

# Manual de **Cuidados Domiciliarios** **Cuadernillo N° 1**

**Nuevos paradigmas en políticas sociales.  
Nuevos escenarios gerontológicos**



**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 : nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos / Monica Laura Roqué ; compilado por Monica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010.

v. I, 184 p. ; 21x17 cm.

ISBN 978-987-25954-3-2

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

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: 978-987-25954-3-2**

**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 1

**Nuevos paradigmas  
en políticas sociales.  
Nuevos escenarios  
gerontológicos**

---





# Índice

<b>Prólogo.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1: La Familia Argentina: un abordaje Integral e Integrado de la Política Social .....</b>	<b>17</b>
¿Que son las Políticas Sociales?.....	19
Un nuevo modelo de país.....	19
Abordaje Integral e Integrado.....	22
Autora .....	27
Bibliografía.....	27
<b>CAPÍTULO 2: Nuevos escenarios, nuevos paradigmas en gerontología ...</b>	<b>29</b>
Envejecimiento poblacional: panorama mundial y nacional.....	31
La transición epidemiológica.....	32
La situación en nuestro país.....	32
Necesidad de cuidados.....	35
¿Qué es el envejecimiento? .....	36
La gerontología .....	37
La atención domiciliaria.....	38
Atención domiciliaria y servicios de apoyo domiciliarios .....	40
Derechos de las personas mayores.....	42
Principios a favor de las personas de edad de las Naciones Unidas .....	44
Plan de acción internacional sobre envejecimiento.....	47
Conclusiones .....	47
¿Que cuántos años tengo?.....	49
Autora .....	50
Bibliografía.....	50
<b>CAPÍTULO 3: El cuidador domiciliario en el siglo XXI.....</b>	<b>53</b>
Introducción .....	55

Rol del cuidador domiciliario .....	56
Cuidador formal y cuidador informal.....	57
Funciones del cuidador domiciliario.....	59
Perfil técnico del cuidador domiciliario.....	60
Perfil laboral del cuidador domiciliario.....	65
En resumen.....	66
Vínculo cuidador –adulto mayor .....	67
Distancia óptima .....	68
Dignidad, respeto, intimidad, información y confianza en la tarea de cuidados domiciliarios.....	70
Conclusión.....	73
Autora .....	74
Bibliografía.....	74

#### **CAPÍTULO 4: Aspectos sociodemográficos del envejecimiento .....77**

Introducción .....	79
Factores que producen cambios en la estructura poblacional .....	79
Las pirámides poblacionales .....	82
Transición demográfica.....	83
La transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Argentina: nuevos desafíos .....	84
La población adulta mayor institucionalizada .....	89
El impacto del envejecimiento poblacional en la familia.....	90
Índice de dependencia .....	91
Autora .....	93
Bibliografía.....	93

#### **CAPÍTULO 5: Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural .....95**

Introducción .....	97
Personas mayores y redes sociales o de apoyo social .....	99
El rol de la familia .....	100
Adulto mayor y vulnerabilidad social.....	101



Adultos mayores: hacia la construcción de un nuevo actor social.....	103
Autoras .....	105
Bibliografía.....	105

## **CAPÍTULO 6: El cuidador domiciliario ante los diferentes escenarios familiares.....**

<b>familiares.....</b>	<b>107</b>
Introducción .....	109
El grupo familiar .....	110
El grupo familiar ante la necesidad de ayuda de un cuidador domiciliario .....	111
Tipología de Escenarios Familiares.....	112
1. Familias epileptoides .....	112
2. Familias esquizoides.....	113
3. Familias hipocondríacas .....	113
4. Soluciones o respuestas adaptadas .....	113
Otras particularidades para tener en cuenta.....	114
La comunicación.....	115
Autora .....	117
Bibliografía.....	117

## **CAPÍTULO 7: Las personas mayores y los prejuicios sociales .....**

<b>Introducción .....</b>	<b>121</b>
Los prejuicios son construidos socialmente .....	121
Tipos de prejuicios .....	123
Prejuicios habituales acerca de la vejez .....	124
Reflexionemos: ¿Cuál es la imagen que debemos devolverle a los mayores?....	128
Autoras .....	130
Bibliografía.....	130

## **CAPÍTULO 8: Psicología de la vejez .....**

<b>Introducción .....</b>	<b>133</b>
El enfoque del Ciclo Vital .....	134
La sexualidad .....	140

Los cuidadores ante la sexualidad de los adultos mayores .....	141
Cómo actuar ante la manifestación de la sexualidad en las tareas de cuidado ..	142
¿Cómo se piensa en la actualidad acerca del sexo en la vejez? .....	143
Conclusiones.....	143
Enfermedades y sexualidad.....	143
Ejercicio práctico .....	145
Cambios cognitivos en el envejecimiento .....	145
¿Qué es la cognición? .....	147
La memoria y el envejecimiento .....	147
Envejecimiento cognitivo normal y con patología.....	148
Las consultas por la memoria y sus posibles causas.....	150
¿Qué podemos hacer para mantener nuestra memoria?.....	152
El duelo en el envejecimiento.....	153
¿Qué es el duelo? .....	153
Cambios y pérdidas en el envejecimiento .....	154
Duelo normal y duelo patológico.....	155
Particularidades del duelo en la vejez .....	158
Evolución y pronóstico .....	159
El duelo desde la perspectiva del cuidador .....	160
La psicopatología en la vejez .....	163
1. La depresión .....	163
2. La ansiedad .....	165
3. La hipocondría .....	168
4. Trastorno Cognitivo Leve (TCL).....	169
5. Demencias .....	170
6. Síndrome Confusional Agudo (SCA).....	172
7. Dependencia Alcohólica en adultos Mayores .....	174
Autores.....	179
Bibliografía.....	179

<b>Glosario.....</b>	<b>183</b>
----------------------	------------



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:



## **La Familia Argentina: un abordaje Integral e Integrado de la Política Social**





## ¿Que son las Políticas Sociales?

Para poder hablar de integralidad en las políticas, primero debemos aclarar que las políticas sociales son todas aquellas acciones que realiza una gestión de gobierno y que impactan en la calidad de vidas de las personas. Las políticas sociales no siempre son iguales o tienen la misma concepción, ya que guardan estrecha relación con el modelo de país que se busca.

Por ejemplo, aquellas que fueron dominantes durante los años 90, etapa que se conoce como “neoliberalismo”, eran políticas asistencialistas que respondían a un modelo de país en el que el Estado se retiraba para dejarle el espacio y la capacidad de decisión en materia de políticas sociales, nada menos que al mercado. Esta tendencia trajo como consecuencia un aumento en la desocupación, el cierre de lugares de trabajo, privatizaciones, aumento de la brecha entre ricos y pobres en la mayor parte de la población, entre muchas otras.

En ese modelo, la política social se caracterizó por una concepción de lo social como “gasto”, en lugar de verlo como una “inversión”. Es decir que las políticas sociales no eran integrales sino focalizadas, o dicho de otro modo, destinadas a resolver situaciones individualizadas. Se diseñaron programas para problemáticas o poblaciones específicas, creados “desde el escritorio”, y no desde la necesidad del sector que sufría las consecuencias del modelo. Se aceptaban políticas inventadas en el exterior, que se constituían en soluciones pensadas desde el afuera, y que en general, eran iguales para todos los países de la región, desentendidas de las realidades concretas de cada territorio.

## Un nuevo modelo de país

En la actualidad, el modelo de país es uno totalmente diferente al planteado con anterioridad. En clara oposición al neoliberalismo, estamos ahora ante un Estado presente, integrador, con eje en la inclusión social; centrado en la reconstrucción del entramado social a partir del trabajo, la movilidad social ascendente, el colectivo comunitario, la solidaridad y la participación para la construcción de ciudadanía.

La inclusión social implica pertenecer y sentirse parte de este modelo de país que definimos, y por ello, se hace eje en el desarrollo de la persona, de los grupos sociales y teniendo en cuenta la heterogeneidad de nuestro territorio.

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. Es por ello que, actualmente, las políticas sociales que desarrolla el Ministerio están integradas en dos “Marcas”, Argentina Trabaja y Familia Argentina, en las que el trabajo y la familia respectivamente se convierten en ejes estructurales. Para Argentina Trabaja, las herramientas apuntan a generar empleo digno y genuino, mientras que para Familia Argentina, el objetivo primordial es el fortalecimiento de las familias y las comunidades, la participación y promoción de derechos.

Las políticas sociales actuales apuntan a la inclusión social, son integrales y reparadoras de las desigualdades sociales, dándole un lugar central al fortalecimiento de la familia para que pueda cumplir con su labor de reestructuradora de ciudadanía y generadora de riquezas. Fortalecer a las familias implica además generar acciones que tiendan a profundizar la contención social de las mismas, generando trabajo y consolidando una verdadera red federal de políticas sociales integrales.

En este modelo de país, el estado asume un rol fundamental, en un trabajo permanente de inclusión y creación de oportunidades, promoviendo el progreso social basado en el esfuerzo y el trabajo de cada uno, superando la visión asistencialista, y por lo tanto estigmatizante, que predominó en el país en las últimas décadas. Es el Estado el que debe viabilizar los derechos constitucionales protegiendo a los sectores que más lo requieran, los trabajadores, los jubilados, los pensionados, los adultos mayores, las niñas, los niños y los adolescentes. En este camino, la comunidad no puede ser una mera receptora y depositaria pasiva de programas focalizados y estancos, porque de esta manera se corre el riesgo de repetir las políticas



concebidas desde una única mirada, con una concepción fragmentaria y utilitarista de lo social.

La política social integral tiene su fundamento en la promoción de la persona como sujeto activo, portador de derechos y con capacidad de participación, en tanto que no se trata de un individuo aislado, sino colectivos humanos con sus singularidades, atravesados por la trama social en la que están inmersos, buscando la construcción de un espacio inclusivo que fortalezca los derechos ciudadanos políticos, económicos, sociales, culturales y la equidad territorial.

*El eje central de las políticas sociales es la protección, la promoción y restitución de derechos, los destinatarios no son beneficiarios, sino **titulares de derechos**. Esto produce un cambio en la posición subjetiva de cada destinatario de las políticas públicas: de un sujeto pasivo y meramente receptor, se convierte en un sujeto activo, protagonista del cambio.*

Es así como, y con el objetivo de crear herramientas transversales con eje en la familia y en el trabajo, se crearon espacios públicos de integración comunitaria que buscan transformar la realidad en pos de la inclusión social, profundizando el desarrollo local. Se busca consolidar un modelo de gestión pública integral en el territorio que tienda al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, a partir de acciones interdisciplinarias. Así se crearon en distintos niveles de complejidad y en todo el país los **Centros de Referencia, los Centros Integradores Comunitarios, las Mesas de Gestión, el Plan de Abordaje Integral “Ahí, en el lugar”**, acompañados con trabajo social y con la formación de cuadros en articulación con las Universidades Nacionales. Por otro lado hemos avanzado en la generación de herramientas de concertación de políticas, a través de la creación de **CONSEJOS FEDERALES** generando una nueva institucionalidad en la planificación y ejecución de las políticas sociales.

## Abordaje Integral e Integrado

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.

***Integralidad: de las políticas sociales y de las diversas problemáticas.***

***Articulación: de las organizaciones sociales, la comunidad y el Estado.***

A la hora de la planificación, se incluye la participación de la comunidad, como por ejemplo a través de las Cátedras Populares y las Mesas de Gestión de los CICs. De esta manera, no solo se evita superponer acciones y recursos, sino que los programas integrales para el desarrollo social responden a las necesidades y a la realidad de cada comunidad, recuperando las capacidades instaladas a partir de su propia experiencia y vinculando lo estrictamente “social” a una política que no se escinde de lo “económico”.

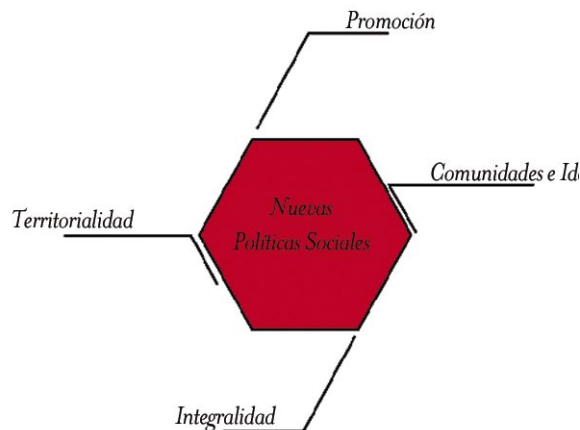
Por ello, las políticas sociales tienen en cuenta la unificación y articulación de recursos, reconociendo la dinámica territorial, y las capacidades de cada persona, familia y comunidad.

No es posible tener una respuesta única para cada problema. Por ello, el punto de partida, lo que unifica, es la idea de que cada ser humano es portador de derechos, que cada persona tiene por su categoría de ciudadano, y por lo tanto, el estado genera mecanismos, bienes y servicios que garanticen el acceso a sus derechos.

La integralidad también supone que la satisfacción de cada derecho tiene efecto en el ejercicio de otros derechos. La interrelación de las necesidades obliga a superar la fragmentación de las políticas sociales y promover el diseño de una intervención integral, articulada entre los distintos poderes estatales y niveles de gobierno; entre las familias, las instituciones sociales y la comunidad.

Para el desarrollo de la persona y el colectivo social, se priorizan acciones para la generación de trabajo, el desarrollo local y la economía social, la protección de la familia, y la seguridad alimentaria de los sectores mas vulnerables.

### Los principios de las políticas sociales



**Integralidad – Abordaje Integral:** Evita la dispersión de recursos, la duplicación de estructuras, la adecuación con la realidad, con unificación y articulación de recursos, circuitos administrativos y gestiones compartidas.

**Territorialidad - Abordaje Territorial:** Las políticas sociales deben concebirse a partir del reconocimiento de las particularidades locales, de la dinámica territorial propia de cada municipio, provincia o región, y actuando coordinadamente desde el terreno geográfico.

**Promoción:** El Estado debe crear condiciones de posibilidad para la realización efectiva de los derechos sociales, reconociendo y facilitando el despliegue de las capacidades humanas y organizacionales.

**Comunidades e Identidad:** Implica reconocer las particularidades culturales, materiales, simbólicas, y las identidades locales, y promover una construcción de la mirada colectiva. Este principio involucra el fortalecimiento de espacios participativos, el apoyo de los espacios preexistentes, para no superponer formas y modelos de gestión ajenos a la realidad local. El Estado debe promover acciones para incrementar la participación en procesos que los orienten a su inserción. En el caso de los adultos mayores, el Estado debe establecer un orden de prioridad para esos sectores, otorgando protección con el objetivo de integrarlos.

Desde esta concepción se planificaron programas y planes desde el Ministerio de Desarrollo Social, que se encuadran dentro de las dos grandes Marcas que engloban a las políticas sociales: Argentina Trabaja y Familia Argentina. Podemos destacar algunos de ellos:

El programa **Ingreso Social con Trabajo** tiene como objetivo la creación de puestos de trabajo, la capacitación y promoción de la organización cooperativa. Además de generar ingresos para familias vulnerables, busca mejorar las condiciones sociales y la calidad de vida en los barrios más postergados a partir del trabajo genuino y la organización social.

El **plan nacional de desarrollo local y economía social Manos a la Obra** creado para generar trabajo y desarrollo social en los sectores sociales de menos recursos; cubre estrategias de desarrollo local y regional con proyectos integrales que apuntan a mejorar la competitividad y comercialización de los emprendimientos sociales. Se lleva a cabo con una combinación financiera de subsidios, de créditos y capacitación, y se impulsa en la escala de economía social mecanismos adecuados para facilitar el comercio social y el comercio nacional a través del Estado.

La **seguridad alimentaria** se garantiza con el plan conocido como “El Hambre Más Urgente”, que tiene por finalidad, articulando esfuerzos públicos y privados, permitir



el acceso a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país. Se basa en la distribución y producción de alimentos, rescatando el ámbito familiar.

El caso de los **Centros Integradores Comunitarios (CIC)**, es la expresión de la territorialidad de las políticas sociales integrales. Los mismos constituyen un modelo que implica la integración y coordinación de acciones de promoción y prevención relacionadas a la salud y el desarrollo social.

De esta manera, los CIC contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, brindando atención y acompañamientos a los sectores vulnerables, integrando instituciones y organizaciones comunitarias para favorecer el trabajo en red y promoviendo actividades culturales, recreativas y de educación popular.

Los CIC son un espacio público de integración comunitaria, que tienen como finalidad la transformación de la realidad en pos de la inclusión social, promoviendo los recursos de las comunidades y la participación e integración de sus instituciones para responder de manera integral a las demandas y necesidades planteadas en territorio.

Esta idea de la política social integral se ve reflejada en la forma de intervención de los CIC, la misma es realizada desde una mirada interdisciplinaria y articulada con la finalidad de brindar una atención integral que responda a la concepción de la persona como ser bio-psico-social, promoviendo además la participación de la comunidad en las distintas etapas de las actividades que se desarrollan y en la toma de decisiones colectivas.

Por otra parte, y teniendo como meta la gestión pública en el territorio y la transversalidad de las políticas sociales, se pusieron en funcionamiento herramientas de aplicación concreta. Entre ellas podemos nombrar al **Plan Nacional de Abordaje Integral, “Ahí, con la gente”**, que tiene por



objetivo intervenir profundamente en los núcleos duros de la pobreza, ampliando la presencia del Estado en el territorio, creando acceso y rescatando las redes e identidades locales.

Este plan demuestra que se promueve el desarrollo social y humano de las personas, familias y comunidades en situación de alta vulnerabilidad social, a través de la implementación de Políticas Públicas Integrales orientadas hacia el efectivo cumplimiento de derechos sociales como la educación, la salud comunitaria, el trabajo, la vivienda, la cultura, la recreación y el acceso a servicios públicos de infraestructuras esenciales.

