1) INTRODUCCIÓN A CONCEPTOS CENTRALES

Las personas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo, crecimiento, cambios, declives y de deterioro en algunos casos. Es una persona de 60 años o más de edad.

La Psicología del Envejecimiento a partir del Enfoque del Ciclo Vital, plantea aportes que son necesarios considerar:

1. El envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva.
2. Reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento.
3. Irrelevancia de la edad cronológica.
4. Revisión del modelo deficitario y de estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez.
5. Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad.
6. Selectividad, optimización y compensación (SOC).
7. Importancia del contexto y la historia.

¿Qué es la Vejez?

La Vejez es una etapa del curso de la vida. Es una representación construida social y biográficamente por cada persona. Es heterogénea, hay tantos modos de transitar la vejez como sujetos existen, por ello hablamos de Vejezes. Las construcciones son diferenciales pues a lo largo de la vida se capitalizan logros, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades, fortalezas, saberes. A su vez estas representaciones varían con los contextos, épocas y culturas.

¿Y el envejecimiento?

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional. Se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos en interacción continua con la vida social, espiritual, cultural, económica, política y ecológica de las comunidades.

Porque hablamos de Ciclo: El desarrollo tiene lugar en etapas sucesivas y claramente definidas. Esta secuencia se considera invariable, es decir se produce en orden constante. Cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones. Si no se consigue la resolución tendrá sus reflejos en las etapas posteriores en algunas conflictivas físicas, cognitivas, sociales o emocionales. Es un camino de crecimiento y desarrollo apuntado en las interacciones familiares y sociales. El yo como el instrumento por el que la persona organiza la información procedente del exterior, examina la percepción, selecciona los recuerdos, gobierna la acción adaptativa e integra las capacidades de orientación y planificación. (Erikson, 2000)

El curso de vida se define por trayectorias que se extienden a lo largo de la vida y transiciones a corto plazo. Cada transición forma parte de una trayectoria que le da forma y significado específico, por ejemplo la adultez, la vejez; es decir, la transición de eventos que implican múltiples cambios en la vida. Las transiciones pueden ser entrar o salir de la escuela, un primer matrimonio, el ingreso a los diversos roles de la edad adulta hasta cambios posteriores en el trabajo o cualquier situaciones de la vida del sujeto. El enfoque del curso de vida permite analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como las generacionales. El análisis de la temporalidad teniendo como hilo conductor el entrelazamiento de trayectorias vitales.

Viejísimos y Edadismos:

Primero es necesario que aclaremos que es un prejuicio, porque en base a ellos se desencadenan los viejísimos. Un prejuicio, como la palabra lo indica, es un juicio u opinión sin conocimiento o con poca información. Los mismos se basan en la ignorancia o en falsas ideas o erróneas. Se van adquiriendo a lo largo de la vida, de acuerdo a las creencias, tradiciones, costumbres culturales. Son construidos en un tiempo y lugar determinado.

Así los estereotipos dan como resultado las teorías edadistas. Un estereotipo es imagen, idea o noción que posee un grupo social sobre otros, a los cuales se les atribuye características/expectativas determinantes y generalizadas, de acuerdo a la edad.

Entonces cuando hablamos de VIEJÍSIMOS decimos que es el conjunto de prejuicios y discriminaciones hacia las personas mayores. Las cuales conllevan conductas negativas, de rechazo, agresivas, de desagrado o temor. Creador del término Butler en 1969.

L. Salvarezza, retoma este término y agrega el de Gerontofobia, el cual define al temor u odio irracional a la vejez.

El Edadismo por su parte es definido a partir de las expectativas e ideales que la sociedad tiene respecto a la edad de las personas. Por lo tanto se espera ciertas actitudes, pensamientos, formas de ser, estilos de vida.

Envejecimiento Activo:

Una de las autoras que propone el concepto de envejecimiento activo es Rocío Fernández Ballesteros. Dicha autora hace contribuciones de la psicología en una Catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid, donde es profesora de Evaluación Psicológica y Psicología de la vejez. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Supone un cambio de paradigma desde un planteamiento «basado en las necesidades» a otro «basado en los derechos». El envejecimiento activo depende de una diversidad de factores que rodean a las personas, las familias y las naciones. En el documento de la O.M.S. “Envejecimiento Activo: Un marco político”. Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits et al, 1999).

Existe una íntima relación entre envejecimiento y calidad de vida. Es una realidad evidente que el hecho de que se viva más, conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas, aumentando con ello la invalidez, la discapacidad y la minusvalía, en definitiva pérdida de calidad de vida.

Los prejuicios condicionan y limitan nuestra mirada y forma de relacionarnos con las personas de edad. La imagen que les devolvemos variará si los consideramos “objetos de cuidado” o “sujetos de derecho”, si los pensamos “inactivos, pasivos, incapaces” o “activos, protagonistas, capaces”.

“El envejecimiento activo *«permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados»* (OMS).”

Envejecimiento saludable: un pilar fundamental es la participación periódica en actividades físicas. Las cuales pueden retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades o retrasar la cronicidad.

Experiencia de aprendizaje:

En grupo representamos diversas situaciones de la vida cotidiana.

Juegos de cooperación.

Teoría de la desvinculación o podría ser denominada “teoría del desapego”, como indica Leopoldo Salvarezza.

Comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez:

- Alejamiento de interacciones sociales.
- Desinterés por la vida de los demás.
- Reducción de compromisos sociales.
- Interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales.

A la par que el individuo se va desvinculando de la sociedad, también ésta va promoviendo acciones para favorecer este distanciamiento entre la sociedad y el individuo que envejece facilitando la exclusión del medio social:

- Cese de actividades laborales.
- Pérdida del rol social o familiar.

Las premisas que sirven de soporte a esta teoría son las siguientes:

- 1º.- La desvinculación es un proceso universal, es decir, todas las personas mayores de cualquier cultura y momento histórico tienen tendencia a este desapego de la vida social.
- 2º.- La desconexión o ruptura de vínculos entre el individuo y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento.
- 3º.- El desarraigo de todos los individuos y no está condicionado por variables sociales.

Experiencia de aprendizaje:

¿Qué opinión te merece esta teoría?

Las críticas:

- La desvinculación entre sociedad - individuo es un fenómeno que experimentan algunos en la edad madura, PERO no todos.
- La sociedad es quien aleja al individuo.
- No se puede afirmar que es un proceso universal, inevitable o natural, ni que es una estrategia vital positiva para concluir con una vejez satisfactoria.

La teoría de la actividad describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo. Es el contrapunto a la anterior teoría de la desvinculación que, igualmente, se investiga dentro de una sociedad moderna avanzada. Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, el concepto de sí mismo está relacionado con los roles desempeñados. Como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, jubilación, viudez), para mantener un autoconcepto positivo éstos deben ser sustituidos por roles nuevos. Por lo tanto, el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos.

Gran cantidad de programas para los viejos: la actividad social es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida. Al mismo tiempo, sin embargo, la teoría supone que todas las personas viejas necesitan y desean mantenerse activos y participativos. Asimismo, la teoría pasa por alto que las distintas actividades tienen diferentes significados para las personas.

Resumen las principales características diferenciales de la experiencia emocional de las personas mayores:

- a) las personas mayores experimentan menos emociones negativas y, cuando las experimentan, lo hacen con menos intensidad;
- b) frente a otros estímulos, atienden más a la información emocional, especialmente si es gratificante,
- c) en comparación con personas más jóvenes, controlan más sus emociones, presentan mayor estabilidad emocional y seleccionan más las situaciones en las que se involucran, de cara a optimizar su bienestar emocional.

Teoría de la selectividad socioemocional

La profesora de psicología de Stanford, Laura Carstensen, plantea esta teoría considerando la motivación a lo largo de la vida. Sugiere que, a medida que las personas envejecen, se vuelven más selectivas en las metas que persiguen, y las personas mayores priorizan las metas que generarán significado y emociones positivas, mientras que las personas más jóvenes buscan metas que conduzcan a la adquisición de conocimientos.