Considerado como elemento de inclusión y de formación integral de toda la población, el Ministerio de Desarrollo Social impulsó, en el año 2008, el **Plan Nacional de Deporte**, que tiene como objetivo primordial consolidar una política pública de deporte para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos. Está conformado a su vez por tres grandes líneas de acción, a través de las que se promueve el desarrollo de la actividad física: *Plan de Deporte Social, Plan de Desarrollo Deportivo y Plan de Deporte Federado y de Representación Nacional*.



## **Autora:**

### **Lic. Marcela Paola Vessvessian:**

Título de grado: Licenciada en Servicio Social, Universidad Kennedy, 1995, Argentina.

Postgrado: Doctorando en Servicio Social, Universidad del Museo Social Argentino, Argentina. Tesis en elaboración y observación.

Especialidad: Diseño y evaluación de programas sociales e Intervención Comunitaria.

Secretaria de Estado, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con dedicación exclusiva al cargo desde abril de 2006 y continúa.

Presidente del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con dedicación exclusiva al cargo, desde diciembre de 2005 hasta abril 2006.

Ex Secretaria de Estado, Secretaría de Gestión y Articulación Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2004 y 2005.

Ex Jefa de Gabinete, Jefatura de Gabinetes de Asesores, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con dedicación exclusiva al cargo, 2003.

Docente adjunta del Módulo de Políticas Sociales de la carrera de Posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata - Ministerio de Desarrollo Social.

## **Bibliografía:**

Kirchner, Alicia (2007), *La Bisagra*, Publicación del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Argentina.

Kirchner, Alicia y Vessvessian, Paola (2007), *Políticas Sociales*, Módulo I, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Argentina.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2004), *El nuevo escenario de las políticas sociales en Argentina*, Argentina.



Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, y Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, (2007), *Líneas de acción*, Buenos Aires (mimeo), Argentina.

Fassio, Adriana (2006), *Participación y Consejos de Mayores. El Consejo Federal de los Mayores*, Buenos Aires (mimeo), Argentina.



# CAPÍTULO 2:



## Nuevos escenarios, nuevos paradigmas en gerontología





# Envejecimiento poblacional: panorama mundial y nacional

*¡Qué importa si cumplo veinte, cuarenta, o sesenta!  
Lo que importa es la edad que siento.  
Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.*  
**Jose Saramago**

El mundo está envejeciendo: durante el siglo XX la proporción de personas mayores de 60 años aumentó de manera muy significativa, y se espera que esta tendencia se mantenga en el siglo XXI.

En el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía sesenta años o más, esto significa 672 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. Para 2050 el 21,7% de la población tendrá 60 años y más, lo que implica 2000 millones de personas mayores en el mundo. Veámoslo en la tabla siguiente.

## En el mundo

Año	60 años o más	
2007	10,7%	672 millones
2050	21,7%	2000 millones

**Por otra parte, en la región de Latinoamérica y el Caribe, se espera que para el año 2050 el 80% de las personas que nazcan en la región superará los 60 años, y el 42% los 80.**

Es importante destacar que la esperanza de vida se alarga, y esto debe ser considerado un logro de la humanidad.

Este cambio de la población a nivel mundial, conocido como **“Encanecimiento de las Naciones”**, es un tema importante a considerar, tanto a nivel nacional como internacional.

## **La transición epidemiológica**

Junto con el envejecimiento de la población se produce un cambio denominado *transición epidemiológica*, lo que significa que las enfermedades agudas se convierten en crónicas, lo que disminuye su mortalidad, pero se prolongan a lo largo de toda la vida del individuo, con sus consecuentes limitaciones de secuelas o invalidez.

En relación con esto, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del 7% al 10% de la población general padece algún tipo de discapacidad, es decir que existen en el mundo aproximadamente más de 500.000.000 de personas con discapacidad, de los cuales las 4/5 partes corresponden a países o regiones en desarrollo.

## **La situación en nuestro país**

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. En la actualidad, según cifras aportadas por el INDEC (2001), presenta un 13,4% de personas mayores de 60 años, representando las mujeres casi el 60% de esta cantidad.

No sólo aumenta el número de personas mayores sino que, a partir de los 75 años, este crecimiento se acelera aun más. Las personas mayores de 75 años, en nuestro país, representan un 30% de la población mayor, denominando a este grupo **“vejez frágil”**.

Nos encontramos entonces con mayor población de personas mayores que irá francamente en aumento, con el consecuente aumento de la población mayor que presenta alguna discapacidad.





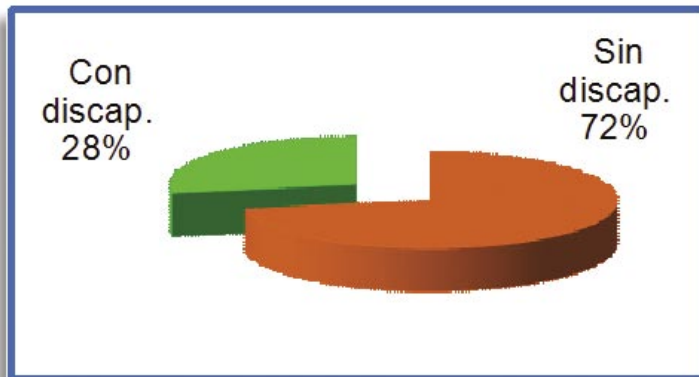


## Personas mayores con discapacidad

En referencia a la situación de discapacidad, la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad en nuestro país (ENDI 2002-2003) nos muestra que el 28% de las personas de 65 años y más, presentan algún tipo de discapacidad, y el 37,8% en los mayores de 75 años.

### Gráfico I:

**Personas mayores de 65 años con discapacidad.**



Fuente: ENDI-2002-2003

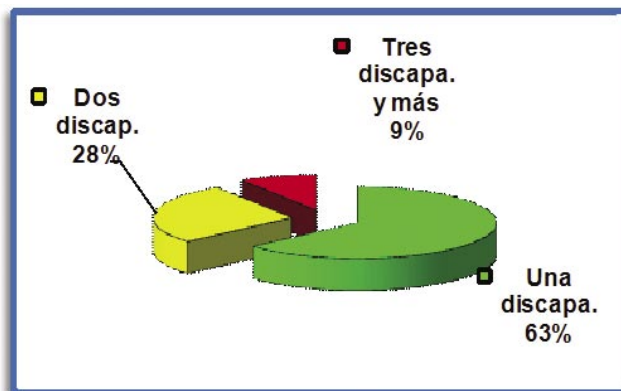
La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) nos permite saber que la mayoría de las personas de 65 años y más presentan solo una discapacidad (63%), y un porcentaje menor pero importante presentan dos (28%) y tres discapacidad (9%), por lo cual se hace sumamente necesario el apoyo a las familias a través de sistemas de cuidados domiciliarios.

Veámoslo gráficamente.



## Gráfico 2:

### Personas mayores de 65 años según cantidad de discapacidades

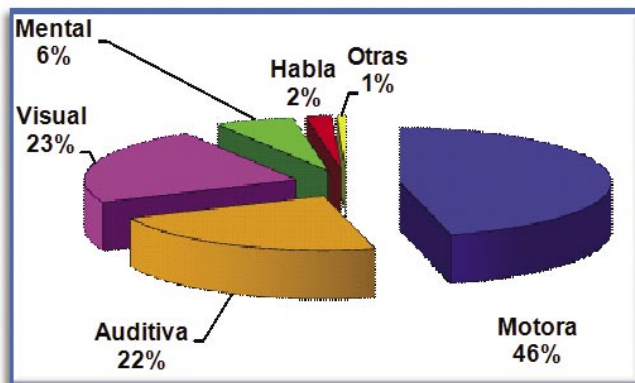


Fuente: ENDI-2002-2003.

En referencia al tipo de discapacidad que presentan las personas mayores de 65 años la más frecuente es la motora (46%), le siguen las visuales (23%) y auditivas (22%) y en menor proporción las mentales (6%) y las del habla.

## Gráfico 3:

### Personas mayores de 65 años por tipo de discapacidad



Fuente: ENDI-2002-2003.

## Necesidad de cuidados

Aunque no todas las personas mayores presentan discapacidades, muchas tienen dificultades para realizar las tareas de la vida diaria si no encuentran quien las ayude.



La ENDI nos muestra que el 9% de las personas mayores de 75 años necesita apoyo para comer y beber, el 27% para lavarse y cuidar su aspecto personal, el 31% para realizar las tareas domésticas, y el 38% para salir de su casa.

Si bien estos apoyos generalmente los realizan los miembros de las familias, no siempre están en condiciones de hacerlo. Los cambios en las familias de los últimos años han sido realmente muy importantes. Las mujeres, principales cuidadoras en el núcleo familiar, han ido conquistando derechos, y han irrumpido en el mundo público, dedicándose a una tarea profesional, a la actividad política, social, o ejercer una ocupación laboral, lo que deja un vacío en la familia para el cuidado de las personas mayores.

*Es por ello que resulta imprescindible la capacitación de personas que desarrollen la tarea de cuidados en el hogar de este grupo poblacional, y así brindar a las personas mayores una alta calidad en la atención, y a las familias el apoyo necesario para que puedan seguir manteniendo a las personas mayores en casa, y evitar así la institucionalización.*

## ¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso largo que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte. Desde el punto de vista individual, es inexorable, todos envejecemos.

La edad física (cronológica) es una variable importante, pero no la única, puesto que no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo sino que la historia de vida, su salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez.

*La esperanza de vida se alarga, y esto debe ser considerado un logro de la humanidad.*

Por lo tanto, debemos **distinguir entre la definición cronológica de la vejez** (la edad en años) **y la construcción social que se realiza de ella.**

Por ejemplo, en el Siglo XIII, se era viejo o vieja a los 30 años y en el siglo XVIII, a los 40, y hoy, ¿a qué edad se convierte uno en una persona mayor? Naciones Unidas propone que la edad que determine la vejez para los países desarrollados (por ejemplo: EE.UU, España, Francia Reino Unido, etc.), sea a partir de los 65 años y para los países en vías de desarrollo, (Argentina, Brasil, Uruguay) a partir de los 60.

**Tomamos entonces para la Argentina y para Latinoamérica la edad de 60 (sesenta) años.**



## La gerontología

Esta división de la edad nos permite establecer políticas gerontológicas, entendiendo por gerontología a la disciplina encargada de estudiar la vejez y el proceso de envejecimiento.

La palabra **Gerontología** procede del griego “geron/ gerontos” que significa los más viejos/ notables de la sociedad griega y “logos” que significa tratado/ conocimiento. Distinguimos a la geriatría de la gerontología, dado que la geriatría es la es la rama de la ciencia médica que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos relacionados con el proceso salud-enfermedad de las personas mayores.

La gerontología es más abarcadora e incluye a la geriatría.

La gerontología es un saber multidisciplinario en la medida en que se nutre de las ciencias biológicas, sociales y psicológicas, puesto que el envejecimiento impacta en la vida individual de las personas, y también en los distintos sectores e instituciones de la sociedad (economía, seguridad social, salud, educación, etc.).

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo envejecer en Jujuy que en Tierra del Fuego, o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que no es lo mismo envejecer en un contexto de pobreza que en un contexto de riqueza, que no es lo mismo envejecer con plena salud que con múltiples enfermedades, que no es lo mismo envejecer teniendo una familia continente, que envejecer sin familia.



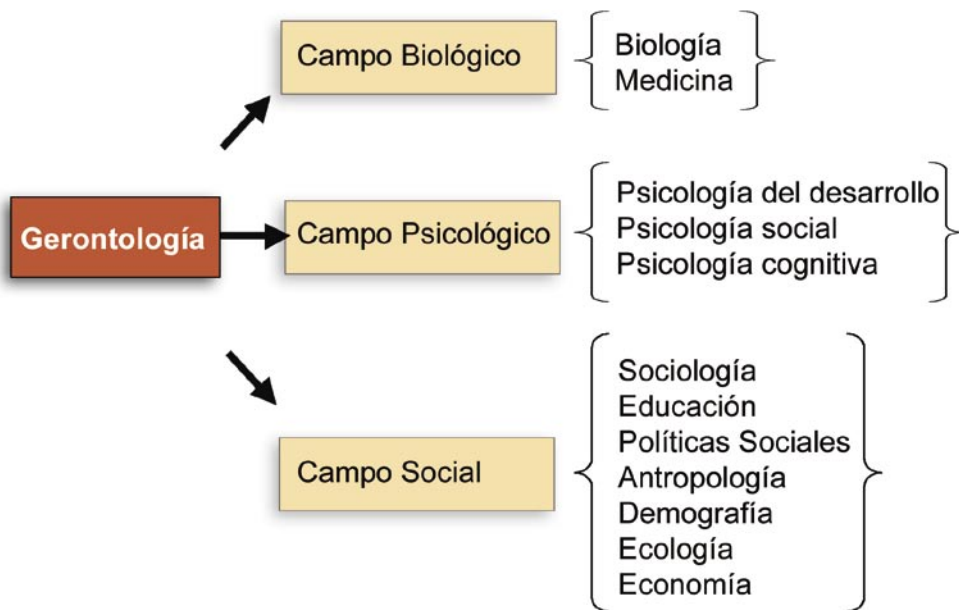
*La gerontología es un  
saber multidisciplinario.*

Cuando trabajamos con grupos de personas mayores estas diferencias son realmente significativas debemos tenerlas presentes.

La Dra. Rocío Fernández Ballesteros, en su libro Gerontología Social<sup>1</sup>, ejemplifica los campos de la gerontología en el siguiente gráfico:

---

<sup>1</sup> 2004: página 36.



## La atención domiciliaria

*La atención domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.*

Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención. Para que las prestaciones de estos servicios sean eficientes, deben brindarse de manera continua y planificada, y responder a un trabajo interdisciplinario.

Los servicios de apoyos domiciliarios surgen después de la II Guerra Mundial, como respuesta a la gran cantidad de personas con discapacidades que resultó de la misma, y como pilar de los servicios sociales.

Así es que surgen en Gran Bretaña en 1946, en Holanda 1947, y en Dinamarca en 1949. Sin duda los países que más han aumentado su cobertura son los países nórdicos. En Dinamarca las personas mayores (65 y más años) que reciben servicios de atención domiciliaria son el 20%, en Noruega el 14%, en Suecia el 12%, en Finlandia el 10%. Otros países que han aumentado su cobertura en los últimos años son Reino Unido con el 7%, Australia también con 7%, en Francia y Bélgica el 6%.

En la Argentina, tenemos el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios que depende 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. Si bien es un programa que data desde el año 1996, ha encontrado su expresión máxima a partir del 2003, cuando el Gobierno Nacional de entonces y hasta la fecha, ha dado su apoyo considerándolo como una herramienta fundamental para garantizar los derechos de las personas mayores de “envejecer en casa”.

Es así que hemos formado a la fecha a 17.000 cuidadores domiciliarios. El Ministerio de Desarrollo Social, ha firmado un convenio con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, (PAMI) para que el Instituto brinde esta prestación a sus afiliados en todo el país.

Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo, a través de convenios firmados con las provincias y municipios, brinda la prestación a las personas mayores que no cuentan con cobertura de obra sociales, y que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. También existen varias obras sociales provinciales que han incorporado la prestación del cuidador domiciliario para sus afiliados, y el también lo hace el Programa Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

De esta manera cada año aumenta significativamente la cobertura de los cuidados domiciliarios, entendidos como una prioridad a la hora de brindar servicios sociales a las personas mayores.

## **Atención domiciliaria y servicios de apoyo domiciliarios**

Queremos distinguir entre la atención domiciliaria y los servicios de apoyo domiciliarios: la atención domiciliaria contiene a los servicios de apoyo, dado que es un concepto más amplio.

Presentan cuatro categorías, según el tipo de problemática bio-psico-social que atiendan y el estado de gravedad que presenten los usuarios del sistema.

Estas son:

*Los servicios de cuidados domiciliarios tienen como objetivo fundamental favorecer e incrementar la autonomía personal.*

- **Servicios de alta tecnología.** Dirigidos a personas que presentan una patología que requiere para su tratamiento de tecnología compleja. Ejemplo de estos servicios son las diálisis renales, la nutrición enteral o parenteral, el uso de respiradores, la farmacoterapia avanzada, etc. Se basan fundamentalmente en atención de especialistas apoyados con tecnología de alta complejidad en el domicilio.
- **Servicios especializados.** Estos servicios se basan, no sólo en el profesional médico, sino principalmente en el personal de enfermería, en el fisioterapeuta, en el terapeuta ocupacional, en el fonoaudiólogo, y en el nutricionista, entre otros.
- **Servicios de baja complejidad.** Se brindan a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado (cuidador) para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicado por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de reinserción laboral y social. Corresponde a los servicios de baja complejidad denominamos cuidadores domiciliarios o servicios de apoyo domiciliarios.



- **Servicios para pacientes terminales.** Incluyen todos los servicios mencionados anteriormente, incorporando los de asistencia espiritual, psicológica y legal.

Se observa en consecuencia, una variedad de conceptos, que van desde prestaciones amplias a otras más restringidas de la ayuda a domicilio, entendiéndose esta última como la prestación de servicios básicos de apoyo a la subsistencia en el propio hogar basados en criterios de prevención y promoción.

La prestigiosa gerontóloga española Pilar Rodríguez define a los servicios de cuidados domiciliarios (apoyo domiciliario), como:

*... un programa individual, de carácter preventivo y rehabilitador, donde se articulan técnicas de intervención profesional consistentes en atención personal, domésticas, de apoyo psicosocial, y familiar a las personas que tiene dificultades en su autonomía personal.*

### **¿Por qué individual?**

Porque no debe ser concebida como una prestación estándar, sino por el contrario debe planificarse de manera individual para cada caso, de acuerdo a cada situación personal, familiar y social.

### **¿Por qué preventivo?**

Porque intenta prevenir situaciones que aumenten el riesgo de pérdida de la autonomía, crear hábitos y estilos de vida saludable, prevenir caídas, o accidentes en el hogar al adecuar la vivienda y utilizar ayudas técnicas o apoyos, así como fortalece los vínculos familiares y sociales.

## ¿Por qué rehabilitador?

Porque pretende recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante el entrenamiento de habilidades para las actividades de la vida diaria tales como vestirse, desvestirse, comer, beber, asearse, realizar tareas domésticas, comunicación con el exterior, realizar actividades lúdicas y recreativas.