Conclusiones claves:

- La teoría de la selectividad socioemocional es una teoría de la motivación de la vida útil que establece que, a medida que los horizontes temporales se acortan, las metas de las personas cambian de tal manera que aquellos con más tiempo priorizan los objetivos

orientados al futuro y aquellos con menos tiempo priorizan los objetivos orientados al presente.

- La investigación de selectividad socioemocional también descubrió el efecto de positividad, que se refiere a la preferencia de los adultos mayores por la información positiva sobre la información negativa.
- El envejecimiento se produce un cambio motivacional, por el cual las personas, cuando envejecen, sitúan en el primer lugar de la jerarquía de metas la extracción de significado y la optimización de su experiencia emocional.

Sexualidad/es:

La sexualidad se manifiesta durante toda la vida, no se reduce al término genitalidad o al de reproducción. La sexualidad son todas las expresiones emocionales, conductuales y anímicas de las personas, lo que implica el disfrute y la satisfacción de nuestro cuerpo; con nosotros/as/es mismos o en consenso con otro/a/e. En todas las edades y géneros.

“La sexualidad está atravesada por discursos que dan sentido y significado al ejercicio sexual. Las normalizaciones a su vez de cuerpos cumplen con el control y la sanción. Por esta razón se educa al sujeto sobre lo prohibido, censurado. Y lo que no sabe se anula. Por lo que el retiro de la vida sexual es voluntario.” (Giusti- otros, 2021). “La revolución sexual en la vejez, es un movimiento que empieza en la segunda mitad del siglo XX, y nos invita a interpelarnos sobre los discursos que limitan y rechazan el erotismo en esta etapa de la vida (Iacub, 2006). En general, la sexualidad siempre fue abordada desde un lugar represivo, un tema tabú; ahora agreguemos a esto el tema particular de las vejeces, también rodeado de mitos y prejuicios. Por mucho tiempo se le escapó al tema sexualidades en las vejeces. El placer, el deseo, las pasiones, lo sensual, en la vejez quedaron siempre prohibidos, silenciados, no permitidos.” (Giusti – otros, 2021)

Ante lo expuesto pensemos que muchas de las representaciones que tenemos sobre la sexualidad están cargadas de prejuicios. Por lo que en el trabajo cotidiano como cuidadores, al estar en contacto con las personas es un aspecto que no podemos evitar o ignorar.

En el Manual de Cuidados Domiciliarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, nos facilitan el cómo actuar ante la expresión de la sexualidad en las tareas de cuidado:

“Conductas recomendables: • Respetar la intimidad (por ejemplo en la higiene, cuando la persona que recibe los cuidados está en el baño). • Mantener una actitud comprensiva. • Orientar la expresión sexual hacia un espacio íntimo y privado. • Reflexionar sobre los propios prejuicios respecto de la sexualidad. • Comunicar las manifestaciones de la sexualidad del adulto mayor a familiares y profesionales. • Ayudar a que no sientan miedo o vergüenza por su vida sexual. Conductas a evitar: • Censurar las manifestaciones sexuales. • Elevar la voz en el momento de reencausar la situación. • Pensar que las conductas sexuales están dirigidas a nosotros. • Generar situaciones que se presten a confusión (por ejemplo seducción, promover la excitación). • Proponer o aceptar actividades sexuales con la persona cuidada a cambio de beneficios para el cuidador, que precipitan situaciones de maltrato. • Acceder o promover contratos sexuales implícitos que rápidamente conducen al maltrato. • Juzgar la elección sexual del adulto mayor”.

La diversidad sexual y de género: las personas nos expresamos de distintas formas en relación a nuestra identidad sexual y de género. La perspectiva de la diversidad se ha incorporado a nuestra legislación como un derecho humano. Permitiendo cuestionar la heteronormatividad dominante en la sociedad así como el binarismo sexual (lo biológico establece las identidades). Además define como las personas sienten, como se perciben y como se identifican con un determinado género, que definimos como la identidad de género; la cual puede corresponderse o no con el sexo biológico de las personas. Si coincide se lo denomina cisgénero y si no coincide, transgénero. La orientación sexual, se refiere específicamente a la atracción sexual, erótica, emocional o amorosa que sienten las personas hacia otras. Esta orientación puede ser por ejemplo homosexual cuando se dirige a personas del mismo género o heterosexual, hacia personas del género opuesto.

Aprendizaje:

“Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre.” Paulo Freire.

El aprendizaje no se reduce al ámbito académico. El Sistema Educativo tradicional encuadraba al proceso de aprendizaje dentro de los periodos de escolarización o de instituciones académicas de diferentes niveles. A su vez las indagaciones de los efectos del proceso enseñanza aprendizaje, se respaldaban en los primeros ciclos de la vida. Momento en que las personas mayores o ancianas eran consideradas desde las perspectivas involutivas, de regresión, de declive, de deterioro o de déficit. Por lo cual no se les habilitaban espacios o posibilidades para el aprendizaje. Investigaciones más actuales afirman que el enlentecimiento que sucede durante el proceso de envejecimiento no

implica déficit cognitivo, ni incapacidad para seguir aprendiendo. Decir que necesitan más tiempo no invalida la capacidad intelectual. Siendo más claros, que las personas mayores en las propuestas cognitivas requieran mayor tiempo de ejecución no significa que sean menos inteligentes, o que padezcan alguna patología, o que toda persona mayor se deteriora. El enlentecimiento es progresivo y diferencial.

Los cambios cognitivos en la vejez no comprometen las actividades de la vida cotidiana, ni su autonomía. (Siempre y cuando no padezca alguna patología). Contar con estas aclaraciones permitirá derrumbar prejuicios de que en edades avanzadas no hay posibilidades de seguir aprendiendo. A su vez de realizar intervenciones oportunas y adecuadas. Potenciando las habilidades de las personas mayores y creando espacios que motiven a que sigan en actividad.

Las personas mayores que están transitando procesos de deterioro o patologías también tienen derecho de continuar activas y en actividad. Por lo que los/las/les cuidadores tiene la posibilidad de acompañar, orientar, facilitar y compartir en lo cotidiano acciones que permitan mayor bienestar y calidad de vida.

Cuando hablamos de aprendizaje para toda la vida, implicamos al mismo como la construcción subjetiva de transformación personal. Parafraseando a los autores Yuni-Urbano es interesante caracterizar los posicionamientos objetivos frente al aprendizaje para así examinar el papel que tienen en la elaboración de la identidad personal, en la movilidad de los aspectos generativos, y en el apuntalamiento del envejecimiento saludable. Recordemos el interjuego entre ganancias y pérdidas dónde el balance permite optimizar y compensar selectivamente los recursos y capacidades de las personas. Las diferencias en el funcionamiento intelectual de las personas mayores implican competencias cognitivas emocionales que son particulares, tales como su situación económica, su sistema de creencias, sus tradiciones, su vida laboral, etc. Los autores mencionados con anterioridad realizan una investigación en donde recolectan las voces de las personas mayores dando a conocer lo que le significa el aprendizaje. Los resultados fueron: que aprender es como un proceso de actualización, como proceso de desarrollo personal, como desafío de superación, como situación de afrontamiento y como proceso de autocomprensión.

Recordemos que esta idea de que siempre es tiempo de aprender no incluye solamente lugares de educación formal, sino también no formal y recreativo. El aprendizaje de lo transitado permite la armonía identitarias.

La Educación Intergeneracional promueve la diversidad, la inclusión y el respeto por los discursos diferentes. Los que participan mejoran su calidad de vida, ya que promueven un cambio social tendiente a la comprensión intercultural. Existen programas intergeneracionales, son encuentros educativos 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.