Cuando hablamos de técnicas profesionales, queremos enfatizar dos aspectos, por un lado que cada actividad que se realice debe ser planificada, supervisada y evaluada por un equipo profesional. Y por otro que los cuidadores que realizan la tarea planificada deben haber recibido una formación especializada antes de realizarla.

*Los servicios de cuidados domiciliarios tienen como objetivo fundamental favorecer e incrementar la autonomía personal.*

## Derechos de las personas mayores

En los últimos años en América Latina y el Caribe el “Enfoque de Derechos” ha ganado una importancia muy significativa. Se habla de un **cambio de paradigma**, en donde las personas mayores dejan de ser los “pobres viejitos” que hay que atender, para convertirse en sujetos activos, protagonistas, que obligan al Estado a hacer cumplir sus derechos.

Dicho enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada también desde el punto de vista de las edades, como lo plantea Naciones Unidas, **“una sociedad para todas las edades”**.

Debemos recordar que Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los **“Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”**. La señora Eva Duarte de Perón, viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada

en París, y allí propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Estos son:

**Derecho a la asistencia:** todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.

**Derecho a la vivienda:** el derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.

**Derecho a la alimentación:** la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.

**Derecho al vestido:** el vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.

**Derecho al cuidado de la salud física:** el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.

**Derecho al cuidado de la salud moral:** debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.

**Derecho al esparcimiento:** ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.

**Derecho al trabajo:** cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.

**Derecho a la tranquilidad:** gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.

**Derecho al respeto:** la ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

## Principios a favor de las personas de edad de las Naciones Unidas

No es hasta el año 1991 que el sistema de Naciones Unidas proclama los “Principios a favor de las personas de edad” (Resolución 46 de 1991).

Ellos son: **independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización.**

### *Independencia*

Los principios referentes a la **independencia**, expresan que estas personas tienen derecho a los servicios y cuidados básicos, a la oportunidad de trabajar o de generar ingresos, la capacidad de influir en el ritmo de su participación en la fuerza laboral, acceso a los programas de formación y educación, un entorno seguro y el apoyo necesario para poder residir en su propio hogar por todo el tiempo que le sea posible.

Las personas de edad deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de la salud mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
- Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejaran de desempeñar actividades laborales.
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuadas.
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
- Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

## **Participación**

Los principios de **participación**, se refieren a la toma de decisiones, la difusión de información y conocimientos, los servicios a la comunidad, y la formación de movimientos y asociaciones.

- Permanecer integradas en la sociedad.
- Participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar.
- Poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

## **Cuidados**

Los principios de los **cuidados** se relacionan con cuestiones de la familia y de la comunidad; el acceso a los servicios de atención de la salud, servicios sociales y jurídicos y cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento.

Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

- Tener acceso 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.
- Tener acceso a cada servicio social y jurídico que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en hogares e instituciones donde se les brinde cuidados o tratamiento con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

## **Autorrealización**

En los principios de **autorrealización** se recomiendan que las personas puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- Deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

## **Dignidad**

Los principios de la **dignidad** consisten en verse libre de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorados independientemente de su condición económica.



Efraín Wachs y Carlos Valle

- Deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
- Deberán recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

## **Plan de acción internacional sobre envejecimiento**

En el año 2002 Naciones Unidas realizó en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento en donde se aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción internacional de Sobre Envejecimiento.

El Plan de Acción Internacional Sobre Envejecimiento presenta 3 Orientaciones Prioritarias (líneas de acción):

- I- Personas de edad y el desarrollo.
- II- El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.
- III- Creación de un entorno propicio y favorable.

La Orientación Prioritaria III, establece la importancia de los servicios comunitarios para mantener la independencia de las personas mayores, promoviendo servicios de cuidados domiciliarios.

## **Conclusiones**

Nuestra sociedad ha sufrido cambios fundamentales en sus roles familiares, hemos pasado de una familia en la que convivían dos o tres generaciones, a la familia nuclear (padre, madre e hijos). La incorporación de la mujer al mercado laboral ha provocado que los cuidados que las familias brindan a sus miembros, a través de las mujeres, tengan que ser suplidos por personas ajenas a ellas.

Los cuidados domiciliarios juegan un papel fundamental en la atención de las personas mayores frágiles, o con dificultad en su autonomía y deberá seguir cumpliendo este papel para una cifra cada vez mayor de personas dado el envejecimiento poblacional. Es la piedra angular de los servicios de asistencia comunitarios.

Debemos destacar la importancia de las redes informales (familiares, amigos, vecinos) como principales suministradores de asistencia para las personas, pero ese asistente informal debe ser apoyado. De esta forma se resalta el importante papel, a menudo ignorado, de la asistencia a domicilio en cuanto a la prevención de dependencias y traumas, tales como el derrumbamiento del cuidador informal.

Estas consideraciones requieren, sin lugar a dudas, de una intensa formación del personal que brinda los servicios. En esta línea de pensamiento se confeccionó el presente **MANUAL DE CUIDADORES DOMICILIARIOS** a los fines de lograr un técnico de alta calidad formativa que pueda dar respuesta a las necesidades de atención de los grupos que nos preocupan. Esta es la meta que nos proponemos alcanzar.

Quiero hacer mención que esta es la segunda edición del Manual de Cuidados Domiliarios dado que hubo una primera en el año 2002, que tuvo a la Lic. María Cristina Lombardi como su compiladora, y a quien quiero reconocer su trabajo en este campo.

Se considera que una sociedad para todos es una sociedad inclusiva que se debe basar en el respeto a todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, la diversidad cultural y religiosa, la justicia social, la participación democrática y el imperio del derecho.

Así pues, podemos considerar que una sociedad para todos es una sociedad que ajusta sus estructuras y funcionamiento y sus políticas y planes a las necesidades y capacidades de todos, con lo que se aprovechan las posibilidades de todos, en beneficio de todos.

Además una **sociedad para todas las edades** permitiría a las generaciones efectuar inversiones recíprocas y compartir los frutos de esas inversiones guiadas por los principios gemelos de reciprocidad y equidad.



## ¿Que cuántos años tengo?

*Frecuentemente me preguntan que cuántos años tengo...*

*¡Qué importa eso!*

*Tengo la edad que quiero y siento. La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso. Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso, o lo desconocido.*

*Tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.*

*¡Qué importa cuántos años tengo! No quiero pensar en ello.*

*Unos dicen que ya soy viejo y otros que estoy en el apogeo.*

*Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice, sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.*

*Tengo los años necesarios para gritar lo que pienso, para hacer lo que quiero, para reconocer yerros viejos, rectificar caminos y atesorar éxitos.*

*Ahora no tienen porqué decir: Eres muy joven... no lo lograrás.*

*Tengo la edad en que las cosas se miran con más calma, pero con el interés de seguir creciendo. Tengo los años en que los sueños se empiezan a acariciar con los dedos, y las ilusiones se convierten en esperanza.*

*Tengo los años en que el amor, a veces es una loca llamada, ansiosa de consumirse en el fuego de una pasión deseada.*

*Y otras un remanso de paz, como el atardecer en la playa.*

*¿Qué cuántos años tengo? No necesito con un número marcar, pues mis anhelos alcanzados, mis triunfos obtenidos, las lágrimas que por el camino derramé al ver mis ilusiones rotas...*

*Valen mucho más que eso.*

*¡Qué importa si cumplo veinte, cuarenta, o sesenta!*

*Lo que importa es la edad que siento.*

*Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.*

*Para seguir sin temor por el sendero, pues llevo conmigo la experiencia adquirida y la fuerza de mis anhelos.*

*¿Qué cuantos años tengo? ¡Eso a quién le importa!*

*Tengo los años necesarios para perder el miedo y hacer lo que quiero y siento.*

**José Saramago**  
**Premio Nobel de literatura 1998**

## **Autora:**

### **Dra. Mónica Roqué:**

Magister en Administración de Servicios Sociales y de Salud para la Tercera Edad.  
Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores - SENNAF - MDS.  
Directora de la Carrera de Posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.  
Vocal de la Red Iberoamericana Intergubernamental de cooperación Técnica-España.

## **Bibliografía:**

EULEN, Servicios Sociosanitarios (2009), *Manual de Buena Praxis para Auxiliares de Servicios de Ayuda a Domicilio*, España.

Fernández Ballesteros, R (2004), *Gerontología Social*, Pirámide, España.

Huenchuan, Sandra (Editora) (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Chile: Naciones Unidas.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2005), *Cuidado a la Dependencia e Inmigración*, España.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales –IMSERSO- (2006), *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, España.

Monk, A. (1997), *Actualización en Gerontología*, Asociación Argentina de Gerontología, Buenos Aires, Argentina.

Naciones Unidas (2002), *Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento*, Madrid, España.

Pelaez, Enrique (Organizador) (2008), *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina*,



Estudio sobre Envejecimiento en la Región, Argentina.

Rodríguez, Pilar y otros (2003), *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos*, Manual de formación para auxiliares, Panamericana, España.

Fassio, A. y Roqué, M. (2008), *Gerontología Comunitaria e Institucional*, Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación-Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.







## CAPÍTULO 3:



# El cuidador domiciliario en el siglo XXI





## Introducción

---

*“Se cura algunas veces.  
Se alivia con frecuencia.  
Se cuida siempre”.*

**Aforismo anónimo, siglo XV.**

La transformación demográfica que se está produciendo en los países de la región, y particularmente en la Argentina, permite advertir que tanto la necesidad de cuidados como la atención a las personas mayores dependientes irán incrementándose.

El envejecimiento poblacional nos propone la necesidad de producir un gran número de cambios, que apunten a reformular y potenciar los servicios sociales y sanitarios de modo que resulten óptimos, adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor. Este envejecimiento configura de por sí escenarios que implican el diseño de nuevas estrategias de acción integrales y la readecuación de los apoyos informales como de los formales.

La necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado notables cambios.<sup>1</sup>

De esta manera, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las particularidades de la situación actual<sup>2</sup>, que nos desafía día a día a seguir profundizando sobre este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores. Estos cambios -entre otros- nos permitan delinear el nuevo paradigma de uno de los actores fundamentales del sistema de cuidados: **el cuidador domiciliario del siglo XXI.**

---

<sup>1</sup> Casado y López, 2001.

<sup>2</sup> Huenchuan, 2008.

*“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”.<sup>3</sup>*

## Rol del cuidador domiciliario

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”.<sup>4</sup>

**Se denomina “rol” al desempeño de una persona en una situación dada, a la manera en que demuestra lo que se espera de su posición.**



Podemos decir que **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 rol del cuidador domiciliario, como otros roles, requiere de una construcción, y para ejercerlo se necesita la presencia del otro que demande sus servicios. En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, necesariamente deben aparecer el ajuste recíproco de comportamientos, y la asociación para que se produzca la concreción del rol.

Podemos decir que es un rol nuevo, que su aparición se relaciona con el envejecimiento poblacional y la necesidad de generar estrategias de atención al adulto mayor evitando, o retrasando, su institucionalización residencial.

<sup>3</sup> Huenchuan, 2008, pág. 8.

<sup>4</sup> Enrique Pichón Riviere, 1971.



El buen ejercicio del rol del cuidador domiciliario requiere de la incorporación de conocimientos y de una fuerte motivación vocacional y actitudinal. “Cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

En la construcción de su rol, el cuidador domiciliario recibe la demanda de sus servicios por parte del adulto mayor, es decir que no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas.

En el imaginario social este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de los servicios doméstico o auxiliar de enfermería. En este sentido es importante afirmar que **el rol de cuidador domiciliario es aquel que se halla inserto en servicios de atención domiciliaria de baja tecnología.**

*Es un rol que en su ejercicio brinda apoyo al adulto mayor en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo 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.*

## ***Cuidador formal y cuidador informal***

Otro aspecto a distinguir en el ejercicio del rol de cuidador domiciliario, es diferenciar si quien lo ejerce es un **cuidador informal o un cuidador formal.**

Los **cuidadores informales**, representados generalmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen un elevado compromiso afectivo y por lo general no tienen límite de horario.

Dentro de este grupo suelen identificarse el **cuidador principal** (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los **cuidadores secundarios** que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor sino que secundan al principal.

El **cuidador formal**, en cambio, es quien recibe una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno, que apunta a generar estrategias de autovaloración y autocuidado, desarrolla habilidades a través de las tareas diarias como cuidador domiciliario -toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.

Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta en los sistemas de cuidados domiciliarios es el detenerse en el reconocimiento e identificación de las **funciones del cuidador** y en especial en su **perfil**, determinando dos niveles bien diferenciados del mismo: el **perfil laboral** y el **perfil técnico**.

*El cuidador formal no lo es sólo a partir de la capacitación específica que recibe, sino también a partir de las **funciones que desarrolla** y de la **construcción de su perfil técnico y laboral**.*

Utilizaremos aquí la palabra **función** en el sentido de una realización o el ejercicio de una profesión, cargo o actividad.

El **concepto de perfil** se define como la expresión de cada una de las cualidades que define a una determinada persona. Es el conjunto de condiciones o rasgos propios de una persona o cosa.

Detallamos a continuación las funciones del cuidador domiciliario y sus perfiles técnico y laboral.

## **Funciones del cuidador domiciliario**

A partir del rol del cuidador domiciliario, es posible hacer una identificación de las funciones inherentes a su tarea, agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-social de las personas que reciben el cuidado domiciliario.  
**Palabras clave: advertencia, alarma, detección.**
- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada, de las conductas **resilientes** y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.  
**Palabras clave: resiliencia, optimización, estimulación.**
- **Educación:** esta función pretende que el cuidador domiciliario sea el interlocutor para 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 del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.  
**Palabras clave: apoyo, adiestramiento, calidad de vida.**

## **Perfil técnico del cuidador domiciliario**

El perfil técnico es “*el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona*”<sup>5</sup>. Se entiende como el conjunto de requisitos requeridos, cualidades y conocimientos que deben incorporar los educandos o potenciales cuidadores, con el fin de proveer en forma óptima y adecuada servicios de cuidados.

Establecer y regular el perfil técnico del cuidador implica la necesidad de coherencia y concordancia con las funciones y las tareas que se requieren para dar cumplimiento al perfil laboral de quien se desempeña como tal. Es necesario por lo tanto, detallar los requisitos a tener en cuenta al momento de valorar y evaluar la pertinencia del perfil técnico.

Describir y delimitar este perfil incluye por lo tanto:

- la necesidad de conocer objetivamente **datos como la edad, el nivel de educación y la experiencia,**
- como así también los aspectos relacionados a las **características de la personalidad** que influyen directamente en la aptitud, habilidad o destreza de quien se formará como cuidador,
- y en igualdad de importancia la correspondiente **capacitación e incorporación de saberes y conceptos,** requisito fundamental para la formación y el desarrollo de recurso humano calificado e idóneo para la tarea.

<sup>5</sup> Lombardi, 2003.

Los requisitos mencionados deben concentrarse en cuatro variables, que pueden enunciarse como las de índole **personal, socio-económica, psicológica y formativa.**

### **Variables de índole personal**

La primera variable incluye los **indicadores correspondientes a edad, sexo, y salud.**

**La edad se transforma en un indicador de relevancia** al momento de determinar el perfil técnico del cuidador domiciliario, la franja etárea que se propone y se considera adecuada es la de 25 a 50 años, y se corresponde con los requisitos madurativos de los cuidadores.

Personas de poca edad podrían tener dificultades al momento de la toma de decisiones o en situaciones en las que se ponen en juego relaciones intrafamiliares. Y aquellos que tuvieren una edad cercana a los adultos mayores que cuidan, seguramente tendrían un alto grado de involucramiento emocional que no les permitirá mantener la distancia óptima y obstaculizaría el desarrollo de la tarea.

De todas maneras, estas consideraciones no pretenden ser categóricas, será incumbencia de quien valora este indicador, proponiendo en cada caso particular la flexibilidad necesaria, sin dejar de visualizar que su modificación no incidirá en la realización de la tarea de cuidados domiciliarios de manera eficaz y eficiente.

**El sexo es un indicador de poca incidencia** al momento de evaluar el perfil técnico de quien recibirá la capacitación, no es excluyente y no existe diferenciación alguna. Mujeres y varones tienen capacidades y están en condiciones de prestar servicios de cuidados domiciliarios a pesar de ser ésta una tarea asociada a la competencia femenina.



La **salud sí se convierte en un indicador fundamental**, pues permite determinar las condiciones adecuadas y necesarias que el cuidador debe tener para el desarrollo de su tarea. Tener un buen estado de salud, implica la evaluación de los aspectos físicos y psíquicos del cuidador.

### **La variable socioeconómica**

Esta variable concentra indicadores objetivos tales como los sociales y los económicos. **Los indicadores sociales deben ser evaluados en profundidad pero para nada deben considerarse excluyentes.**

Si bien la persona que se propone para la tarea de cuidador asume un rol social que implica un gran compromiso y responsabilidad en el ámbito comunitario, seguramente son personas que tienen una carga familiar importante, poca disponibilidad y flexibilidad horaria y situaciones imponderables a resolver en el día a día.

Cuestiones que por supuesto requieren de una evaluación profunda y deben ser consideradas relevantes pero nunca determinantes de la exclusión, pues una buena intervención de los profesionales evaluadores puede contribuir a la identificación y organización de estos aspectos, contribuyendo no sólo la posibilidad de aplicar paliativos a las dificultades planteadas, sino especialmente propiciar la inclusión social a partir de la formación, permitiendo no sólo la incorporación de conceptos sino propiciando la elevación de la autoestima y autovaloración de las personas que participen de la capacitación.

Los **indicadores económicos** cumplen un rol relevante, pues ponen en juego aspectos bien diversos, relacionados con la remuneración o pago que van a percibir por la tarea como cuidador, la satisfacción por el desempeño del rol y sus funciones, y la capacidad para el trabajo. Este indicador también asume un carácter relevante, pues nos obliga a diferenciar y valorar si la elección de formarse como cuidador domiciliario está más motivada por la posibilidad de generar recursos e ingresos económicos que optar por una razón verdaderamente vocacional. O bien la confluencia de ambas.