Experiencia de aprendizaje:

- 1) Definir los términos: aprendizaje, cognición, educación, educación formal y no formal. Intergeneracional.
- 2) Explicar que significan las siguientes expresiones:
 - A) Construcción de conocimientos.
 - B) Educación permanente.
 - C) Aprendizaje para toda la vida.
 - D) Espacios recreativos.
- 3) Que actividades propondrías para promover el aprendizaje.

Propuesta: Comunidades amigables:

Para que:

- › Facilitar y potenciar, de manera proactiva, esta cultura del buen trato.
- › Garantizar los derechos: conocer – ejecutar.
- › Que preste atención a las personas en situación de vulnerabilidad.
- › Que sea una comunidad para todas las edades.
- › Que permita que todos sus centros, instituciones propicien y difundan el buen trato.

Que se requiere:

- › Enfoque de derechos – Perspectiva de género – Ley de Salud Mental 26.657, identidad de género 26.743, discapacidad 22.431 - 24.901.
- › Reconocer la diversidad y lo diferencial de las personas.
- › Impulsar la promoción del Buen Trato y la prevención del maltrato.
- › Políticas públicas – sociosanitarias

Y saber que:

Un mes no es suficiente para la construcción de la cultura del Buen Trato, porque ésta tiene que gestarse en el día a día de cada ser humano, desde

lo sencillo y lo cotidiano. Es por ello que hemos propuesto que hablemos, practiquemos e interioricemos el Buen Trato todo el año.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. - Ley 27360

“La Convención fue aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el marco de la Asamblea General de la institución. Fue firmada de inmediato por los Gobiernos de la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador y el Uruguay en la sede principal del organismo hemisférico en Washington, D.C. Es importante resaltar que el 13 de diciembre de 2016, con el depósito del instrumento en la OEA por parte de Costa Rica, entró en vigencia esta Convención. Uruguay fue el primer depositario del instrumento.”

Considerando la Convención, nos resulta interesante que retomemos algunos puntos del preámbulo para reflexionar.

- libertad individual y de justicia social,
- respeto de los derechos fundamentales de la persona,
- la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas,
- no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia,
- la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

“Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades; (...) Reconociendo también la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza...”

Son principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.

- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- d) La igualdad y no discriminación.
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- f) El bienestar y cuidado.
- g) La seguridad física, económica y social.
- h) La autorrealización.
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- k) El buen trato y la atención preferencial.
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- n) La protección judicial efectiva.
- o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

Defensor/a de Personas Mayores:

Se crea en el ámbito de la Defensoría del Pueblo la figura del Defensor de los Derechos de las Personas Mayores:

Ordenanza N° 9389

Sancionada: 21.04.2016

Promulgada: 11.05.2016 por Decreto n° 1077

Publicada: 18.05.2016

Retomamos aquí el Art. 10, donde se detallan las siguientes funciones:

- 1) Actuar como interlocutor ante la administración y las entidades públicas en temas concernientes al sector de adultos mayores;
- 2) Proteger los derechos e intereses públicos de la población mayor de la ciudad, sin recibir órdenes o instrucciones de las autoridades municipales, frente a los actos, hechos u omisiones del Gobierno Municipal, que impliquen el ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, abusivo, arbitrario, discriminatorio, negligente, gravemente inconveniente o inoportuno de sus funciones;
- 3) Cumplir las funciones de veedor en la ejecución de los planes de desarrollo en lo referente al sector de adultos mayores;

- 4) Establecer canales de participación de los adultos mayores para el diseño de los planes de desarrollo;
- 5) Dinamizar la promoción, formación integral y participación del sector, de acuerdo con los fines de la presente Ordenanza;
- 6) Garantizar la divulgación, promoción y capacitación de los adultos mayores en lo referente a la legislación vigente sobre niñez y juventud;
- 7) Actuar como interlocutor ante el Estado para garantizar el acceso de adultos mayores a los servicios de salud integral;
- 8) Promover la articulación eficaz de las políticas sociales en la lucha, por la reducción de las situaciones de marginalidad y exclusión de adultos mayores;
- 9) Difundir y promover de manera abierta a toda la comunidad los derechos de las personas mayores.
- 10) Presentar anualmente un informe y memoria de lo actuado al DEM y al HCD.

Experiencias de aprendizaje:

Elección de dos principios por grupos, y representación.

Referencias bibliográficas consultadas eje 1

Erikson, E.H (2000) El ciclo vital completado (2ª Edición). Barcelona: Paidós. [V.O. The life cycle completed, expanded edition. Nueva York: Norton, 1997].

Fernández, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. Madrid: Psicología Pirá

YUNI, J. A. – URBANO. (2011) La vejez en el curso de la vida. Encuentro Grupo Editor, Córdoba. Capítulo: IX. mide.

Teoría de la selectividad socioemocional: disponible en [¿Qué es la teoría de la selectividad socioemocional? \(greelane.com\)](http://greelane.com).

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. - Ley 27360: [Convención Interamericana sobre derechos de las Personas Adultas Mayores | Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar)

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>

<https://www.defensoriaparana.gov.ar/la-institucion/154-2/ordenanza-8391/>

Link - Título: Vejez XXI: de Sexualidad/es y otras Yerbas. Giusti, Celia – Hintermeister, Paula – Parisi, Vanesa – Kloster, Agustina.

<https://drive.google.com/file/d/1EIQIFeZvCL1Dn7bTiDgKgc7Uu2FxEZpE/view?usp=sharing>

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-jga-generos_y_diversidad1-contenidos.pdf

2) ROL E INCUMBENCIAS DE los, las y les cuidadores:

Es necesario delinear desde el nuevo paradigma a uno de los actores fundamentales del sistema de cuidados: el cuidador domiciliario o institucional del siglo XXI.

“El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria”. Requiere de una construcción el rol del cuidador y para ejercerlo se necesita la presencia del otro que demande sus servicios.

El rol “(...) es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros”.

El rol es el papel que se representa. Es la conducta esperada en el seno de un grupo, de una sociedad, e implica un interjuego entre el conjunto de conductas adjudicadas y asumidas, las que se esperan y las que se demuestran.

El buen ejercicio del rol del cuidador requiere de la incorporación de conocimientos y de la fuerte motivación vocacional y actitudinal

“Cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

El ejercicio de este rol, en domicilio, es necesario porque es un apoyo en las actividades de la vida diaria, manteniendo a la persona mayor en su hogar el mayor tiempo posible y conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Formación constante: sumamente importante que sea desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Que apunte a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo en las actividades de la vida cotidiana.

Hay dos tipos de cuidadores:

Cuidador informal representados generalmente por familiares, amigos o vecinos no disponen de capacitación no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes tienen un elevado compromiso afectivo no tienen límite de horario.

Cuidador formal recibe una capacitación teórica práctica desde una concepción biopsico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno. Generar estrategias de autovaloración y autocuidado. Desarrolla habilidades a través de las tareas diarias y toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.

Funciones del cuidador: agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

- **Prevención:** permite advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten: declives, deterioros... .

Palabras clave: advertencia, alarma, detección.

- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes conductas resilientes - promover acciones de estimulación que fortalezcan - la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.

Palabras clave: resiliencia, optimización, estimulación.

- **Educación:** difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar. Transmitir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario; incidir en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.

Palabras clave: información, comunicación, difusión, formación.

- **Asistencia:** proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular

Palabras clave: apoyo, adiestramiento, calidad de vida.

Perfil técnico del cuidador:

“el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona”

- Requisitos requeridos, cualidades y conocimientos que deben incorporar los potenciales cuidadores
- Perfil técnico del cuidador implica la concordancia con las funciones y las tareas que se requieren para dar cumplimiento al perfil laboral...
- Incluye cuatro variables: personal, socio-económica, psicológica y formativa.
- Otro aspecto que contribuye al perfil técnico es el motivacional, en la elección de este rol; el por qué desea y elige ser cuidador.

Perfil laboral del cuidador domiciliario; conjunto de las tareas, funciones, acciones y características de una ocupación o trabajo determinado. Con enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez y basado en el paradigma de derechos...

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de usos externos, indicados y prescritos por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.