Este indicador, en el ámbito del Estado Nacional, responde a las políticas sociales y públicas de generación de empleo. Muestra de ello es el Programa Nacional de

Cuidados Domiciliarios que prioriza la inclusión de personas desocupadas o aquellas titulares de derechos de planes nacionales, provinciales o municipales, proyectando su inclusión sociolaboral.

### ***La variable psicológica***

La variable psicológica concentra aspectos claves en la constitución del perfil técnico del cuidador domiciliario, pues influye sustancialmente en la construcción de vínculos con la persona que recibe el cuidado, su entorno y grupo familiar y sus redes sociales de apoyo. Esta variable considera los siguientes indicadores: **calidades personales y calidades actitudinales**.

**Las calidades personales** son aquellas que representan al cuidador domiciliario en el desempeño de su tarea y se relacionan con las características de personalidad. La responsabilidad, el compromiso, la autoestima, la autovaloración, la integridad ética y moral, son algunas.

**Las calidades actitudinales** se refieren a aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención al destinatario del servicio de cuidados<sup>6</sup>. Son el conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada individuo. Representan lo que una persona considera como verdadero-falso, bueno-malo.

### ***La variable formativa***

Implica el aprendizaje desde tres perspectivas o ámbitos: el conocimiento, el desarrollo de habilidades y la presencia de valores y actitudes. Este proceso producirá como resultado final mejor rendimiento, nuevas habilidades, nuevos conocimientos y nuevas actitudes.

El análisis de esta variable debe considerar indicadores relativos a la instrucción y a la experiencia. En el desarrollo de la misma, las capacidades básicas para la formación

---

<sup>6</sup> Lombardi, 2003.

como la educación formal, la educación no formal y la experiencia ocupan un lugar destacado, por ende son los indicadores de la variable enunciada.

**La educación formal** resulta un indicador importante, se valora el nivel primario completo como el adecuado, teniendo en cuenta que es necesario que quien va a recibir la capacitación específica de cuidador domiciliario cuente con herramientas tales como lectura fluida, comprensión de textos, redacción coherente y otros.

**La educación no formal**, concentra el recorrido de las personas en áreas por fuera del sistema educativo formal. Este indicador permite inducir al momento de evaluar a personas con deseos de capacitarse, la motivación que presentan en relación a la temática y la iniciativa para la formación.



**La experiencia** es un factor motivador de importancia, e insta a las personas que realizan esta actividad de manera empírica a transformarse en un recurso humano calificado para la tarea.

Su formación, desde una perspectiva integral e integrada de la vejez y del envejecimiento, busca potenciar aquellos aspectos ligados a la relación cuidador domiciliario-persona cuidada, priorizando la flexibilidad en el trato personal, la adaptación al desempeño de sus funciones, el acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía y favoreciendo la autoestima de la persona atendida y la madurez para superar situaciones de pérdida o duelos.

*En síntesis, la búsqueda del perfil técnico óptimo del cuidador domiciliario debe potenciar aspectos ligados a la relación cuidador - persona cuidada.*

En la construcción del perfil técnico, será importante **trabajar aspectos relacionados a sentimientos de omnipotencia y su contracara de impotencia**



**o frustración** ante la imposibilidad de dar respuestas a todas las demandas que puede realizar el adulto mayor. Por lo tanto será importante que el cuidador domiciliario pueda con la supervisión de los profesionales trabajar en la identificación y delimitación de metas posibles.

**Otro aspecto que contribuye al perfil técnico es el motivacional**, en la elección de este rol; el por qué desea y elige ser cuidador domiciliario.

- ¿Tiene en su familia alguna persona adulta mayor, discapacitada o con una enfermedad que requiere o ha requerido cuidados y se profesionaliza para ofrecer sus servicios?
- ¿Ve su tarea como un acto de solidaridad y conmiseración con el otro? ¿Cree que se trata de un perfil asistencial basado en la compasión y en la satisfacción personal que da ayuda al prójimo?
- ¿Entiende que esta capacitación se convertirá en un facilitador para su inclusión sociolaboral?

Las respuestas a estas preguntas servirán también como insumos para los profesionales que coordinan o supervisan los sistemas de cuidados. Les permitirá trabajar específicamente en la apropiación del rol por parte del cuidador domiciliario para poder a través del mismo transmitir la especificidad de su tarea, plasmar en cuidados idóneos y adecuados la prestación, e identificar, cuando se posee, la vocación.

Y además, advertir la ventaja y el deseo de organizarse en cooperativas, herramienta fundamental para su desarrollo personal y del grupo.

## ***Perfil laboral del cuidador domiciliario***

**El perfil laboral es el conjunto de las tareas, funciones, acciones y características de una ocupación o trabajo determinado.**

En el perfil laboral del cuidador domiciliario deben considerarse las tareas que

se espera que él desarrolle en correspondencia con los conocimientos y saberes adquiridos durante la formación. Se refiere a las tareas, rol y funciones, relacionadas a las características propias del desenvolvimiento de la vida diaria del adulto mayor.

El logro de un perfil laboral adecuado debe ser prioritario en la escala de objetivos de quienes tienen la responsabilidad de capacitar y formar recurso humano para la atención domiciliaria.

Calificar a este grupo requiere de un gran compromiso académico para la implementación del programa educativo y por supuesto implica la necesidad de generar aquellas herramientas necesarias, que permitan, en proyección, visualizar la inclusión sociolaboral de los cuidadores en el mercado formal de trabajo.

### ***Tareas inherentes al perfil laboral del cuidador domiciliario***

Se detallan a continuación aquellas tareas inherentes al perfil laboral del cuidador domiciliario, que deben ser propuestas en el marco formativo desde un 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 uso externo, 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.

### ***En resumen***

La conjunción del perfil técnico y laboral en el perfil “**cuidador domiciliario**” implica

formación, idoneidad, responsabilidad, compromiso, disposición para trabajar en equipo, aceptación de indicaciones emanadas de los profesionales intervinientes, capacidad para realizar aportes criteriosos, confidencialidad, ética. Requerimientos excluyentes, entre otros, que debe reunir una persona para desempeñarse en los servicios de cuidados domiciliarios.

El cuidador domiciliario, cualquiera sea su ámbito de actuación, ya sea bajo relación de dependencia, como integrante de una cooperativa, o como trabajador independiente, necesitará desarrollar sus actitudes personales, sus conocimientos, su experiencia, y sus habilidades y destrezas adquiridas a fin de afianzarse en su desarrollo laboral.

## Vínculo cuidador – adulto mayor

El término vínculo, del latín *vinculum*, significa unión o atadura de una persona o cosa a otra.

Partiendo de esta definición, debemos cuidadosamente dar cuenta de la implicancia del vínculo que se construye entre el binomio cuidador-persona cuidada.

Un vínculo implica la presencia de dos, y por supuesto el reconocimiento de un otro diferente y diferenciado. En ese reconocimiento está la necesidad de trabajar progresivamente en la construcción de este vínculo que supone la posibilidad de un encuentro intergeneracional que derribe estereotipos, que permita un enriquecimiento mutuo y genere un espacio genuino de acercamiento y escucha.

El vínculo se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones que se ponen en juego. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus



diferencias. Pero además exige calidez y asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es la forma en que se lleva a cabo.

Cuando lo que las personas mayores reclaman es apoyo, comprensión, o alivio, los cuidadores no pueden responder exclusivamente desde la teoría o el marco conceptual. Cuidar exige compromiso con la persona, exige sensibilidad humana, exige vinculación.

Este vínculo se construye en una relación de asimetría, es decir el cuidador domiciliario aporta su saber, sus habilidades y destrezas en relación al cuidado que requiere el adulto mayor.

Sin embargo, **esta asimetría no implica una relación de poder**. Por el contrario, debe ser **una relación de complementariedad** a fin de propiciar el desarrollo de potencialidades. **Se trata de no imponer la suplementariedad**, no suplir al otro (a excepción de situaciones que así lo requieran y de manera transitoria) a fin de propiciar su autonomía.

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, tampoco brindar un apoyo despersonalizado, el equilibrio: humanizar la tarea. **Ni muy cerca ni muy lejos.**

Se advierte que el paternalismo mantiene cierta vigencia en la relación de los profesionales, técnicos y cuidadores con las personas mayores y esto no sólo dificulta la promoción de su autonomía sino que favorece su infantilización.

Si bien al momento de trabajar en esta construcción y proceso de poder, encontrar la distancia adecuada entre el cuidador y quien es cuidado, no podemos negar que la autonomía de los mayores que reciben la prestación de cuidados domiciliarios puede verse razonablemente limitada, pero esto no justifica que no se les consulte, pregunte e informe sobre aquellos procedimientos que se pondrán en práctica.

Quizás esta actitud tenga que ver con que frecuentemente se confunde su incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria con la incapacidad para tomar decisiones.

Lograr una distancia óptima en esta interrelación opera directamente en el adulto mayor y su entorno familiar brindándoles mejores posibilidades de ayuda, apoyo y cuidados. Esta relación equilibrada, posibilita verdaderos cambios emocionales y permite una mayor conciencia de la situación y la posibilidad de acceder a una herramienta fundamental: la prevención.

De ahí que surja este intento de reflexionar acerca de lo que denominamos distancia óptima en el cuidado, un intento de sentir y pensar qué nos ocurre cuando estamos frente a un otro que nos necesita. Lograr la distancia óptima implica una construcción, un proceso en el vínculo entre el cuidador domiciliario y el adulto mayor.

**Pensar la distancia como una elaboración artesanal, que permite el encuentro, el surgimiento de las singularidades, de un vínculo satisfactorio, que esté relacionado con la comunicación y el aprendizaje, no con la estereotipia o reproducción de modelos.**

Ni muy cerca ni muy lejos es la consigna. Mucha distancia o mucha cercanía puede generar problemas en esta relación. El grado óptimo de distancia o cercanía varía de una persona a otra e incluso, en la misma persona a lo largo del día.

No resulta una tarea sencilla ya que requiere capacidad de reflexión, autocrítica y flexibilidad. Implica en definitiva estar atentos para que la extrema cercanía o

distancia emocional con la persona cuidada no impida ver a esa otra persona como un otro diferente, y se provoque desde una incorrecta intervención su fragilización o bien no se identifiquen necesidades y potencialidades.

## **Dignidad, respeto, intimidad, información y confianza en la tarea de cuidados domiciliarios**

He determinado agrupar estos aspectos y no definirlos aisladamente, pues considero que cada uno de ellos guarda interrelación con el otro, o bien se encuentra contenido en otro, y todos juntos dan cuenta de la construcción del rol del cuidador domiciliario, aspirando a la consumación de los valores éticos y morales concebidos en la tarea.

**Dignidad** deriva del término latino dignus y se traduce como “valioso”. El concepto de dignidad se basa en el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de su condición humana. De este concepto se desprende la idea de trato respetuoso hacia uno mismo y hacia los demás.<sup>7</sup>

Todo ser humano, independientemente de sus características personales en cuanto a sexo, edad, etnia, situación económica, social, cultural, y creencias, es merecedor de **respeto**.

Las personas en situación de dependencia o necesidad de recibir cuidados son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

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) **la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,**
- b) **la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,**

---

<sup>7</sup> Martínez Rodríguez, Teresa, 2010.

- c) evitar los sentimientos de exclusión,
- d) el respeto a la edad adulta y
- e) el respeto y apoyo al desarrollo del proyecto de vida propia.

Asimismo, la dignidad y el respeto están presentes en los espacios de participación de la persona mayor en los procesos cotidianos de su cuidado; el cuidador debe propiciar estas situaciones promoviendo su autonomía, instándolo a que opine, elija y tome decisiones. La participación de las personas mayores debe reconocerse como actos únicos y diferenciados, y no estandarizar acciones y personas en iguales o distintas situaciones o actividades.

La participación en la toma de decisiones o elecciones puede verse facilitada por el cuidador, ofreciendo posibilidades y oportunidades diversas como **el acceso a una información inteligible** sobre cuestiones inherentes a la tarea o relacionadas con su atención directa o estado.

Los adultos mayores tienen que ver posibilitada la expresión de sus deseos, preferencias y opiniones, y de esta manera poder ejercer el control sobre aquellas actividades de su vida cotidiana, como el aseo, la comida, etc. Es necesario remarcar que estas condiciones sólo pueden darse si el cuidador propone y facilita tiempos de escucha activa, despojado de todo prejuicio.

Una adecuada gestión informativa que se da en esta relación interpersonal cuidador – persona cuidada conlleva, desde el cuidador, a relatar qué acciones o cambios se pretenden promover, explicar cómo se va a proceder, despejar miedos e inseguridades, alertar sobre resistencias previsibles, ajustar expectativas y plantear metas posibles así como propiciar espacios y canales que permitan una comunicación fluida.

Lo expuesto permite considerar que la dignidad se pone a prueba diariamente en la relación entre cuidadores y personas destinatarias del cuidado. Dar respuestas moralmente adecuadas a través del cuidado, no debe asociarse únicamente al respeto estricto de los derechos de las personas mayores sino que además debe atender sus necesidades tal y como ellos las sienten, perciben y expresan.

Un aspecto esencial para valorar la dignidad y el respeto, no puede ser la ausencia de negligencia al momento de encarar la tarea, sino corresponde identificar la presencia de diligencia y excelencia. Aspiración esta que deberá construirse en la relación que se establezca con la persona mayor receptora del cuidado y en la habilidad para dar soluciones a las necesidades en su vida cotidiana.

La excelencia se pone en juego en cosas tan sencillas como escuchar a los mayores, llamarlos como les guste ser llamados, comunicarse con ellos, mantenerlos informados, ayudarlos o vestirlos dignamente, respetar su intimidad, en definitiva, considerar que la persona que recibe los servicios de cuidado es ante todo un titular de derechos.

La ausencia de estos valores, resultan una amenaza a la dignidad de las personas mayores.

Es cierto que, al igual que muchos cuidadores, las personas mayores no han sido educadas en este modelo de relación y frecuentemente solicitan de su ayuda a la hora de tomar decisiones. Esta solicitud es también una forma de ejercer su autonomía, no una renuncia a la misma, y no puede servir de pretexto para obviar el deber de informar.<sup>8</sup>

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

Para visualizarla es necesario formular algunas preguntas: ¿Cuál es el comportamiento en situaciones críticas y/o concretas? ¿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?

Si se pretende realizar la tarea de cuidados de manera eficaz y eficiente, resulta imprescindible dar respuestas a estas preguntas.

Si el cuidador parte de prejuicios que catalogan a las personas mayores como

---

<sup>8</sup> Moya, 2006.



demandantes, poco colaboradoras o personas incapaces, que no se enteran ni saben nada, solo podrán establecerse relaciones distantes y basadas en la desconfianza, que provocarán actitudes defensivas y obstaculizarán la tarea de cuidar.

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

## Conclusión

A través de estas líneas se ha pretendido contribuir y colaborar con profesionales, alumnos y cuidadores, evidenciando la importancia que tiene, no sólo la identificación de las características personales al momento de seleccionar los perfiles adecuados para el cuidado domiciliario, sino también acercar algunos criterios de orden orientativos que den cuenta el adecuado ejercicio del rol del cuidador.

Todo ello en sintonía con las preferencias de las personas destinatarias del cuidado, permitiéndoles la continuidad y el desarrollo de sus proyectos vitales y respetando el derecho de elegir envejecer en sus hogares, con una mejor calidad de vida.

## **Autora:**

### **Adriana Morbelli:**

Comunicadora Social.

Coordinadora Nacional “Programa Cuidados Domiciliarios”, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social-

## **Bibliografía:**

“Pichón” Riviere, Enrique (1971), *Proceso Grupal Del Psicoanálisis a la Psicología Social I*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

Casado, David y López, Guillén (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Colección Estudios Sociales N° 6, Fundación La Caixa, Barcelona, España.

Lombardi, Cristina (2003), *Manual de Cuidadores Domiciliarios*, Módulo I, Secretaría Nacional de Desarrollo Humano y Familia, Ministerio de Desarrollo Social, Buenos Aires, Argentina.

Aizen, Rosa (2003), *Temas de Gerontología Social*, Editado por la Dirección General de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

CEPAL (2003), *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Santiago de Chile, Chile.

Moya Bernal, Antonio (2006), *Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética*, Portal Mayores. Informes Portal Mayores, Lecciones de Gerontología, V., Madrid, España.

Huenchuan, Sandra (2008), *Envejecimiento, sistemas de cuidados, y protección social*, ponencia presentada en el Seminario “Protección Social y Género”, organizado por el Ministerio de Planificación, Santiago de Chile, Chile.

CEPAL (2009), *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?*, Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile, Chile.

CEPAL (2009), *El envejecimiento y las personas de edad-Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, Chile.

Martínez Rodríguez, Teresa (2010), *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*, Madrid, España.

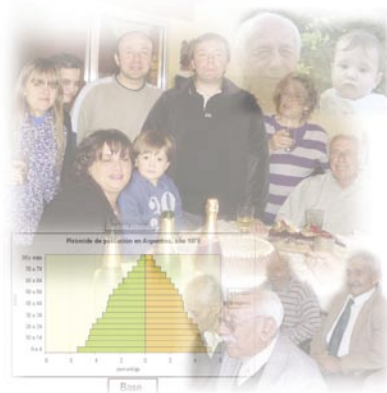




# CAPÍTULO 4:



## Aspectos sociodemográficos del envejecimiento





## Introducción

Cuando hablamos de **aspectos sociodemográficos del envejecimiento**, hacemos referencia, no al envejecimiento individual de las personas, sino **al envejecimiento de la población de un determinado lugar**.

Al estudiar una población, uno de los aspectos que se analiza es su estructura por edades, es decir, qué porcentaje de personas son niños, jóvenes o mayores. Si hablamos entonces de envejecimiento de la población, estamos refiriéndonos a los cambios en su estructura por edad, con el aumento de la proporción de personas de 60 años<sup>1</sup> y más que la componen. Por el contrario, una población rejuvenece cuando aumenta la proporción de jóvenes (0-14 años).

Este proceso no es irreversible, sino que pueden alternarse o darse simultáneamente en el tiempo procesos de rejuvenecimiento o envejecimiento poblacional.

*Se considera que un país tiene una estructura poblacional envejecida cuando tiene un porcentaje del 7 %, o más, de personas de 60 años y más.*

## Factores que producen cambios en la estructura poblacional

Los cambios en la estructura de la población dependen de numerosos factores, relacionados con las condiciones sociales y económicas. Sin embargo, desde el punto de vista demográfico, podemos considerar que las principales causas del envejecimiento / rejuvenecimiento poblacional que actúan sobre una población determinada, son:

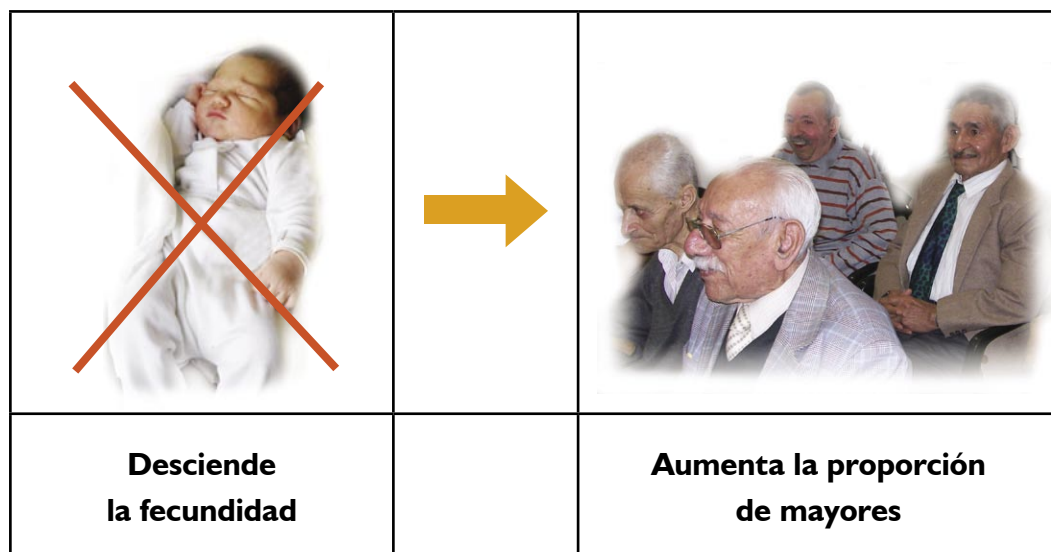
<sup>1</sup> Para este trabajo tomamos una definición general que considera adulto mayor a toda persona de 60 y más años (Asamblea Mundial de Envejecimiento, Naciones Unidas, Viena, 1982).



- **La fecundidad.**
- **La mortalidad.**
- **Las migraciones.**

**El aumento de la fecundidad tiene efectos rejuvenecedores** en la estructura poblacional, ya que al incrementarse los nacimientos anuales, es mayor la proporción de niños respecto de los otros grupos de edad.

Por el contrario, **la disminución de la fecundidad es el factor más importante de envejecimiento poblacional**, dado que implica menor proporción de jóvenes.



**El descenso de la mortalidad** afecta a todas las personas en el sentido de que, si aumenta la esperanza de vida al nacer, es mayor el número de personas que llegarán a adultos mayores. Sin embargo, como afecta a toda la población, habrá también más niños y jóvenes.



Si el descenso de la mortalidad se da en los grupos de menor edad, esto producirá, en un primer momento, **un rejuvenecimiento de la población** (por ejemplo, con el combate de la diarrea infantil).

Si en cambio **disminuye la mortalidad en las personas mayores** (por ejemplo con medidas de prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares) se produce un **envejecimiento de la población**.

*El proceso de envejecimiento poblacional es producto de los cambios en la proporción de jóvenes y de ancianos en una sociedad dada.*

Las **migraciones** pueden tener efectos rejuvenecedores o envejecedores de la estructura poblacional, tanto en el lugar de origen como en los de destino. En general las personas que migran son jóvenes, por lo que, en un primer momento, se produce un efecto rejuvenecedor en el lugar de destino y envejecedor en el de origen. A medida que transcurre el tiempo, y la población migrante envejece, el efecto rejuvenecedor mencionado se transformará en envejecedor, salvo que se reciban flujos constantes de migrantes.

En los países con poca migración internacional, los cambios en su estructura poblacional se producirán por el efecto conjunto de la fecundidad y de la mortalidad.

En síntesis:

*Desde el punto de vista de la demografía, la principal causa de envejecimiento de las poblaciones se relaciona en primer lugar con el descenso de la fecundidad, en segundo lugar, de la mortalidad y por último, con las migraciones.*

Fecundidad

Esperanza de vida

Migraciones

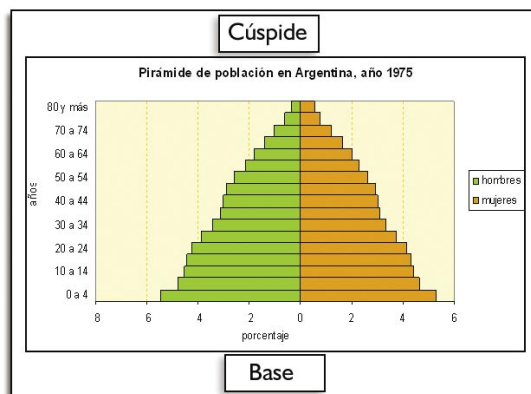
ENVEJECIMIENTO / REJUVENECIMIENTO POBLACIONAL

## Las pirámides poblacionales

La estructura de una población se grafica a través de las **pirámides poblacionales**.

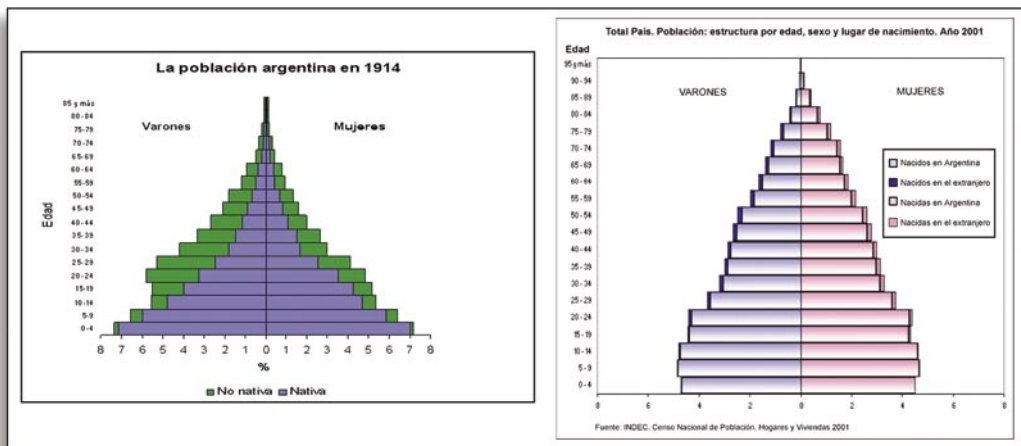
Estas pirámides se dividen en mitades por sexo: a la **izquierda los varones**, y a la **derecha las mujeres**.

**La base corresponde a los niños, y la cúspide a las personas mayores.**



Cuando se modifica la proporción de adultos mayores se dice que el envejecimiento/ rejuvenecimiento se da por la cúspide de la pirámide, en tanto que si se modifica la proporción de jóvenes se dice que el envejecimiento/ rejuvenecimiento se da por la base.

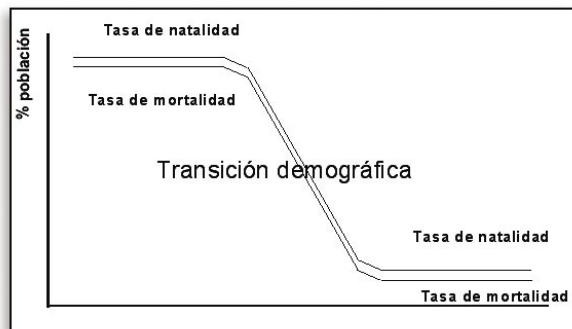
El análisis comparado de las pirámides de la Argentina ilustra los cambios ocurridos en la composición poblacional y el envejecimiento que se dio, tanto por la cúspide (por el incremento de la esperanza de vida) como por la base (por la disminución de la fertilidad).



## Transición demográfica

La **transición demográfica** se define como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.<sup>2</sup>

Veámoslo gráficamente:



<sup>2</sup> CEPAL-CELADE, 2008.

## La transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Argentina: nuevos desafíos

El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en la Argentina en la medida en que **se ha duplicado la proporción de mayores entre los años 1950 y 2000.**

Se profundizará de modo tal, que se estima que **para el año 2050 casi uno de cada cuatro habitantes de nuestro país será adulto mayor** (aproximadamente siete millones de personas), y disminuirá concomitantemente el peso relativo de los jóvenes: **habrá nueve adultos mayores por cada diez jóvenes entre 0 y 14 años.**<sup>3</sup>

*Argentina es uno de los países más envejecidos de la región de Latinoamérica y el Caribe.*

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, la población de adultos mayores alcanza a 4.871.957 personas, de los cuales el 42,1% (2.054.151) son varones y el 57,8% (2.817.806) son mujeres.

Tres de cada diez mayores tienen entre 60 y 64 años, un poco más de cuatro de cada diez de 65 a 74 años y casi tres de cada diez, 75 años o más (1.481.307). Las proyecciones poblacionales dan cuenta que en 2005 hay más de cinco millones de adultos mayores.



### Cuadro I

## Población adulta mayor por provincia. Censo 2001 y proyecciones 2005. Argentina

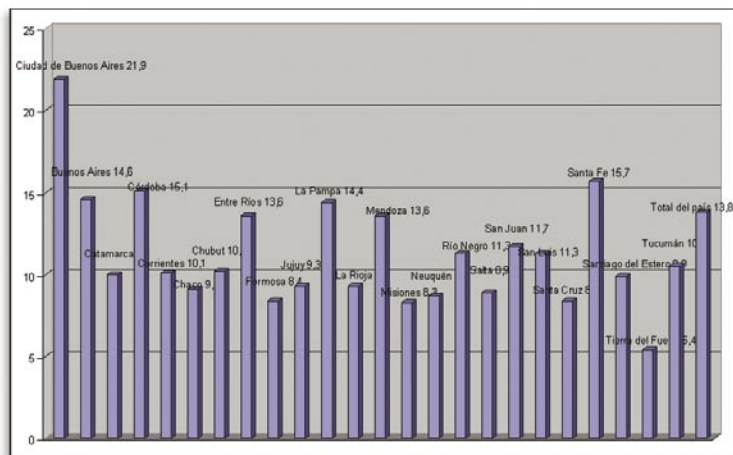
<sup>3</sup> CEPAL-CELADE, 2004.

Provincia	2001		2005	
	Población de 60 y más años	% sobre la población total	Población 60 y más años	% sobre la población total
Ciudad de Bs. As.	609.466	22,0	661.406	21,9
Buenos Aires	1.980.300	14,3	2.139.977	14,6
Catamarca	33.132	9,9	36.503	10,0
Córdoba	443.467	14,5	491.362	15,1
Corrientes	90.097	9,7	99.255	10,1
Chaco	86.817	8,8	93.298	9,1
Chubut	39.695	9,6	45.609	10,2
Entre Ríos	151.128	13	165.841	13,6
Formosa	39.279	8,1	43.684	8,4
Jujuy	52.933	8,7	60.801	9,3
La Pampa	40.940	13,7	46.342	14,4
La Rioja	26.562	9,2	29.782	9,3
Mendoza	203631	12,9	227.146	13,6
Misiones	76.161	7,9	85.905	8,3
Neuquén	36681	7,7	45.242	8,7
Río Negro	56.792	10,3	66.556	11,3
Salta	93.065	8,6	103.486	8,9
San Juan	68.995	11,1	77.905	11,7
San Luis	40.104	10,9	46.276	11,3
Santa Cruz	15496	7,9	18.018	8,4
Santa Fe	464.688	15,5	498.444	15,7
Santiago del Estero	79.593	9,9	83.510	9,9
Tierra del Fuego	4.758	4,7	6.252	5,4
Tucumán	138.177	10,3	149.936	10,5
<b>Total del país</b>	<b>4.871.957</b>	<b>13,4</b>	<b>5.322.536</b>	<b>13,8</b>

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31. INDEC (2005).

## Gráfico I

### Población adulta mayor por provincia proyecciones 2005. Argentina



Fuente: Elaboración propia según datos Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31. INDEC (2005).

Si analizamos el cuadro I, recordando que se considera que un país tiene una población envejecida con un porcentaje de 7 % o más de mayores de 60 años, nuestro país ha superado este porcentaje en todas sus provincias salvo Tierra del Fuego.

Y además comprobamos que:

- La jurisdicción con mayor porcentaje de mayores es Ciudad de Buenos Aires (22%).
- La jurisdicción con menor porcentaje de mayores es Tierra del Fuego (4,7%/ 5,4%).

Este fenómeno presenta dos características convergentes:

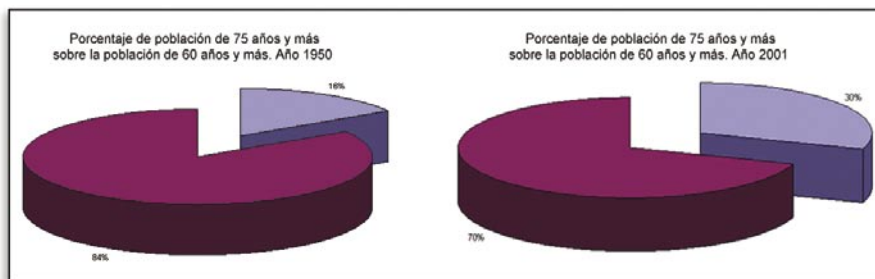
## 1) El peso creciente de los viejos-viejos<sup>4</sup> respecto de la población mayor de sesenta años.

Mientras que en 1950 los mayores que tenían 75 años y más eran el 16%, actualmente las personas de 75 años y más son el 30,4% de la población de 60 y más años (1.481.307).<sup>5</sup>

*La vejez se transforma en una etapa vital, de una duración promedio de veinte años.*

### Gráfico 2

#### Peso de la población de 75 y más años respecto de la población de 60 años y más. Argentina años 1950 y 2001.



Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

<sup>4</sup> Según la edad cronológica podemos dividir a la población mayor (Neugarten, 1970) en viejos-jóvenes: de 60 a 74 años y viejos-viejos: de 75/80 y más años. Los primeros considerados como más activos y con menor probabilidad de deterioro de su salud y los segundos como los con mayor probabilidad de padecer enfermedades y dependencia. Este límite se ha corrido en los países desarrollados a 80 años, pero en nuestro país debemos tener en cuenta las diferenciales condiciones biopsicosociales de las personas a partir del concepto de envejecimiento diferencial, por lo que hemos mantenido el límite de 75 años.

<sup>5</sup> INDEC, 2005.

Este dato es importante puesto que indica una mayor probabilidad de necesidad de asistencia para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana en función del deterioro probable de la salud de las personas de más edad.

## 2) La creciente feminización de la población mayor.

A mitad del siglo pasado había 103 varones por cada 100 mujeres de edad. En la actualidad son 73 los varones por cada 100 mujeres, y sólo 56 los varones por cada 100 mujeres mayores de 75 años.

**La esperanza de vida al nacer es de 75,24 años promedio: 71,56 años<sup>6</sup> para los varones y 79,06 años para las mujeres.**

Esta brecha tiene un fuerte componente cultural, relacionado con los mayores riesgos que corren los varones en todas las etapas de la vida. En los países desarrollados esta brecha es de cuatro años en lugar de seis/ siete, que es la predominante en toda nuestra región.

El país con mayor esperanza de vida de la región de Latinoamérica es Costa Rica (78.8), luego le sigue Chile (78.5) y Cuba se encuentra en tercer lugar siendo de 78,3 años.<sup>7</sup>

En Argentina, una vez cumplidos los 60 años la esperanza de vida es de 19,97 años en total, para los varones 17,38 años y para las mujeres 22,33 años.<sup>8</sup>

Es notorio, además, que por razones culturales, las mujeres de estas generaciones formaban pareja con hombres cinco a diez años más grandes que ellas, por ende su expectativa es la de una alta y larga vejez en soledad.

---

<sup>6</sup> INDEC, 2004.

<sup>7</sup> CEPAL-CELADE, 2008.

<sup>8</sup> INDEC, 2004.



## La población adulta mayor institucionalizada

Los adultos mayores que viven en hogares colectivos son 114.060<sup>9</sup>, constituyendo el 2,3% de la población adulta mayor.

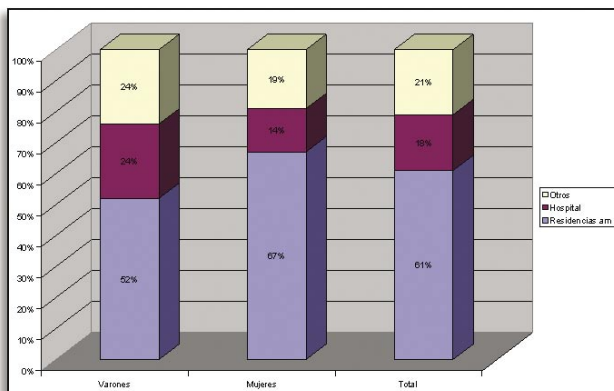
Del total de personas institucionalizadas, una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo las diferencias por género abrumadoras: casi cinco de cada diez mujeres (48,3%) institucionalizadas son adultas mayores en tanto que sólo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%).

El 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos.

El 52% de los varones de edad que viven en instituciones colectivas lo hace en hogares de ancianos y el 24% en hospitales. Entre las mujeres de edad institucionalizadas, el 67% habita en residencias para mayores y el 14% en hospitales.

### Gráfico 3

**Porcentaje de personas de 60 años y más por tipo de hogar colectivo en el que habitan según sexo. Argentina 2001.**



Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

<sup>9</sup> INDEC, 2001.

La alta incidencia de hospitalización masculina abre el interrogante sobre si la causa de su permanencia en hospitales es debida al deterioro de su salud o a la dificultad de acceso a residencias para mayores.