- Higiene y arreglo personal y del hábitat.
- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

Experiencia de aprendizaje:

EJERCICIO DE CASO:

El Señor Juan tiene 81 años y recientemente estuvo internado debido a una operación de cataratas. Además de sus limitaciones visuales, Juan presenta diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, en los primeros estadios. Debido a su cuadro de hipertensión arterial, por indicación médica, debe realizar dieta nutricional hiposódica. Juan vive con su esposa, Elsa de 78 años, que presenta cuadro de artrosis y diabetes tipo II. Sus dos hijos están casados y viven en la ciudad, a una distancia de 300 Kms. de la zona rural en la que viven Juan y Elsa.

Si bien el matrimonio tiene algunos lazos afectivos con sus vecinos, dado que en el último tiempo han salido poco de su vivienda, los mismos se han debilitado y se sienten solos. Sus hijos, preocupados por la situación de sus padres, deciden contratar un Cuidador Domiciliario para que los ayude y acompañe durante todo el día de lunes a sábados ya que los fines de semana sus hijos se alternan para visitarlos y permanecen con ellos.

Imagine que es Ud. el cuidador domiciliario seleccionado:

1. De la información anterior ¿considera que un solo cuidador puede hacerse cargo de la necesidad de cuidados que presenta el matrimonio? Justifique.
2. ¿Qué otros datos considera importantes conocer y profundizar con el fin de definir una estrategia de intervención? Justifique.
3. ¿Qué aspectos sobre el Alzheimer tendría en cuenta a efectos de planificar sus tareas como cuidador? Fundamente.
4. ¿Es posible fortalecer la red de apoyo? Justifique.
5. A la hora de preparar la comida, ¿qué información considera relevante del matrimonio? Justifique.
6. En el caso que la dieta médica del matrimonio no coincida con los intereses de éste ¿qué haría? Justifique.

Los cuidadores de personas con discapacidad y/o dependencia en instituciones:

Procuran cuidados necesarios para garantizar una atención completa y satisfacer las necesidades.

FUNCIONES

Brindar atención, apoyo y tratamiento a pacientes y residentes de centros de atención médica, de rehabilitación y residencial de acuerdo con los planes de tratamiento establecidos por médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Asistir a pacientes con necesidades de cuidado personal y terapéutico tales como higiene personal, alimentación, vestimenta, movilidad física y ejercicio, comunicación, toma de medicamentos orales y cambio de vendajes. Posicionar, levantar y girar a los pacientes y transportarlos en sillas de ruedas o en camas móviles. Mantener los estándares de higiene ambiental de los pacientes, como limpiar las habitaciones de los pacientes y cambiar la ropa de cama. Proporcionar masajes y otras medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. Observar la condición, las respuestas y el comportamiento de los pacientes e informar los cambios a un profesional de la salud.

CAPACIDADES Y COMPETENCIAS ESENCIALES

Ajustarse a la legislación que regula la asistencia sanitaria. Comunicarse de forma efectiva en el sistema sanitario. Cumplir con las normas de calidad relativas a la práctica de la asistencia sanitaria. Gestionar el control de las infecciones dentro de las instalaciones. Respetar las directrices de la organización. Seguir instrucciones escritas y las directrices clínicas. Respetar normas de higiene personal Trabajar en equipos sanitarios multidisciplinarios.

Vínculo cuidador – adulto mayor

Este vínculo debe estar atravesado por el paradigma de derechos. El adulto mayor no es un beneficiario sino un titular de derechos. Este vínculo implica procesos de empoderamiento, de crecimiento y de aprendizaje para ambos actores.

Distancia óptima

La existencia de una distancia óptima, constituye un factor fundamental en la fórmula cuidador – persona cuidada. No proveer a través del cuidado una actitud paternalista o de infantilización. Tampoco brindar un apoyo despersonalizado, el equilibrio sería humanizar la tarea: Ni muy cerca ni muy lejos.

Dignidad, respeto y confianza en la tarea de cuidados:

El trato digno a las personas mayores destinatarias de servicio de cuidados, se traduce en aspectos muy concretos de la atención cotidiana, y sobre las cuales se debe prestar una especial atención, como:

- a) evitar los sentimientos de exclusión.
- b) respetar a la persona adulta.
- c) respetar y apoyar el proyecto de vida propia.
- d) velar por la dignidad y por los derechos.
- e) no dejar de reconocer la autonomía e independencia de la persona.

**“El cuidado sólo puede sustentarse en relaciones
en las que exista confianza mutua.”**

Otro aspecto fundamental en esta relación interpersonal, es la confianza.

Para visualizarla es necesario formular algunas preguntas:

¿Cuál es el grado de compromiso en el cuidado?

¿Qué valores se hacen presentes y qué tipo de relación mantienen cuidadores y personas mayores?

¿Se trata de una relación meramente contractual, o se avanza en una relación basada en la confianza?

El cuidador domiciliario deberá siempre intentar trabajar teniendo presente el contexto familiar, aun cuando el adulto mayor viva solo.

Experiencia de aprendizaje:

- Que se entiende por confianza?, Como se construye en una relación cuidador/cuidado.
- Cuáles serían los NO y cuáles serían los SI para la construir y fortalecer la confianza.

La comunicación

Comunicación proviene de la palabra latina “communis”, que significa común, por tal motivo, al comunicarse, se trata de establecer una comunidad con alguien.

Es una actividad inherente a la naturaleza humana que implica la interacción y la puesta en común de mensajes significativos, a través de diversos canales y medios. Es verbal y no verbal (miradas, gestos, acciones). La comunicación establece relaciones.

Es el intercambio de sentimientos, opiniones o cualquier otro tipo de información mediante el habla, escritura u otras señales.

No prestar atención, interrumpir o hablar en exceso son tres “errores” comunicativos muy comunes que alejan al emisor del receptor y viceversa.

Recordemos: No es lo mismo oír que escuchar; mirar que observar.

Consejos básicos para evitar el malestar emocional del cuidador

Entre las **recomendaciones generales que planteaba la Organización Mundial de la Salud (OMS)** en 2004 para manejar el estrés en cualquier trabajo, destacan:

- **Apoyo al empleado:** fomentar la cooperación y el trabajo en equipo.
- **Capacitación en la gestión del estrés:** hacer ejercicio y aprender a gestionar el tiempo.
- **Perfeccionamiento de la gestión del estrés:** mejorar la actitud del personal y su capacidad para afrontar la cuestión de la forma más eficaz posible.
- **Identificación del problema:** los primeros síntomas de estrés son agresividad, irritabilidad, aumento de errores, falta de concentración. Le siguen un aumento del consumo de alcohol, tabaco, café y sustancias tóxicas.
- **Promoción de un ambiente laboral saludable,** en el que se incida sobre aquellos factores que promueven la salud. Se hace hincapié en aquellas conductas, actitudes y valores organizativos que colaboran en la adquisición de un estilo de vida saludable. De manera complementaria, se plantea la necesidad de diseñar un entorno laboral que proteja al trabajador de riesgos físicos y psicológicos.

Experiencias de aprendizajes:

A partir de diferentes casos plantear acciones concretas y modos de comunicación.

Perspectiva de género – inclusiva:

Mirar o analizar alguna situación desde la perspectiva de género permite entender que la vida no está “naturalmente” determinada. Permitiendo comprender la vida de las mujeres y de los hombres, y la relación entre ellos, de manera más enriquecedora y profunda. A su vez este enfoque cuestiona la perspectiva reduccionista con la que hemos sido educados; a los estereotipos, a los ideales. El reto más grande es eliminar los prejuicios y las resistencias que aun existen hacia la incorporación de esta perspectiva.