## El impacto del envejecimiento poblacional en la familia

El proceso de envejecimiento poblacional imprime modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales dentro de ellas.

Así es que surgen las llamadas familias “verticalizadas”, donde como consecuencia de la baja tasa de natalidad hay menos parientes laterales (hermanos, tíos, primos). **En estas familias aumentan las relaciones intergeneracionales (entre distintas generaciones) y disminuyen las intrageneracionales (dentro de la misma generación) por falta o disminución de dichos miembros.**



El aumento de la esperanza de vida produce la convivencia en el seno familiar de dos o más generaciones de viejos: **abuelos, bisabuelos** y hasta **tatarabuelos** y la probabilidad de ejercer el rol de abuelo prácticamente durante media vida.

Es notoria la sobrecarga que sufre la generación intermedia, en particular las mujeres de edad mediana, debido a la atención que debe brindar a sus propios hijos (todavía a cargo), al creciente número de mayores (a veces dependientes) y a sus propias tareas profesionales.

El incremento del número de mujeres de edad mediana incorporadas al mercado de trabajo (el 50% de las mujeres entre 45 y 64 años<sup>10</sup>) produce una tendencia

<sup>10</sup> En la jurisdicción más rica del país, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la proporción de mujeres de edad mediana económicamente activas alcanza al 61%.

creciente a reducir la posibilidad de contar con las cuidadoras tradicionales de los mayores de la familia, tanto propia como política.

La estructura nuclear tradicional da lugar a otras formas de organización familiar: familias resultantes de nuevos matrimonios y monoparentales; desaparición progresiva de la familia extensa (en la que conviven varias generaciones bajo el mismo techo), reemplazada por familias nucleares (en la que conviven solo dos generaciones o solo adultos mayores bajo el mismo techo) con características de familia extensa modificada con proximidad geográfica.

## ***Índice de dependencia***

Al aumentar el envejecimiento poblacional, aumenta el índice o relación de dependencia.

El **índice de dependencia** es el indicador que vincula a la población en edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más), con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años).

Esta relación se expresa:

Potencialmente inactivas: menores de 15 años y personas de 60 años y más

---

Potencialmente activas: personas entre 15 y 59 años

El índice de dependencia es un indicador muy valioso para medir los posibles efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico de una población.

Existen tres indicadores de dependencia:

- 1) la **relación de dependencia joven**, que considera el número de jóvenes de 0 a 14 años con respecto al de personas entre 15 y 59 años;

- 2) la **relación de dependencia en edades avanzadas**, que considera el número de personas de 60 años y más con respecto al de personas entre 15 y 59 años; y,
- 3) la **relación de dependencia total** que es la suma de ambas. La relación de dependencia se expresa en términos de números de jóvenes, de personas mayores o de ambos, por cada 100 personas entre 15 y 59 años.<sup>11</sup>

Existe además un **índice de dependencia potencial**, que es la cantidad de personas mayores de 80 años respecto de los adultos de edad media. Según datos de INDEC del año 2004, la Argentina presenta 16 adultos mayores de 80 años por cada 100 personas de 50 a 64 años. Si observamos esta misma situación según género, vemos que hay 20 mujeres mayores de 80 años cada 100 adultos de edad media y sólo 11 varones.

Otra forma de dimensionar la dependencia potencial la da la proporción de personas de 75 y más años que viven en hogares exclusivos de mayores (52%), que en la Ciudad de Buenos Aires alcanza al 66% de las personas de esa edad.

---

<sup>11</sup> CEPAL-CELADE, 2008.

## **Autora:**

### **Adriana Fassio:**

Licenciada en Sociología, Profesora de Enseñanza Media y Norma en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Magister en Gerontología Social, Universidad Autónoma de Madrid.

Doctora en la Universidad de Buenos Aires con orientación en Antropología Social.

Profesora regular e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.

Docente en grado y posgrado en diversas universidades del país y del exterior.

## **Bibliografía:**

Amadasi, E. y Fassio, A. (1997), *Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad*, Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica, 3 y 4, Buenos Aires, Argentina.

Bazo Royo, M.T. (2004), *Sociedad y vejez: la familia y el trabajo*. En R. Fernández-Ballesteros (Directora) (2003), *Gerontología Social*, pp. 241 a 248, Pirámide, Madrid, España.

CELADE-CEPAL (2004), *América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, Boletín demográfico No. 73.

CEPAL- CELADE (2006), *Manual básico: indicadores de calidad de vida en la vejez*, Documentos Seminario Internacional Indicadores de calidad de vida de las personas mayores, Santiago de Chile, Chile.

CEPAL-CELADE (2008), *Transformaciones demográficas y su Influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, Chile.

Fassio, A. (2007), *La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. Imaginarios y realidades*, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría n° 76, Vol. XVIII, pp. 443 a 447. Buenos Aires. Argentina.

INDEC (2001), *Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001*. <http://www.indec.mecon.gov.ar>

INDEC (2004), *Adultos mayores: hogares y población. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001*, Serie 5, Grupos Poblacionales, N° 5.1, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (2005), *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015*, Serie de Análisis Demográfico 31, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (2007), *Sistema de Estadísticas Sociodemográficas. Indicadores para la población adulta mayor*, <http://www.indec.mecon.gov.ar>



## CAPÍTULO 5:



# Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural







## Introducción

El envejecimiento es un proceso que dura toda nuestra vida. Constituye un fenómeno que hace referencia a los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas, los cuales, se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural en el que viven.

Es decir, **cada persona se desarrolla dentro de un contexto socio- económico y cultural que sufre modificaciones en el tiempo, lo que le da nuevos sentidos y significados a sus costumbres y modos de ser.**

*La vejez es, en este sentido, una construcción social, en tanto que cada sociedad le asigna un lugar, le atribuye particularidades en sus representaciones, y le brinda o niega espacios sociales.*

Los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural.

Entendemos que la buena calidad de vida es posible en las personas mayores y que las probabilidades de envejecer saludablemente aumentan, si existe una adecuada interacción entre las características individuales y socioculturales de los sujetos.

Cada individuo vive su propia vejez de acuerdo a cómo ha vivido a lo largo de su vida. A partir de ello, consideramos relevante tener en cuenta, las profundas transformaciones sociales de las últimas décadas<sup>1</sup> para pensar y repensar en nuevas estrategias que apunten a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

<sup>1</sup> Se hace referencia a cómo impactan e inciden en la vida de las personas mayores, tanto en las posibilidades de acceder a una “buena vida” como en la participación familiar relacionada con su sostén emocional, social y económico.

Podemos decir que el entorno y el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores se han modificado notablemente. Vivimos en una sociedad **heterogénea** en donde la magnitud de estos cambios tiene un impacto significativo en la salud, la educación, la integración, y la protección social de las personas mayores.

Los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural.

En este contexto, se hace necesario visualizar cómo han ido cambiando las relaciones sociales. Ello tiene estrecha vinculación con las **redes de apoyo** de las personas mayores, ya que éstas pueden satisfacer gran parte de sus necesidades, no sólo económicas sino también emocionales.

Por otro lado, no puede separarse a la persona de su entorno cultural: no son lo mismo las costumbres de las personas mayores que viven en el campo que las que viven en la ciudad, por ejemplo. Además, es importante tener en cuenta la diversidad cultural, aún encontrándose en un mismo ámbito (lugar de residencia), que se manifiesta por la multiplicidad del lenguaje, las creencias religiosas, el arte, la música, la estructura social, etc.

Entonces, al momento de pensar en la diversidad cultural de las personas mayores, debemos tener en cuenta no sólo el lugar en el que viven, sino también la interacción entre las diferentes culturas coexistentes, y el respeto de las particularidades de cada una.

*Conocer y tener en cuenta las condiciones del entorno económico, social y cultural de las personas mayores, nos permitirá construir oportunidades para que puedan desarrollar sus capacidades y potencialidades sustentadas desde el paradigma de derechos.*

## Personas mayores y redes sociales o de apoyo social

Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero, es importante aclarar que, **no todas son redes sociales de apoyo**, pues en muchas de ellas no se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua.



Las redes sociales varían en el tiempo y en el espacio, teniendo en cuenta las diferentes coyunturas por las que vamos atravesando a lo largo de la vida.

Ahora bien, se hace necesario distinguir entre **redes y apoyos sociales**.

- Las **redes sociales** pueden ser consideradas prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.
- Los **apoyos sociales**, en tanto, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Las categorías de estas transferencias o apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Esta conceptualización, en cambio, pone énfasis en los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

En este sentido, podemos decir que el término **redes de apoyo social**, “...está conformada por el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún

tipo de apoyo o que podrían brindarlo en caso de ser necesario. Estos tipos de apoyo son el apoyo emocional, ayuda práctica, ayuda económica, la compañía y la guía o consejo”.<sup>2</sup>

Específicamente, en la vejez, la red social está dada por la presencia de los apoyos sociales, que pueden provenir tanto de vías formales (gubernamentales y no gubernamentales, instituciones), como informales (familia, amigos, vecinos y la comunidad).

De esta forma, las personas mayores entablan diferentes tipos de relaciones y establecen mecanismos, tanto a nivel afectivo como material, con la finalidad de satisfacer sus necesidades. Es importante marcar en este punto que **el papel que adquiere la persona mayor en las redes de apoyo social, no sólo es como receptor sino que juega un rol dinámico y de intercambio, en cuanto a la construcción de relaciones y provisión de apoyos.**

En este sentido, entendemos que cada uno de los participantes de la red, juega un rol determinante en el intercambio y son parte de este proceso para la construcción del entramado social. Por tal motivo, son fundamentales las redes de apoyo social a la hora de poder pensar y analizar la calidad de vida de esta población **etaria**.

## El rol de la familia

Si bien tradicionalmente el rol de la familia era considerado como el sostén principal en el cuidado y atención de las personas mayores, las transformaciones sociales de las últimas décadas han producido la disminución en la red de apoyo socio-familiar de las personas mayores.



<sup>2</sup> Claudia Arias-Corina Soliveréz, 2009.



Entre estos cambios mencionamos:

- **Cambios demográficos** que implican hoy el paso de una familia de tipo **patriarcal** en el que conviven 2 ó 3 generaciones, a otra de tipo nuclear con menos posibilidades para la atención de sus miembros. Por un lado ha disminuido la cantidad de hijos por familia, lo que provoca, no sólo la reestructuración familiar sino también la disminución en las posibilidades de atención familiar en relación al cuidado del adulto mayor.
- **Incorporación plena de la mujer al mundo del trabajo fuera del hogar** implica una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres, pero independientemente de ello, disminuye la disponibilidad de un recurso de apoyo que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado.

Frente a esta situación emergente surge la necesidad de generar y promover nuevas redes de contención social que brinden sostén a los adultos mayores.

*La figura del cuidador domiciliario se constituirá como una red de apoyo social de la persona mayor a fin de evitar su institucionalización, en pos de propiciar un entorno favorable preservando sus roles familiares y sociales.*



## Adulto mayor y vulnerabilidad social

La vejez es considerada una etapa vulnerable de la vida por múltiples razones: la identidad sufre una crisis que requerirá la búsqueda de nuevas opciones, nuevos valores y nuevos objetivos de vida. Es así que en una persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad, sus derechos y el ejercicio activo de ciudadanía se ven también vulnerados.



En este marco, se debe pensar por ejemplo en lo que significa el momento de la jubilación, en tanto se trata de un retiro no voluntario sino impuesto e inevitable. En ese momento, las redes sociales laborales, que resultaban uno de los sostenes afectivos de las personas mayores, se ven debilitadas al perder el contacto frecuente y cotidiano entre compañeros, jefes, pares. Esto implicará un esfuerzo para fortalecer los vínculos de esa red y para reconstruir un nuevo tejido en cuanto a las otras redes sociales tales como la familia, la comunidad, etc.

Por otro lado, la jubilación disminuye el ingreso en la economía doméstica, siendo a veces éste el único medio de subsistencia familiar. Este cambio en la organización económica dificulta la realización de actividades tendientes al disfrute del tiempo libre, de recreación y ocio, (por ejemplo la posibilidad de realizar actividades recreativas).

Será importante, entonces, desplegar estrategias creativas para con pocos recursos económicos generar proyectos alternativos que devenguen en satisfacción y bienestar para los mayores. En este sentido, no sólo se piensa la vulnerabilidad desde sus carencias (recursos materiales) y limitaciones, **sino también desde la falta de capacidad y organización necesarias para fortalecer sus redes sociales.**

*En una persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad, sus derechos y el ejercicio activo de ciudadanía se ven aún más vulnerados.*

En nuestro país, en los últimos años, se observa un proceso de transición que está modificando positivamente la realidad de las personas mayores, especialmente con la ampliación de la cobertura previsional producto del cambio de paradigma acerca de la vejez.

Sin embargo, si bien nos encontramos con un panorama más alentador en cuanto a la responsabilidad del Estado para abordar las problemáticas sociales de la vejez, no debemos perder de vista que el compromiso debe asumirse también desde la sociedad en general.

*Debemos “ocuparnos” más que “preocuparnos” por el bienestar de los adultos mayores en tanto, ciudadanos y sujetos de derecho.*

## Adultos mayores: hacia la construcción de un nuevo actor social

La prolongación de la vida humana es una realidad en todos los países, ricos o pobres, desarrollados o no. Esa prolongación tiene que acompañarse de algunas acciones para que todas las personas que envejecen tengan una vida digna y con posibilidades de realizarse, evitando la marginalidad y manteniendo un lugar activo en la sociedad.

**La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social.**

Se hace sumamente imprescindible, en este sentido, poder lograr desde la práctica misma un cambio de paradigma, en donde se deje de ver al adulto mayor como “desecho” (ya que no se encuentra incluido en el sistema de producción), y **se lo empiece a ver como sujeto de derechos con posibilidades y capacidades de transmitir sus conocimientos a otros.**

*Un envejecimiento con derechos, implica ser, como adultos mayores, actores sociales plenos sin perder sus atributos legales por ser viejos, o pobres, o enfermos.*

A partir del cambio de paradigma, el adulto mayor deja de estar en un rol pasivo para pasar al rol activo, protagonista, sujeto de derechos, ciudadano, partícipe de los cambios de la sociedad, en donde se valoran sus saberes y sus prácticas, poniéndolos al servicio de la comunidad.

**Esto implica no sólo integrar las redes sociales, sino reforzar la pertenencia al contexto social, tomando parte, influyendo y decidiendo.**

Dos características esenciales componen este nuevo paradigma y se hace necesario tenerlas en cuenta a la hora de pensar en políticas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: la integralidad, que implica un trabajo de unificación y articulación de recursos y la territorialidad, que se adecua a las necesidades de cada lugar.

Recuperar las capacidades instaladas en cada zona de nuestro país es uno de los objetivos esenciales. Es decir, tener en cuenta las características, diversidades culturales y particularidades de los adultos mayores de cada uno de los lugares en donde se llevan adelante las políticas.

Por último, podemos decir que:

*Si entendemos que el envejecimiento es un proceso continuo como la vida misma, entonces envejecer es una actividad a través de la cual se asume y se construye un nuevo rol con el cual el adulto mayor se integra o se reinserta en la sociedad, marcando un nuevo lugar. Ese es el desafío del siglo XXI.*





## **Autoras:**

### **Ana Paula Villanueva:**

Lic. en Trabajo Social.

Especializanda de la carrera de posgrado de Gerontología Comunitaria e Institucional. Integrante del Equipo Técnico del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

### **Constanza Fernández Salvador:**

Lic. en Trabajo Social.

Alumna del último año de Psicología Social.

Especializanda de la carrera de posgrado de Gerontología Comunitaria e Institucional. Integrante del Equipo Técnico del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

## **Bibliografía:**

Arias, C. y Soliverez, C. (2009), *Bienestar psicológico y redes sociales*, En *Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento*, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.

Aizen, R. (2003), *Temas de Gerontología Social*, Editado por la Dirección General de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

CEPAL (2003), *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Santiago de Chile, Chile.

CEPAL (2009), *El envejecimiento y las personas de edad-Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, Chile.

Ludi, M. del Carmen (2006), *Envejecer en un contexto de (des)protección social*, Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina.







## CAPÍTULO 6:



### **El cuidador domiciliario ante los diferentes escenarios familiares**





## Introducción

Los seres humanos nacemos vulnerables: necesitamos el contacto, el cuidado y el afecto de los otros (especialmente del grupo familiar), para poder sobrevivir. Sin embargo, esta aparente debilidad se constituirá en una gran fortaleza que nos permitirá tener innumerables aprendizajes a lo largo de toda la vida.

Cuidar y ser cuidados recorrerá nuestras vidas en un interjuego fundamental.

**Estas relaciones tan significativas que nos permiten satisfacer necesidades tanto materiales, instrumentales como afectivas, y que nos constituirán como personas, se llaman vínculos.**

De este modo, crecemos, aprendemos, nos constituimos como personas, porque somos seres sociales, **porque nos vinculamos.**

Así, a los vínculos familiares se irán agregando, a medida que crecemos, otros que también serán importantes: amigos, profesionales, compañeros, novios, esposos, nietos, etc.

*El vínculo implica la presencia y el reconocimiento del otro como alguien diferente y diferenciado.*

El cuidador domiciliario se va a constituir en un vínculo de suma importancia para el adulto mayor y su entorno, ya que llega en un particular momento de la vida y de la historia de ese grupo familiar. Es decir, el cuidador domiciliario se incorporará a distintos escenarios, a distintos contextos familiares.

Por este motivo, es importante que maneje elementos teóricos acerca de las particularidades de las familias para realizar su labor de la mejor manera.

Lo primero que debemos tener presente, es recordar que **el cuidador domiciliario no es un integrante del grupo familiar**, tratará siempre de acompañar, de incluir, de acercar, pero **nunca de sustituir a la familia**.

Más allá del compromiso profesional y emocional con el adulto mayor asistido, es importante recordar esta consigna, ya que, como veremos más adelante, hay determinados tipos de familia que ejercen una fuerte atracción y depositan en la figura del cuidador un exceso de responsabilidad, mientras que en otros casos, es el cuidador quien se siente atraído por esta cercanía con las cuestiones familiares y por ocupar “casi el rol de hija, de nieta etc.”