Experiencia de aprendizaje:

Analizar y debatir los siguientes enunciados:

“El género es una categoría construida, no natural, que atraviesa tanto la esfera individual como la social (...) influye de forma crítica en la división sexual del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre hombres y mujeres en cada sociedad. En suma, la construcción social y cultural de las identidades y relaciones sociales de género redundan en el modo diferencial en que hombres y mujeres pueden desarrollarse en el marco de las socieda-

des de pertenencia, a través de su participación en la esfera familiar, laboral, comunitaria y política. De este modo, la configuración de la organización social de relaciones de género incide sustantivamente en el ejercicio pleno de los derechos humanos de mujeres y varones”

“La discriminación basada en el género es aquella que se ejerce a partir de la construcción social que asigna determinados atributos socio-culturales a las personas a partir de su sexo biológico y convierte la diferencia sexual en desigualdad social. La discriminación por género tiene su anclaje en antiguos estereotipos culturales y sociales que prescriben y determinan roles y funciones para varones y mujeres. Son estas prácticas discriminatorias las que excluyen y condicionan cotidianamente el acceso de las mujeres a sus derechos”.

“El sexismo es una actitud por la cual se asignan valores, capacidades y roles estereotipados a hombres y mujeres, a niñas y niños en función de su sexo biológico, haciendo prevalecer uno por sobre el otro a partir de un tratamiento diferenciado y asimétrico que coloca en un lugar subalterno a las mujeres y disidencias sexogénicas, así como a los valores, comportamientos y actitudes que se les asignan.”

“El androcentrismo está implícito en el sexismo ya que es un enfoque que considera a los varones como sujetos de referencia, como centro y medida de todas las experiencias humanas, y a las mujeres y a las disidencias sexuales y de género como personas dependientes y subordinadas a ellos. Las marcas del androcentrismo y del sexismo se encuentran en el lenguaje de dos maneras: en el uso del género gramatical masculino como genérico para hacer referencia a todos los demás géneros que aparecen invisibilizados, así como en la presentación del varón como sujeto hegemónico.”

Referencias bibliográficas eje 2:

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eje-reconocer-la-perspectiva-de-genero.pdf>

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-iga-generos_y_diversidad1-contenidos.pdf

3) DERECHOS Y OBLIGACIONES

“La inclusión lleva a la integración. Para ello es necesario crear condiciones efectivas para reducir la exclusión, fortaleciendo en cada lugar a la comunidad y las familias, para que cuenten con herramientas que favorezcan la creación de recursos y capacidades necesarias que transformen esos recursos en oportunidades de integración social.”

“En la actualidad, hablamos de Políticas Sociales integrales y articuladas entre el Estado y la comunidad, para lograr la promoción social. Esto implica un lugar activo no solo del Estado sino también de la comunidad, relación en la que el primero se encarga de rescatar experiencias anteriores, facilitar y acompañar el proceso de toma de decisiones por parte de la comunidad.”

Es importante ingresar al Registro Nacional de Cuidadores, donde se puede encontrar cuidadoras y cuidadores domiciliarios formados de todo el país. A su vez se publican en esa plataforma, que compartimos el link a continuación, datos de cursos de capacitación para el cuidado de personas mayores, para iniciar la formación o perfeccionarte en la tarea.

Link: [Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios | Argentina.gob.ar](https://registro.nacionalde.cuidadores.gob.ar/)

Recordemos que el mundo está envejeciendo, que en este siglo se espera un aumento significativo de la población mayor a 60 años, que requiere de una mirada actual, que desafíe a las perspectivas unilaterales, reduccionistas y biologicistas. Por ello es necesario pensarnos en el siglo XXI con una postura firme que plantee y se replantee lo multifactorial, lo multidireccional, lo multidisciplinar. Porque cada sujeto de deseos y derechos envejece de manera diferencial, diversa y multidimensional.

El trabajo en equipos interdisciplinarios, es complejo pero posible, y cada persona que lo integre focaliza de acuerdo a sus incumbencias sobre aspectos indispensables a considerar en el abordaje integral.

Asociación de cuidadores domiciliarios del litoral: un grupo de personas con derechos que comienzan como una simple asociación civil pero que una vez reconocidas por el Estado alcanzan la categoría de Persona Jurídica. Se basa en la aportación del bien común e implicación por parte de los asociados. La labor de la Asociación puede ser muy positiva si los propios asociados también saben sacar provecho de sus acciones, como por ejemplo, el desarrollo de campañas específicas de apoyo y desarrollo del fin que los nuclea, la selección de los proyectos adecuados, y asegurar los fondos a largo plazo. La personería jurídica es el reconocimiento que el Estado le brinda a estas

entidades civiles sin fines de lucro que tienen como finalidad el bien común, que admite como propio garantizando sus objetivos. Obteniendo la Personería Jurídica la entidad, está legalmente registrada y puede desarrollar sus actividades extendiendo el objetivo del bien común a todos aquellos sectores sociales que el propio Estado debe alcanzar para la obtención de sus fines. Como persona jurídica, son capaces de adquirir derechos y contraer obligaciones, pueden ser titulares de bienes, recibir donaciones, comprar, vender. Es dable destacar, que el otorgamiento de la Personería Jurídica limita la responsabilidad de los integrantes de la Comisión Directiva a los bienes que conforman el patrimonio de la entidad y frente algún inconveniente no responden con sus propios bienes. Mediante este reconocimiento se organiza jerárquicamente en la toma de decisiones y procura una estabilidad en la vida de la institución. El estatuto es la ley básica que rige la vida de la entidad. Establece la instrumentación con que se alcanzarán los objetivos de la entidad, determina los derechos y obligaciones de los asociados, las categorías de los mismos, cuáles son las autoridades, sus funciones, forma de designación, responsabilidades y el modo de mantener el orden interno de la asociación.

Régimen jurídico de Cuidadores Domiciliarios y/o Polivalentes: tiene como objetivo regularizar la actividad de los cuidadores.

El 12 de Noviembre fue promulgada la Ley 10633. La misma ley regula el trabajo del cuidador/a, dejando asentado su rol, incumbencias, competencias y signa un organismo de control y legislación.

Citamos a continuación el artículo que define al cuidador.

Artículo 2.º Definición Será Cuidador Domiciliario y/o Polivalente toda persona mayor de edad, que desempeñe tareas de apoyo sociosanitario de baja complejidad en los establecimientos asistenciales, geriátricos privados o domicilios particulares, a personas que por diversas patologías biológicas, psicológicas, físicas y/o sociales no puedan realizar por sí solas tareas de la vida cotidiana o requieran apoyarse en personal capacitado para realizarlas y cuya condición requiera atención personalizada con dependencia directa de la persona que las realice.-“

Las personas cuidadoras tienen derecho: A ser reconocidas por su trabajo, medido por horas de dedicación o proyectos. Al propio autocuidado. Es muy importante que las personas cuidadoras de un familiar con Alzheimer den valor a cuidarse ellas mismas y que aprendan a hacerlo, siguiendo los consejos de expertos. Su propio bienestar, así como el de la persona a la que cuidan, va a depender en gran medida de ello. A formarse

y capacitarse para el cuidado. Es fundamental que reciba información por parte de los profesionales sobre los recursos disponibles. A saber poner límites a las demandas excesivas. Sentirse en la obligación de responder a todas las demandas o asumir más responsabilidades de las que a uno le corresponden suele ser un precipitante de sobrecarga, o del llamado síndrome del cuidador. Las personas cuidadoras son reticentes a pedir ayuda, algo que puede derivarse de falta de asertividad o de no ser respetuoso con las propias necesidades. En otras ocasiones, no se sabe cómo pedir ayuda de forma eficaz, algo que se puede aprender y que redundará en el propio bienestar. A dedicarse tiempo sin tener sentimientos de culpa. Cuidar por ejemplo una persona con Alzheimer suele elevar niveles de estrés y agotamiento físico, mental y emocional. Es fundamental que las personas cuidadoras reserven espacios de tiempo para ellas mismas que les permitan distraerse y relajarse. A expresar sus sentimientos. Contar con espacios para compartir sentimientos y emociones sin ser juzgados, como los que se ofrecen en los grupos terapéuticos, ha demostrado ser de gran ayuda en el bienestar de estas personas. Supone un constante abordaje de situaciones complicadas y cambiantes que comporta la toma de infinidad de decisiones, haciendo dudar, a razón es un proceso de aprendizaje continuo que se nutre de la experiencia. A ser tratadas con respeto. El que una persona asuma la responsabilidad del cuidado no debe llevar a la familia a presuponer o a desentenderse de la situación. A cuidar de su futuro, es importante pensar en el propio futuro, en el sentido de la propia vida, algo que puede ser de ayuda para elaborar el duelo cuando la persona ya no esté.

Ética del cuidador:

Para comenzar queremos aclarar que muchas veces se confunden los términos ética y moral. Nos parece oportuno definir que la moral hace referencia al valor que le damos como sociedad a determinados comportamientos, que depende de lo que consideramos como bueno, malo, justo, injusto, entre otros. Y la ética es la rama de la filosofía que reflexiona acerca de las formulaciones y los principios de la moral. Hay estudios que aportan sobre la ética del cuidado y de la responsabilidad en las actividades socio-sanitarias, las cuales se refieren al respeto de la dignidad de la persona humana y de la promoción de la calidad de vida. Estas postulaciones se apoyan en estudios actuales, como la Bioética y la Deontología Profesional.

La Bioética es la disciplina que tiene como principio el respeto al ser humano, a sus derechos, al bien integral, o sea la dignidad de la persona. Tiene 4 principios: benefi-

encia (integridad física-psicológica de la persona, de ser atendida sin dañar); no maleficencia (derecho de aceptar o no las atenciones para su salud); autonomía (aceptación Deontología Profesional, es el conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional. Las normas establecen los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. de valores, estilos de vida de las personas); justicia (obligación de un trato digno).

A continuación brindamos desde el Manual Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores; ejemplos de criterios de cuidados domiciliarios; en la relación cuidado-cuidador:

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 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 resguardarla intimidad de la persona y la familia y de no violar la confianza mutua.

Y en el cuidado a pacientes terminales y/o con dependencia cognitiva, los ejemplos de criterios serian:

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, cualesquiera 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 las cuales la persona cuidada no es consciente 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.

Experiencia de aprendizaje:

Según esta publicación en Argentina un cuidador/a cobra: podemos verificar dichos datos, cómo?, donde?, con quienes? En qué lugares oficiales?.

El salario cuidadora promedio en Argentina es de \$ 240.000 al año o \$ 123 por hora. Los cargos de nivel inicial comienzan con un ingreso de \$ 204.000 al año, mientras que profesionales más experimentados perciben hasta \$ 300.000 al año.

<https://ar.talent.com/salary?job=cuidadora>

La carta de presentación es un documento que acompaña y complementa tu currículum vitae, y te ofrece la posibilidad de presentarte ante la empresa, aumentando exponencialmente las probabilidades de que el reclutador se interese más por ti y te llame para hacer una entrevista de trabajo. Si no sabes cómo redactarla o por dónde empezar,

no te preocupes. Hay modelos que te pueden servir de inspiración, pero te recomendamos que personalices la carta a tu gusto, orientándola al trabajo que aspiras, o puesto que te interesa.

- Utiliza un lenguaje claro y profesional.
- La extensión del texto no debería extender una cuartilla. Sé breve y ve al grano.
- Cuida la ortografía y la forma de redactar: evita ser demasiado “ceremonioso” o bien, tan “confianzudo” que parezca que eres irrespetuoso.
- Demuestra con hechos tus habilidades, tus conocimientos y logros. Cifras, cantidades y datos duros siempre ayudan en esta parte.
- Piensa en el valor o aportación que puedes dar a la empresa, al equipo o al puesto.
- No resaltes los atributos que éste empleo u oportunidad pudieran tener para ti, para tu carrera; eso puede enviar un mensaje de que tu interés es egoísta.
- Investiga al respecto de la compañía y los retos que enfrentan. Usa esto a tu favor sumándote a las ideas o propuestas de mejora. Lee su misión o filosofía, y alude a ellas cuando te sea posible.
- Si la vacante que te interesa cuenta con una descripción de las actividades, o detalle del puesto, haz referencia a los mismos. Busca los puntos en donde puedes colaborar y ser proactivo.
- Sé honesto, sincero. No es correcto inventar cosas o dar datos falsos sobre ti, tu experiencia y tus estudios.
- Realiza la carta utilizando un editor de textos, la verdad no se ve bien hacerlas a mano; aunque tengas bonita letra. En Canva las podrás realizar con facilidad.
- Elige una fuente sencilla y limpia. Las plantillas para hoja membretada de Canva ofrecen combinaciones de tipografías pensadas para que tu carta se vea increíble.
- Elige un nombre para el archivo que sea corto y claro. Incluye tu nombre o apellido. Imagina cuántos archivos titulados “carta presentación” deben recibir los reclutadores. Ayúdalos a distinguir la tuya. Cuando “bajas” tu diseño, Canva te permite nombrarlo y guardarlo como PDF.

Cómo hacer una carta de presentación (paso a paso)

Paso 1: Selecciona un modelo adecuado

Te recomendamos elegir un modelo que vaya acorde a tu personalidad y se ajuste al empleo.

Paso 2: Escribe el encabezado

Escribe la fecha, el nombre de la persona que te solicito entrevista o a quien le solicitas entrevista, o el nombre de la institución y de la persona a la que va dirigida, su título o puesto.

Paso 3: Redacta el párrafo introductorio

El primer párrafo es en el que saludas y expresas la razón de tu carta. Es breve.

Paso 4: Escribe el cuerpo de la carta

Es aquí donde resaltas tu experiencia y valor para el puesto. Normalmente no debe exceder de 2 o 3 párrafos como máximo.

Paso 5: Realiza el cierre y firma de la carta

En este último párrafo aprovechas para dar algún dato que pueda resultar interesante y que genere el deseo de poder llevar a cabo una reunión presencial. No olvides firmar la carta con todos tus datos de contacto.

El curriculum vitae, también conocido como CV, es un documento en el cual se resume la trayectoria profesional y los datos más importantes en relación con el empleo a solicitar. El objetivo de un currículum es demostrar que somos la persona más apta para el puesto de trabajo y pasar a la entrevista.

El curriculum vitae o CV debe ser un documento en el cual realizar una exposición de la trayectoria profesional, formación académica y de los datos más importante en relación con el empleo que quieras solicitar. Elaborar un buen currículum supone demostrar que eres una persona apta para el puesto.

Para hacer un CV que nos haga quedar por encima de cualquier candidato y pasar a la entrevista, deberemos prestarle atención a los detalles y seguir los siguientes puntos a tener en cuenta:

- A) Datos personales: nombre y apellido completo. DNI. Fecha de nacimiento. Profesión/Oficio. Dirección. Teléfono. E-mails.
- B) Estudios cursados: primarios. secundarios. terciarios. universitarios. Posgrados. (citar aquellos que posea)
- C) Capacitaciones/ cursos realizados.

D) Experiencias laborales

El entrevistador puede ser el algún integrante de la familia, que conviva o no con la persona que requiere de cuidados, o el dueño del lugar, el encargado de personal o el jefe del área donde está la vacante. Puede ser que te explique primero los detalles de lo que requiere, luego te haga preguntas sobre tu historia laboral, o bien comience con preguntas sobre tu Currículum vitae, luego te informe las condiciones laborales y al final vos hagas las preguntas que necesites. Existe la posibilidad de que se incluya una prueba de trabajo, directamente realizando una tarea. También existen entrevistas grupales.

Se recomienda:

La entrevista es un espacio para contar tu historia laboral “real”. Mostrarse natural y formal. Tratar de llegar con tiempo a la entrevista. “Buena presencia”, esto quiere decir que la vestimenta debe ser acorde.

Pensar un momento antes de responder, no apurarse. Si no se comprende la pregunta, pedir aclaración antes de responder.