*Será una tarea muy importante del cuidador domiciliario la construcción de una distancia óptima que facilite el desempeño de su rol.*

## El grupo familiar

La familia es una institución universal de la cultura que ha resistido el paso del tiempo. Sin embargo, sus formas varían, tanto desde una perspectiva histórica como geográfica, cultural, económica: no es lo mismo una familia rural, que una familia urbana, una familia toba que una familia criolla.

Es importante tener en cuenta y ser respetuosos de esta diversidad, tanto a nivel individual como de los grupos familiares. La familia es transmisora de normas, de valores, de pautas, de sistemas de representación.

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



Recordemos también que una familia desinformada o alejada se convierte siempre en una usina de angustia o de desconfianza.

El cuidador domiciliario no deberá juzgar a la familia ni hacer alianzas, a excepción de que exista sospecha de abuso o malos tratos, lo que requerirá la urgente derivación a profesionales expertos en la temática.

## **El grupo familiar ante la necesidad de ayuda de un cuidador domiciliario**

La familia, en el momento que solicita la ayuda del cuidador, atraviesa un momento especial. Algunas de las vivencias por las que puede atravesar la familia son señaladas por el autor Claudio García Pintos:

- Se sienten rebasados por la responsabilidad.
- Se sienten desvalidos en la tarea de cuidados, sin recursos (tanto materiales, instrumentales o de conocimientos).
- Sienten soledad para enfrentar la crisis de envejecimiento de sus padres.
- Se sienten culpables por sentir circunstancialmente fastidio ante los padres.
- Están enojados con algún otro miembro de la familia que no asume la cuota de responsabilidad y compromiso que le corresponde.
- Están necesitados de continencia afectiva (quieren que los comprendan, justifiquen, que les den una solución).
- Necesitan información y asesoramiento.
- Están deprimidos y angustiados por el propio envejecimiento y el de sus mayores.

## Tipología de escenarios familiares

Si bien las vivencias señaladas en el punto anterior pueden aparecer en cualquier familia, describiremos brevemente algunos tipos de familias con los que se puede encontrar el cuidador domiciliario, que responderán de manera distinta ante la incorporación de su presencia:



- 1. Familias epileptoides**
- 2. Familias esquizoides**
- 3. Familias hipocondríacas**
- 4. Soluciones o respuestas adaptadas**

### *1. Familias epileptoides*

Son familias “unidas”, con vínculos “pegoteados”, sin autonomía, con roles fijos. Los duelos son largos. Sus miembros tienden a conductas de sobreprotección.

Este tipo de familia puede entrar en una etapa de desorganización y fuerte movilización afectiva. Los familiares pueden competir con el cuidador. Tal vez el adulto mayor no quiera recibir ayuda, ya que son familias que se resisten a cambios.



## 2. Familias esquizoides

Son familias “desunidas”, con afectividad y comunicación pobre. Tienen al abandono y existe gran distancia emocional entre sus miembros.

Estas familias suelen depositar en la figura del cuidador un exceso de responsabilidad, y tienen una historia de autonomía precoz, de desafectación.

## 3. Familias hipocondríacas

Son familias en las que la enfermedad y la muerte ocupan un argumento central en la manera de relacionarse.

Suelen realizar demandas al cuidador domiciliario relacionadas sólo con el cuidado físico de la persona. En estos casos se debe estar atento ante riesgos relacionadas con la automedicación.



## 4. Soluciones o respuestas adaptadas

Se trata de familias con roles diferenciados, con buena capacidad de identificación, con sentimiento de pertenencia familiar, con roles flexibles, capacidad de escucha y de aprendizaje, que dan respuestas adaptadas a la nueva situación.

En estos casos el cuidador domiciliario tiene espacio para el ejercicio de su rol, acompañando y nunca supliendo a la familia.

En general, los grupos familiares no existen en estado puro. Alternan diferentes estrategias y maneras de relacionarse.

*Es importante señalar que el adulto mayor comparte estas ideologías familiares ya que forma parte de su entramado.*

## Otras particularidades para tener en cuenta

Pueden existir también situaciones particulares que se deberán tener en cuenta:

- **Respuesta del cónyuge o de otro miembro de la familia.** En los casos de parejas que conviven, ante el proceso de fragilización de uno de ellos pueden darse dos respuestas posibles: que sea de afecto y reparación, o de fastidio y hostilidad.



Si el vínculo entre la pareja fue muy intenso y tendieron a vivir replegados, el deterioro de uno de los miembros puede desembocar en “deterioro en cadena” del otro cónyuge. Lo mismo puede suceder cuando conviven hermanos solteros, viudos sin hijos que desarrollan vínculos de gran dependencia recíproca.

- **Diferencia de edad entre los cónyuges.** La diferencia de edad, negada en etapas previas, puede generar angustia y confusión ante la irrupción de un proceso de deterioro. Pueden así producirse actitudes negadoras y de suma exigencia para con el adulto mayor.

- **Nuevas configuraciones familiares.** La familia postmoderna del Siglo XXI. Así como hablamos del proceso de envejecimiento a nivel individual, también las familias se han envejecido. Se las llama “familias verticalizadas” y tienen la particularidad de coexistir muchas generaciones de pocos miembros.

Los hijos de los adultos mayores suelen ser también adultos mayores, aparece con mayor frecuencia el rol del bisabuelo.

Observamos además el pasaje de la **familia extensa** a la **familia nuclear**, y la aparición de **familias “ensambladas”**.

Cada adulto mayor es un ser único y su grupo familiar constituye un entramado de relaciones y estilos de comunicación particular, que adquieren sentido y significación en esa historia compartida. Cada familia tiene secretos familiares, zonas oscuras, de silencio.

*La mirada del cuidador debe siempre estar basada en el respeto y en la diversidad, tanto étnica como religiosa. En tal sentido, debe evitar tomar partido en disputas familiares, y no hacer alianzas, ya que sin querer puede profundizar el conflicto, perpetuar mitos y cerrar canales de comunicación y diálogo.*

## 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 para influir, de alguna manera, en el comportamiento de los demás.

Será importante tener presente que

- Siempre nos comunicamos, aún en los silencios.
- No sólo comunica la palabra, también nuestro cuerpo, nuestros gestos.

En la práctica cotidiana el cuidador domiciliario tratará de evitar malentendidos en la comunicación. A tal fin, será importante **no suponer, siempre preguntar o re-preguntar.**

En algunas situaciones cobrará importancia la comunicación escrita (es un muy buen instrumento la “propuesta de prestación” incorporado al Cuadernillo del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios donde se explicitan y acuerdan las tareas que serán llevadas adelante y que puede evitar conflictos futuros).

Es muy importante desarrollar empatía con el adulto mayor, es decir “estar en sus zapatos”. Comprender su conducta y la del grupo familiar sin que esto signifique aprobación.

Para finalizar, sería importante tener en cuenta que los adultos mayores, disfrutan relatarse, contar anécdotas, vivencias.

*Escucharlos cuando narran sus recuerdos y experiencias permite aprender, valorarlos, saber más de ellos y establecer un vínculo inter generacional de cercanía y disfrute.*

## **Autora:**

### **Norma Torrecilla:**

Lic. en Trabajo Social, Psicóloga Social.

Integrante Equipo Técnico Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Especializanda de la carrera de Posgrado Gerontología Comunitaria e Institucional.

## **Bibliografía:**

Acrich de Gutman, Luisa, *Consideraciones sobre familia y envejecimiento*, Material de Cátedra, Carrera de Especialización en Gerontología Institucional y Comunitaria, Argentina.

P. de Quiroga, Ana (1986), *Enfoques y perspectivas en Psicología Social*, Cap. *El grupo familiar, unidad de análisis de la configuración de la conducta normal o patológica*, pp.109, Cap. *Aproximación a un modelo de análisis del grupo familiar*, pp. 119, Cap. *Grupos étnicos y conflicto familiar*, pp.147, Ediciones Cinco.

Herr, Jonh y Weakland, John (1979), *Terapia Interaccional y Tercera Edad*, Nadir Editores, Buenos Aires, Argentina.

Satir, Virginia (1978), *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*, Editorial Pax-México.

Pecheny, Jaime (1976), *Conducta del grupo familiar frente al miembro anciano enfermo*, Ponencia presentada en el 1º Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria, Buenos Aires, Argentina.

García Pintos, Claudio (2004), *La familia del anciano también necesita sentido*, Material de Cátedra Carrera de Gerontología, Buenos Aires, Argentina.

Watzlawick, Paul; Helmick Beavin, Janet y Jackson, Don D. (1967), *Teoría de la Comunicación humana*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Argentina.





# CAPÍTULO 7:



## Las personas mayores y los prejuicios sociales







## Introducción

*¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio.*  
**Albert Einstein**

En primer término, es importante aclarar que un “prejuicio” es un **juicio u opinión sobre algo, antes de tener verdadero conocimiento de ello, es decir, sin contar con información suficiente.**

Los prejuicios hacen que quien los porta vea algo de una manera particular, más allá que los hechos muestren lo contrario.

En general, el conjunto de ideas contenidas en un prejuicio se basan en la ignorancia, tanto por falta de conocimiento como por el conjunto de ideas falsas respecto de algo; estas últimas, son irracionales, por lo tanto, difíciles de superar.

## Los prejuicios son construidos socialmente

Si bien no existe un consenso acerca del origen de los prejuicios, sí hay acuerdo en que los mismos son una construcción social. Es decir que no son innatos, sino que **se van adquiriendo durante la vida, conforme un contexto cultural, político y social determinados, en un tiempo y lugar precisos.**



En tanto es una construcción social, **un prejuicio es posible de ser modificado;** y, puesto que se basa en la ignorancia, “desandararlo” será más sencillo si indagamos

y buscamos información sobre lo que dice: esto alimentará el proceso de conocimiento, acercándonos a la verdad. Hay que indagar entonces en la construcción social de la idea de vejez, para entender las ideas y los prejuicios que le dan forma.

Todos los prejuicios pueden ser modificados.

*Si bien el envejecimiento es un proceso universal que atravesamos todos los individuos, la imagen social de la vejez es fuente de innumerables prejuicios.*

En las últimas décadas, en las sociedades de occidente se ha dado una transición acerca de lo que significa ser “viejo”, pasando, de un modelo en el cual los mayores referían al saber, la memoria y la experiencia, a uno en el cual quedan invisibilizados tras el modelo de la vitalidad de los jóvenes y de la estética corporal.

Antiguamente, los mayores eran aureolados por el privilegio sobrenatural que les concedía la longevidad, entendida como fuente de respeto, casi asociada a lo sagrado. En las sociedades modernas centradas en el trabajo y en los valores de la juventud, los atributos del adulto mayor quedan devaluados, atravesados por el medio social y las normas predominantes.

El autor argentino Leopoldo Salvarezza introduce el concepto de **“viejismo”** para hacer referencia a **toda conducta social utilizada para devaluar, conciente o inconscientemente, el estatus social de las personas de edad**, y que incluye todos aquellos prejuicios y discriminaciones que se aplican a las personas mayores sólo en función de su edad cronológica.

Los medios masivos de comunicación, en todas sus formas, desde la televisión hasta la radio, los diarios, las publicidades, la música, entre otros contribuyen fuertemente a la construcción social de la imagen de la vejez.

Muchos académicos alertan respecto de la apropiación del contenido que se emite desde los distintos medios de comunicación como formadores de cultura y de representaciones sociales, lo cual actúa, de alguna manera, como guía social. Así, los prejuicios referidos a la condición de edad en los adultos mayores, se refuerzan e influyen en la percepción de la audiencia. Recordemos el personaje de “Mamá Cora”, que representaba una imagen caricaturesca del envejecimiento considerado senil.

*Los medios de comunicación son formadores de cultura y representaciones sociales, por lo tanto, pueden contribuir a la instalación de prejuicios.*

Otro ejemplo que suele repetirse en los medios televisivos resulta de presentar las noticias referidas a un hecho que involucra un adulto mayor nombrándolo como “abuelo” (“abuelo asaltado”, “abuelos en situación de calle”, etc.).

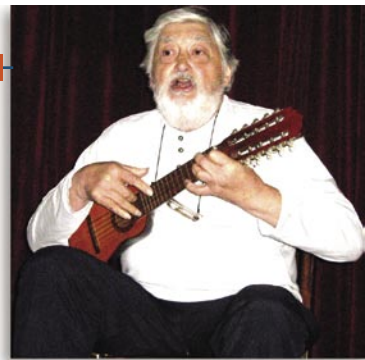
## Tipos de prejuicios

Los prejuicios no son necesariamente negativos. Pueden estar cargados de contenidos o sentimientos tanto desfavorables como favorables.

*Por ejemplo:*

Si pensamos que la vejez es sinónimo de pasividad o decrepitud, estamos frente a un **prejuicio negativo**; si, por el contrario, estamos convencidos que una persona de edad, por el sólo hecho de serlo, es buena y digna de veneración, estamos frente a un **prejuicio positivo**.

Desde otro punto de vista, los prejuicios pueden ser **explícitos** o **implícitos**.



Es decir, que pueden ser puestos en evidencia con palabras: “ya estoy viejo para decidir” (**prejuicio explícito**), o sin utilizar palabras, cuando funciona sin advertencia conciente o intención, (**prejuicio implícito**). Sería por ejemplo el caso de ocultar el fallecimiento de alguien cercano al adulto mayor bajo el supuesto que “no debe sufrir”.

## Prejuicios habituales acerca de la vejez

PREJUICIO	RECOMENDACIÓN
<b>La vejez como etapa de pasividad:</b> <i>los adultos mayores ya están viejos para trabajar, cansados para participar, no están interesados en nuevas actividades, ni por el entorno, a los adultos mayores les gusta vivir aislados, buscan el reposo y la soledad, la espera pasiva del final, etc.</i>	No caer en la generalidad de considerar a todo adulto mayor, por su sola condición de edad, como pasivo. Al momento de vincularnos con ellos será necesario indagar sus intereses, deseos y necesidades teniendo siempre presente que, como cada uno de nosotros, <b>los adultos mayores son sujetos de derecho.</b>

PREJUICIO	RECOMENDACIÓN
<b>La vejez como sinónimo de enfermedad:</b> <i>todas las enfermedades que aparecen en esta etapa son crónicas, la mayor parte de las personas de edad vive institucionalizada, todos los problemas del adulto mayor son orgánicos, etc.</i>	Es importante empezar a comprender que los individuos atraviesan durante toda la vida prevalencia de determinadas enfermedades, predisposición que dependerá de las condiciones individuales de cada uno para padecerlas y, además, del grupo <b>etario</b> que represente, en determinado momento.

Este prejuicio suele estar reforzado por la mirada biológica del envejecimiento de los profesionales de la salud, basada en la enfermedad. Y con relación a la institucionalización de los mayores, es importante conocer que, según el Censo 2001, en Argentina sólo el 1,5 % de la población mayor se encuentra institucionalizada.

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>Descalificación intelectual del adulto mayor:</b> <i>las personas de edad no pueden aportar nada útil, son todos seniles, no pueden decidir por sí solos, pierden las cosas, no son responsables, a esta altura... ¿Qué pueden aprender?</i></p>	<p>Si se parte desde esta concepción limitamos y condicionamos sus posibilidades de elegir libremente, desconociendo y/o descalificando sus intereses y necesidades. <b>La capacidad de aprender no está condicionada por la edad.</b></p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>Los adultos mayores como objeto de cuidado:</b> <i>son considerados como sujetos añejados, es decir tratados como niños.</i></p>	<p>Desde este prejuicio se invisibilizan los intereses de los mayores y se cae en actitudes sobreprotectoras. Comprenderlos como “<b>sujetos de cuidado</b>” implicará tener en cuenta la historia de vida de cada persona de modo particular, atendiendo más eficientemente sus necesidades y deseos.</p>

Pensando en un **Sistema Progresivo de Atención**, será de gran relevancia el rol del cuidador domiciliario para evitar o demorar la institucionalización de los adultos mayores. Por otra parte, hay que tener presente que, muchas veces son los adultos mayores quienes colaboran, por ejemplo, en el cuidado de sus nietos o frente a la presencia de enfermedad en algún miembro de la familia.

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>Adulto mayor sinónimo de abuelo:</b> se etiqueta como “abuelos” a todas las personas de edad, adjudicándoles este único posible rol.</p>	<p>Aún cuando un adulto mayor tenga nietos, ¿por qué llamarlo “abuelo” si no es nuestro abuelo? Será importante <b>llamar a los mayores por su nombre, o indagar cómo prefieren ser llamados.</b></p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>Los adultos mayores como asexuados:</b> con la menopausia se termina la vida sexual de la mujer, el climaterio indica el comienzo de la vejez, los adultos mayores ya no tienen deseo, son impotentes o considerados perversos -“viejo verde”, “vieja indigna”, etc.</p>	<p>En principio hay que diferenciar la genitalidad de la sexualidad, entendiendo que en esta etapa de la vida, esta última adquirirá mayor fuerza y una nueva lógica en el deseo. Se irán buscando nuevas estrategias para ser sexualmente activo, promoviendo la creatividad en los encuentros sexuales. <b>Debemos entender que la sexualidad nos acompaña durante toda la vida y que es parte de nuestra naturaleza.</b></p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>Todos los adultos mayores tienen mal carácter:</b> “vieja bruja”, “viejo cascarrabias”.</p>	<p>La generalización acerca del mal carácter de los mayores provoca distancia al momento de relacionarnos. <b>El carácter de toda persona, sin importar la edad, se va construyendo durante toda la vida</b> conforme la personalidad e historia propia.</p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>La vejez como etapa de incapacidad:</b>  <i>incapaces para enamorarse, para aprender, para crear,...</i></p>	<p>Considerar al adulto mayor con capacidad para desenvolverse en su vida y en sus relaciones permitirá seguir construyendo una sociedad que apunte a la inclusión de todos sus miembros y favorecerá la participación activa de los mayores en la vida de la comunidad.</p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>“Todos los adultos mayores son tacaños”.</b></p>	<p>Que un adulto mayor sea tacaño dependerá de sus características de personalidad y de su historia de vida, pero no de su condición de edad.</p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
<p><b>“Todo tiempo pasado fue mejor”.</b></p>	<p>Esta concepción enquistada en el pasado limita la posibilidad de crear proyectos futuros; en oposición se encuentra quien piensa lo pasado placenteramente, y en función de legado para ser transmitido a otras generaciones.</p>

PREJUICIO	REFLEXIÓN
“Ya no queda tiempo para nuevos proyectos”.	Es importante recordar que la muerte es un hecho natural que puede presentarse durante el desarrollo de toda la vida, ser protagonista de nuestra historia ayuda a desterrar este prejuicio.