Saber su Currículum vitae o lo escrito en la carta de presentación, esto te aportará claridad y confianza. Conocer los requerimientos del puesto te dará más seguridad para responder. Si la experiencia anterior se compone en gran medida por empleos poco duraderos, es recomendable contar con argumentos claros para explicar cómo fue este proceso, recuperando de cada puesto lo aprendido y los desarrollos obtenidos.

No tratar de sostener actitudes que no te son propias. La entrevista implica contar tu historia laboral “real” desde un lugar de naturalidad. No se debe tomar la edad como un impedimento: la experiencia puede ser necesaria para ese puesto de trabajo o bien, en el caso de los más jóvenes, se puede necesitar alguien sin experiencia para ser formado en el puesto de trabajo. Es válido preguntar cuáles son los tiempos que tardará el proceso de selección y acordar cuándo podrá recibir una respuesta. Muchas veces no son los conocimientos o la experiencia laboral lo que define la búsqueda, sino características personales observadas en una entrevista.

Experiencias de aprendizajes:

Charla con ASCUI del Litoral.

Se confeccionara: la carta de presentación, el C.V.

Role Play: casos a representar, entrevistas. Juegos de Roles que permitirán escenificar situaciones.

Referencias Bibliográficas eje 3:

<https://www.argentina.gob.ar/trabajo/consejosdeempleo>

[Cómo hacer una carta de presentación \(con ejemplos y plantillas\) \(canva.com\).](#)

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/cuidadores-cuader-1-web.pdf>

Descargar gratis Régimen jurídico de Cuidadores Domiciliarios y/o Polivalentes LEY 10.633, 12 de Noviembre de 2018 (.doc)

4) PSICOPATOLOGIAS/PATOLOGIAS:

Envejecimiento cerebral normal: proceso de cambios fisiológicos lentamente evolutivos a nivel cerebral (y encéfalo en su totalidad), que permiten la capacidad funcional para el bienestar bio-psico-social, en la vejez.

Declive cognitivo leve: persona con envejecimiento cerebral normal, que describe sentir una merma respecto a su nivel previo individual, en una/s funciones cognitivas, pero que no llega a ser patológico por los test cognitivos estandarizados, ni con estudios que anticipen un estadio presintomático patológico. Ejemplo: aquella persona que tenía muy estimulada la memoria reciente, por diferentes estímulos en su vida laboral, y que luego de un tiempo de jubilarse no rinde de la misma manera en sus actividades de la vida diaria. Este concepto no se considera patológico, sino un cambio adaptativo frente a la falta de estímulo, que lleva a una disminución de reserva cognitiva. Recordemos no es lo mismo hablar de declive que de deterioro, este último refiere a patología.

Cambios esperables en la vejez:

- 1- Velocidad de rendimiento: enlentecimiento en las tareas, por ejemplo en la toma de decisiones que acción realizar. Como si las funciones intelectuales irían más rápido que las motoras.
- 2- Memoria y aprendizaje: los cambios en la memoria son los más evidentes, se nota en la dificultad de recuperación del recuerdo reciente, no así en el almacenamiento.
- 3- Cambios de la personalidad: se pueden observar más bien cambios de acuerdo a las situaciones que se presentan por ejemplo después de Jubilarse: disfrutan del ocio o decaen las actividades. Depende de los rasgos de la personalidad.
- 4- Cambios sensoriales y perceptivos: los más frecuentes: la visión, la capacidad de oír, cierta pérdida de la sensibilidad al dolor, las vibraciones y movimientos de las articulaciones. Pérdida de sensibilidad del tacto y olfato. Este último nos ponen en alerta frente al escape de gas por ejemplo.

Reserva cognitiva.

Es la habilidad del cerebro para tolerar cambios que se producen en el envejecimiento normal o patológico, de tal manera que se observa una relación inversa entre reserva y el deterioro cognitivo y funcional. Dos tipos de reservas: la reserva cerebral y reserva cognitiva. La primera hace referencia a un modelo pasivo y se relaciona con cambios en el tamaño cerebral, en el número de neuronas y en la densidad sináptica. La segunda hace referencia a un modelo más activo o funcional, que se relaciona con la habilidad

de reclutar redes cerebrales alternativas y/o adicionales, en compensación de las dañadas, para realizar una tarea de manera eficaz o para mantener un estado clínico dentro de la “normalidad”, un proceso que se conoce como compensación. La reserva cognitiva está estrechamente relacionada con la neuro plasticidad, que se puede definir como la capacidad del sistema nervioso en responder a una estimulación ambiental, reorganizando su estructura, función y conexiones que depende no solo de la edad, sino también del contexto de la persona mayor: sociabilidad saludable, el estímulo cultural y de educación, el nivel ocupacional, el estatus socioeconómico, el ejercicio físico, la nutrición. Serían los factores que se consideran predictores de la reserva cognitiva y de la capacidad del cerebro de hacer frente a un daño cerebral.

Nos explica por qué algunas personas mayores hacen frente al proceso de envejecimiento, mejor que otras presentando los mismos cambios morfológicos cerebrales. Estas diferencias se explican por un mejor uso de las conexiones neuronales, o por una mayor capacidad para utilizar las conexiones alternativas no dañadas, a modo de compensación, maximizando el rendimiento cerebral.

Deterioro cognitivo leve: alteración neurodegenerativa patológica de una o varias funciones cognitivas - conductuales, detectadas por test estandarizados, pero que no llegan a afectar la autonomía de la persona frente a las actividades de la vida diaria.

Demencia: deterioro cognitivo progresivo, gradual e irreductible que provoca la pérdida de autonomía de la persona frente a las actividades de la vida diaria, en diferentes niveles. Estos deterioros son: memoria, del pensamiento abstracto, juicio de la realidad, personalidad, lenguaje, de las funciones corticales superiores: afasia, anoxia, apraxia

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. La demencia se puede entender en tres etapas:

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas: tendencia al olvido; pérdida de la noción del tiempo; desubicación espacial.

Etapa intermedia: síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas: empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los

nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar; tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal; sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves. Síntomas: una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio; dificultades para reconocer a familiares y amigos; una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal; dificultades para caminar; alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones. (<https://www.who.int/>)

Las formas de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son: diagnosticarla precozmente para posibilitar un tratamiento precoz y óptimo; optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar; identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes; detectar y tratar los síntomas conductuales y psicológicos problemáticos; proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores. (<https://www.who.int/>)

Particularmente algunas patologías se vuelven significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.) los hacen más vulnerables. Además, y no menos importante, las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la signo sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. Por otra parte, los médicos en la atención de estos pacientes hace que, muchas veces, la depresión y la ansiedad sean consideradas como parte de] envejecimiento normal. Esto se complica al ser difícil distinguir los cambios del envejecimiento normal de signos de trastorno mental. Tanto la depresión como la ansiedad pueden ser un cuadro clínico como un síntoma dentro de una patología o psicopatología. Por ejemplo ser síntomas

en Hipertiroidismo o Hipertiroidismo, así como en las Demencia u otros trastornos cognitivos.

Depresión: es confundida a menudo como una reacción a la adversidad en las vejeces, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y predice la respuesta al tratamiento. Con frecuencia en las vejeces y ancianidades, no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología. El suicidio tiene mayor riesgo entre los varones mayores de 80 años de edad y es mayor aún entre aquéllos que cursan con depresión psicótica, alcoholismo comórbido, abuso de sedantes-hipnóticos, discapacidad, o bien, pérdida reciente o duelo. El tratamiento oportuno y adecuado ha demostrado, reducir el riesgo de suicidio.

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad.

La gravedad de la depresión varía ampliamente desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognoscitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves con autorreproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones.

Ansiedad: La ansiedad puede presentarse como un síntoma o un trastorno o ser provocado por enfermedades o medicamentos. Si bien angustia y ansiedad se utilizan como sinónimos, desde una perspectiva fenomenológica (origen), la ansiedad "corresponde a una emoción, se trata de un estado afectivo producto muchas veces de un estímulo situacional externo y acompañada de síntomas psicofisiológicos manifiestos y evidentes. Revela un modo de vivir rápido, fugaz, dirigido al futuro. La existencia puntual del

Yo, aquí y ahora, está amenazada de disolución en el futuro". En cambio en la angustia "el miedo se siente respecto de algo, surge en medio de lo inexplicable, donde el peligro es vago e indefinido; hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable"

El Glosario Psiquiátrico Americano, séptima edición (1997), define a la ansiedad como "aprehensión, tensión o inquietud por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. Fundamentalmente de origen intrapsíquico, se distingue del miedo, que es la respuesta emocional a una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo". Puede ser vista como patológica cuando obstruye la confianza y las acciones de la vida diaria, en la elaboración de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional.

Se puede distinguir, el Trastorno de Ansiedad Generalizada – Trastorno de pánico con o sin agorafobia. Fobias – Trastornos Obsesivos Compulsivos – Trastornos de estrés postraumáticos, entre otros. Siendo el desorden generalizado de ansiedad y las fobias, los tipos más frecuentes en las personas mayores.

Los síntomas más frecuentes son la sensación de intranquilidad y de que algo inminente va a suceder, de sentirse amenazado y vulnerable y que por tanto uno va a ser incapaz de poder controlar la situación que se presente. Les duele el pecho, les falta el aire, les duele frecuentemente la cabeza, también se adormecen las manos y los pies. Al encontrarse en otras enfermedades, la ansiedad se hace más difícil de reconocer.

El desorden generalizado de ansiedad se caracteriza porque, durante por lo menos seis meses, la persona sufre de constantes preocupaciones debido a sus relaciones personales, sus finanzas o su salud y tiene gran dificultad para controlar esas preocupaciones. Entonces los síntomas de la ansiedad empiezan a interferir con su vida diaria.

Por su parte las fobias, se caracterizan por un miedo irracional a situaciones, objetos o actividades, siendo la agorafobia la fobia más común entre las personas mayores. Aunque agorafobia significa literalmente temor a los espacios abiertos, en realidad es mucho más compleja que eso. La agorafobia es el miedo que se siente a las situaciones incómodas, en las que uno pueda sentirse "atrapado", sin saber qué hacer. Es una especie de "tener miedo del propio miedo" por lo que la persona mayor con agorafobia evita los lugares públicos, las reuniones sociales y puede llegar al aislamiento total.

Que predispone en las personas mayores sufrir de ansiedad y/o depresión: el ser mujer, la fragilidad física y emocional, el padecer alguna enfermedad crónica, el no tener soporte social, el haber sufrido algún trauma reciente, los múltiples medicamentos, el

vivir solo, el sentir soledad, el pensar que tiene mala salud, las limitaciones físicas que le dificultan las actividades de la vida diaria, el haber sufrido eventos adversos en la infancia, el sufrir acontecimientos vitales estresantes, el temor a ser institucionalizado, hospitalizado, a la muerte; entre otros.

Experiencia de aprendizaje:

Se les presentaran diversos casos, en los cuales poder pensarse como cuidadores. Actividad programada de modalidad grupal y con cierre de socialización de las conclusiones a las que arribo cada grupo.

1) Caso

Mirta de 75 años es jubilada y pensionada. Vive sola ya que enviudó recientemente, después de un matrimonio de 50 años, y no tuvo hijos. Sólo tiene una sobrina, Juana que se encuentra preocupada porque en su última visita la encontró acostada, en malas condiciones de higiene personal y en permanente crisis de llanto. Juana trabaja, tiene 3 hijos menores y, si bien vive cerca, se le dificulta acompañar y atender la situación de Mirta. Es por ello que Juana decide pedir ayuda.

1. Teniendo en cuenta los recursos del lugar donde Ud. vive: ¿Dónde podría concurrir Juana para pedir orientación?
2. ¿Qué datos considera relevantes de la situación de Mirta?
3. ¿Cómo imagina que será la vida de Mirta durante el próximo año? Justifique.

2) Caso

Inés, de 78 años de edad, es viuda desde hace dos y vive sola. Percibe una pensión y cuenta con Obra Social. Tiene un hijo de 55 años y una hija de 52, a los cuales les preocupan ciertas conductas no habituales en su madre que presenta desde hace un mes:

- Se alimenta mal y al parecer come en horarios irregulares.
- No cuida los detalles de aseo personal y vestimenta que eran característicos en ella.
- Sufre de incontinencia.
- Su casa está desordenada.
- Por momentos se siente perdida y desorientada.

- Cuando la llaman, en general, siempre está durmiendo y no acepta invitaciones para realizar paseos o salidas. Frente a esta situación, sus hijos deciden contratar a un cuidador domiciliario a través de la obra social.

Imagine que es usted a quien contrataron:

1. ¿Qué documentación y requisitos deberían presentar los hijos de Inés al momento de solicitar un cuidador/a a la obra social?
2. ¿Cuál sería la intervención desde el rol de Cuidador en esta situación particular? ¿A qué debería estar atento?
3. Desde el rol específico ¿qué haría ante la desorientación de Inés? ¿A quién se debería consultar?

3) Caso

Mujer de 70 años que acude a la consulta de geriatría por pérdida de memoria. Desde que fue operada hace 7 meses de prótesis de rodilla derecha no se encuentra bien, está deprimida, sin apetito y con debilidad generalizada, por lo que no realiza la gimnasia adecuada para fortalecer su musculatura. Vive en una residencia, es viuda y tiene un hijo, pero no está pendiente de ella. Nos comenta que ha perdido autonomía, no puede llevar la misma vida de antes, que tiene pérdidas de orina y se olvida de ciertas cosas. Además, se pone triste al hablar de su hijo, ya que le gustaría tener a algún familiar cerca que la cuidara. Tiene miedo a ser dependiente total y a tener fallos de memoria más graves. En la residencia sale poco de la habitación, no tiene ganas de relacionarse con los compañeros.

1. Teniendo en cuenta el lugar en dónde vive la paciente: ¿En qué acciones y aspectos debería poner atención?
2. ¿Qué datos considera relevantes de la situación personal de la paciente?
3. ¿Cómo imagina que será la vida de la paciente al presentarse la intervención del/la cuidador/a? Justifique.

Referencias bibliográficas:

IACUB, R. y ACRICH, L. Psicología de la mediana edad y vejez. En módulo 3 Especialidad en Gerontología. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación y Universidad Nacional de Mar del Plata. (Facultad de Psicología). “Dolor Psíquico”. “Deterioro Cognitivo”

Manual de cuidados domiciliarios. Cuadernillo No 4 25 Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia

<https://www.who.int/>

<https://www.gerontologica.com/articulo-interes/trastornos-de-ansiedad-en-personas-mayores>

<https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20ocurre%20con%20frecuencia,temprana%20de%20una%20posible%20demencia.>



5) PRACTICAS SUPERVISADAS – Instancias evaluativas.

RECUPERANDO SABERES. Debate final. Exposiciones de recorridos institucionales.

A continuación exponemos los trabajos evaluativos requeridos para la finalización, acreditación y certificación del curso.

- ✓ **Trabajo individual:** Realizar una descripción detallada de un día de atención, acompañamiento y apoyo a una persona mayor. Valorizando las tareas de acuerdo a sus incumbencias como cuidador.
- ✓ **Trabajo grupal:** Entrevistar a un cuidador o una cuidadora institucional.

Ambos trabajos, individual y grupal, deben ser narrados, argumentados y con una conclusión teórica final, que dé cuenta de los contenidos desarrollados en el curso.

- Por grupos se planificará y organizará una puesta o campaña de visibilización y/o socialización de la importancia del Rol del Cuidador/a/e. Esta campaña se realizará en la última semana de cursado. La cual tiene como fin ocupar o transitar un espacio público para una **actividad comunitaria**. A DESPERTAR LA CREATIVIDAD, cuerpos trabajando.