La imagen social del envejecimiento, en general derivada de estos prejuicios negativos, influye fuertemente en la vida cotidiana de las personas, en cómo las generaciones se van preparando para vivir esa etapa de la vida y, obviamente, en el modo con que los mayores desarrollan su vida, se relacionan con otros y enfrentan al mundo.

Los prejuicios referidos a la vejez condicionan y limitan nuestra mirada acerca de las personas de edad y, por tanto, nuestra manera particular de relacionarnos con ellas. 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”,...

## Reflexionemos ¿cuál es la imagen que debemos devolverle a los mayores?

Para comenzar a desterrar estos prejuicios, hay que tener presente, en primer lugar, que el proceso de envejecimiento no es único ni idéntico, sino que varía de persona a persona.

Además, en tanto envejecemos desde el día que nacemos, será importante **empezar a pensarnos viejos a nosotros mismos**, entendiendo que la vejez no es un



hecho aislado, distante, que está en el futuro, sino que la llevamos dentro y nos acompaña en el presente.

**Hay tantos modos de envejecer como personas de edad.**

Todos fuimos niños, luego adolescentes y adultos, esto nos permite comprender con mayor facilidad situaciones referidas a esos grupos **etarios**.

Pero como no hemos llegado a viejos, la brecha que nos separa de las personas de edad resulta difícil de salvar si no realizamos un trabajo anticipado de pensarnos futuros viejos, el cual además nos permitirá llegar a nuestro propio envejecimiento sin prejuicios.

El desafío que debe asumir un cuidador domiciliario comprometido con su rol, será reflexionar internamente su imagen construida de la vejez como primera herramienta en pos de derribar prejuicios arraigados relacionados con la edad y facilitar el vínculo con el adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

*En la actualidad atravesamos un tiempo de transición donde se va instalando una nueva imagen de la vejez, en la búsqueda de una sociedad para todas las edades, con adultos mayores protagonistas que de a poco van desenterrando, o por lo menos cuestionando, estos prejuicios, procurando una mayor participación e inclusión social.*



## **Autoras:**

### **Mariana Nadal:**

Licenciada en Trabajo Social.

Especialista en Cuidados Paliativos.

Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Públicas.

Especializanda de la carrera de Posgrado Gerontología Comunitaria e Institucional

Integrante del Equipo Técnico del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

### **Anabella Rodríguez Parodi:**

Licenciada en Gerontología.

Especialista en Psicogerontología.

Especializanda de la carrera de Posgrado Gerontología Comunitaria e Institucional

Integrante del Equipo Técnico del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

## **Bibliografía:**

Knopoff, R y Zarebski, G. (2000), *Viejos nuevos – Nuevos viejos*, Ed. Generaciones, Buenos Aires, Argentina.

Rose, Arnold (1960), *El origen de los prejuicios*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Sánchez Salgado, C. D. (2000), *Gerontología Social*, Ed. Espacios, Buenos Aires, Argentina.

Salvarezza, L. (2002), *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*, Cap. I; *Viejismos. Los prejuicios contra la vejez*, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Zarebski, G. (1999), *Hacia un buen envejecer*, Emecé Editores, Buenos Aires, Argentina.

Zarebski, G. (2008), *Padre de mis hijos, ¿padre de mis padres?*, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.



# CAPÍTULO 8:



## Psicología de la vejez





# Introducción

Este capítulo está dedicado a exponer los criterios centrales para la práctica y el desarrollo profesional de los cuidadores domiciliarios desde el punto de vista de la psicología de la vejez. La psicología es una de las bases de la gerontología, ya que nos permite comprender una serie de cambios que se producen en la persona que envejece.

En efecto, discernir la complejidad de aspectos que intervienen en la psicología del adulto mayor, supone pensar en el desarrollo personal y en los cambios físicos y sociales que determinan esta etapa vital, en donde coexisten transformaciones positivas y negativas, crecimientos y pérdidas, aspectos saludables y patológicos.

En el recorte que realizamos para este capítulo remarcamos muchos aspectos conflictivos de la vida psíquica en la vejez, ya que las demandas de cuidado suelen aparecer más en los momentos de mayor dependencia y necesidad.

Sin embargo, resulta importante tener en cuenta que la vida psíquica de un adulto mayor puede ser tan rica como la de una persona joven, y es por ello que debemos recordar que tener objetivos, disfrutes y sueños no sólo es posible, sino necesario a lo largo de toda la vida.

Esperamos que a partir de estos conocimientos, a los cuidadores les sea más sencillo enfrentar la complejidad de cada situación que pueda presentar la persona que esté a su cuidado.



## El enfoque del Ciclo Vital

Para dar comienzo a este capítulo presentaremos algunos ejes que permiten conceptualizar la Psicología del Envejecimiento a partir del **Enfoque del Ciclo Vital**.

Estos ejes son:



- **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.**

Los explicamos a continuación:

### **1. El envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva**

El envejecer es una realidad propia de cualquier forma de vida, aunque su complejidad varía según las especies y los individuos, y en el caso de los seres humanos, también varía según las culturas y etapas históricas.

De allí que haya tantas formas de envejecer como de individuos.

En los seres humanos además, la *variabilidad interindividual* (las diferencias entre individuos) aumenta a medida que envejecen, tanto por razones genéticas como del ambiente.

## 2. Reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento

Este eje se refiere a la necesidad de darle nuevos significados al desarrollo y al envejecimiento, no sólo desde sus aspectos biológicos sino también culturales. Esos nuevos significados superan las anteriores concepciones estáticas, limitantes y *unidimensionales* (que contemplan sólo una dimensión) sobre estos procesos.

En concordancia con esto, tanto el desarrollo como el envejecimiento han de entenderse como procesos simultáneos y permanentes durante toda la vida, en los cuales se conjugan ganancias y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones.

## 3. Irrelevancia de la edad cronológica

La edad cronológica tiene una importancia relativa como factor causal, explicativo, descriptivo u organizativo de la vida humana, **ya que es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo y las variables socioculturales que determinan que se debería hacer en cada etapa.**

*Es menos importante el tiempo que pasa que lo que ocurre durante ese tiempo.*

En la actualidad se le resta importancia a las clasificaciones y a los mandatos culturales o biológicos que ordenan la vida según una edad o un sexo específico.

#### **4. Revisión del modelo deficitario y de estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez**

Los problemas relacionados con la vejez no empiezan en una edad o una época determinada, sino cuando se comienza a etiquetar a las personas como “ya está demasiado grande”, o como “ese pobre viejito”, entre otras expresiones que van desde el menosprecio hasta la lástima. Estas etiquetas forman parte de un modelo de pensamiento que pone énfasis en los eventuales déficits de los adultos mayores, por eso se le llama modelo *deficitario*.

El modelo deficitario promueve profecías auto cumplidoras, ya que las expectativas de los otros influyen en el concepto que cada persona tenga de sí misma: si todos esperan que yo me comporte como un desvalido, es muy probable que me convierta en una persona dependiente.

*El modelo deficitario es erróneo desde el punto de vista científico, y nocivo para el adulto mayor.*

Además, solemos comportarnos en las situaciones y con las personas de acuerdo con la imagen que tengamos de las mismas; cuando esa imagen está comúnmente aceptada por la sociedad, y se ha transformado en una generalización que no se cuestiona, hablamos de un *estereotipo*.

Existen fundamentos científicos que refutan el modelo deficitario y las generalizaciones injustificadas, así como sugieren la necesidad de revisar la imagen que tenemos de la vejez y de las personas ancianas.

#### **5. Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad**

Desde este enfoque del ciclo vital, en una u otra forma se considera como rasgos característicos del curso de la existencia humana la multidimensionalidad, la multidireccionalidad, la plasticidad y la discontinuidad.

*¿Qué quieren decir estas palabras?*



La *multidimensionalidad* alude a que muy diferentes factores y sistemas se conjugan en cada tramo de la vida humana, no hay una sola dimensión que determine las vicisitudes de la existencia. Siempre van a estar presentes múltiples dimensiones: lo biológico, lo cultural, lo social, las experiencias personales, las relaciones familiares, etc.

La *multidireccionalidad* hace referencia a que dichos factores interactúan en disímiles direcciones en la construcción de la vida de cada persona. Por ejemplo, podría haber un crecimiento a nivel personal o psicológico, y al mismo tiempo el cuerpo perder capacidades.

Y a la vez, cada vida individual implica, al mismo tiempo, *plasticidad*, es decir la capacidad de adaptarse, en procesos de *continuidad* y *discontinuidad*: algunos aspectos se mantienen, a la vez que otros desaparecen y surgen nuevos.

## 6. Modelo SOC (Selectividad, optimización y compensación)

A medida que vivimos, resulta fundamental optimizar la utilización de los bienes disponibles, sabiéndolos limitados (el tiempo, los recursos de la naturaleza, y los recursos personales: habilidades y capacidades, relaciones, entre otros).

Teniendo en cuenta la perspectiva de una psicología positiva, el ciclo de la vida implica no sólo multidimensionalidad y multidireccionalidad, como mencionamos anteriormente, sino también Selectividad, Optimización, y Compensación (SOC).

**A medida que vivimos, debemos optimizar la utilización de los recursos disponibles.**

- La *selectividad* equivale a darse cuenta de oportunidades y restricciones específicas en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social e individual), y actuar en consecuencia, bien sea diseñando en forma intencional metas alcanzables (selección centrada en las ganancias), o cambiando metas y acomodándose a pautas distintas (selección centrada en las pérdidas).

- La *optimización* significa identificar procesos generales involucrados en la adquisición, la aplicación y el refinamiento de medios para el logro de metas relevantes.
- La *compensación* se refiere a la posibilidad de regular las pérdidas en los medios (capacidades o recursos), diseñando alternativas para superar dichas pérdidas sin necesidad de cambiar las metas.

Veamos un ejemplo de aplicación del SOC:

En una entrevista televisiva, un periodista le preguntó al famoso pianista Arturo Rubinstein cómo hacía para vencer a la edad y seguir siendo el concertista de piano N° 1 a los 90 años. Ésta fue su respuesta:

“En primer lugar, de todo el repertorio musical he elegido las piezas que más me gustan y con las que me siento más cómodo”. (Selección).

“En segundo lugar, practico todos los días las mismas horas, pero como ensayo menos piezas, dedico más tiempo a cada una”. (Optimización).

“Por último, cuando tengo que interpretar movimientos que requieren de más velocidad en mis dedos de la que puedo conseguir, hago más lentos los movimientos previos a los más rápidos para dar sensación de mayor velocidad en éstos.” (Compensación).

En todas las épocas de la vida, incluyendo, por supuesto, la vejez, todo lo expuesto es posible, ya que el “sí mismo” puede continuar siendo un poderoso sistema de afrontamiento de las adversidades y de mantenimiento de la integridad psicológica.

## **7. Importancia del contexto y de la historia**

Dado que las trayectorias vitales son cada vez más atípicas, los modelos teóricos que consideran el contexto (grupo generacional, clase social, género, condiciones de vida), son más apropiados para estudiar el recorrido de las etapas vitales.

De allí la conveniencia de analizar la influencia que tienen en la vida de distintas generaciones las variables históricas y sociales, que son componentes de ese contexto.

*Además de las experiencias personales, las variables históricas y sociales también influyen en el ciclo vital.*

Así entonces, se consideran tres conjuntos de factores o influencias que inciden en el curso del ciclo vital:

- Expectativas sociales relacionadas con la edad,
- influencias históricas,
- y acontecimientos personales únicos.

A los dos primeros tipos de influencias se les considera normativas, en el sentido que **inciden en la conformación de una identidad social**, en términos de pertenencia a una sociedad.

Al tercer tipo de influencias se las considera por el contrario no normativas, ya que son de carácter individual, e inciden igualmente en el ciclo vital de las personas. **Todas estas influencias interactúan entre sí, tienen efectos acumulativos y pueden variar con el tiempo.**

### RECORDEMOS:

- Hay tantas formas de envejecer como de individuos que envejecen.
- Tanto el desarrollo como el envejecimiento son procesos simultáneos y permanentes durante toda la vida.
- Es menos importante el tiempo que pasa que lo que ocurre durante ese tiempo, y las variables socioculturales que determinan lo que se debería hacer en cada etapa.

- La interpretación del envejecimiento a partir de los déficits es incorrecta y perjudicial.
- Es importante que revisemos la imagen que tenemos de la vejez y de las personas ancianas, evitando los estereotipos.
- La existencia humana se caracteriza por la multidimensionalidad, la multidireccionalidad, la plasticidad y la discontinuidad.
- El modelo **SOC** es una forma de adaptarse positivamente a la vejez, mediante la selectividad, la optimización y la compensación en el uso de recursos y capacidades.
- Las influencias históricas y las expectativas sociales influyen en la vida de las personas porque constituyen una identidad social, y se conjugan con los acontecimientos personales propios.

## La sexualidad

Psicológicamente, la sexualidad ha sido definida como el conjunto de impulsos, conductas, emociones, y sensaciones que están relacionados con el uso y disfrute de las diversas partes erógenas de nuestro cuerpo, es decir de mayor sensibilidad, como los genitales, los pechos, u otras.



Quando se habla de impulsos, se refiere a la energía existente en los seres humanos que los lleva a la búsqueda del placer y a la búsqueda de personas u objetos que le proporcionen ese placer.

Si bien la estimulación de los genitales suele ser la zona que proporciona el mayor placer, no es la única fuente de placer corporal: **cualquier parte del cuerpo puede llegar a ser fuente de placer o excitación sexual.**

*La sexualidad se expresa durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.*

De esta manera se explica que la satisfacción genital es una parte importante de la vida sexual, pero está muy lejos de ser la única. Los individuos que soportan una disminución o desaparición de sus funciones genitales no se transforman por ello en asexuados, realizan su sexualidad a pesar de sus limitaciones.

La expresión sexual incluye el humor, el guiño de ojos, la mejor postura, los matices de la conversación, y un estado emocional positivo.

La sexualidad no tiene límite de edad para su expresión. Desde el nacimiento hasta la muerte acompaña al ser humano y, por supuesto, está presente durante la vejez.

## ***Los cuidadores ante la sexualidad de los adultos mayores***

Los prejuicios<sup>1</sup> existentes en nuestra cultura hacia los adultos mayores producen una distorsión de la imagen que tenemos sobre su vida sexual. Aunque es algo que viene mejorando en los últimos años, sigue siendo mal vista la expresión de su sexualidad.

El contacto con la intimidad y la sexualidad de los mayores es fuertemente prohibido y directamente negado por estas pautas culturales. Por más que sepamos que las tareas de cuidado son necesarias también en este aspecto de la vida, esos prejuicios mantienen su fuerza.

*El amor y la sexualidad pueden brindar un fuerte sentido de sí y de valoración personal, y proteger contra la ansiedad, por el placer que da ser tocado y querido.*

<sup>1</sup> Ver capítulo sobre Prejuicios.

Existe la posibilidad de que otros integrantes del equipo de salud, o entre quienes brindan otras clases de apoyo dentro de la red social de los adultos mayores, traten de evitar el tema o lo ignoren, como si no tuviera que ver con la tarea que les toca llevar adelante.

Para los cuidadores en cambio, sean formales o informales, el contacto con estos aspectos de los adultos mayores en su trabajo de todos los días hace que sea imposible dejarlo de lado.

## ***Cómo actuar ante la manifestación 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.

## ***¿Cómo se piensa en la actualidad acerca del sexo en la vejez?***

Los investigadores consideran que el amor y la sexualidad pueden representar la oportunidad de expresar pasión, afecto o admiración; que pueden ser una afirmación del propio cuerpo como lugar de goce, y brindar un fuerte sentido de sí y de valoración personal. También sería una protección contra la ansiedad, por el placer que brinda ser tocado, mimado, querido.

En síntesis, el amor y la sexualidad constituyen una afirmación de la vida.

### ***Conclusiones***

Algunas de las conclusiones a las que han llegado profesionales abocadas a la temática de la sexualidad en el envejecimiento son las siguientes:

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

### ***Enfermedades y sexualidad***

Existen patologías que pueden limitar directa o indirectamente la sexualidad de las personas: cualquier deterioro agudo o crónico que se manifieste en lo físico, (con debilidad, dolor o limitaciones de la movilidad), y/o en lo mental, puede reducir o inhibir el deseo sexual.

La enfermedad puede provocar un retiro temporario de los goces, pero una vez

terminada suele reaparecer el deseo; el tiempo que implique el retorno del deseo está en directa relación con el lugar que lo erótico ocupe para el sujeto.

Algunas patologías y su relación con el deseo sexual:

- **Ataques cardíacos, y el temor a la “muerte por orgasmo”:** se recomienda una pausa de 8 a 14 semanas para reiniciar la actividad sexual, el ejercicio físico, y posiciones menos desgastantes.
- **Hipertensión arterial:** tener sexo con una hipertensión promedio o moderada no conlleva ningún riesgo.
- **Diabetes:** en la mayor parte de los casos de diabetes no hay ni problemas de erección ni de deseo sexual.
- **Enfermedad de Parkinson:** influye en la sexualidad porque suele producir depresión, problemas de potencia en los hombres y falta de interés en ambos sexos. En etapas avanzadas de la enfermedad con compromiso orgánico puede verse afectada la erección.
- **Artritis reumatoidea:** en algunas de sus formas puede causar dolor durante la actividad sexual pero no afecta a los órganos directamente involucrados.
- **Demencias:** afectan a la sexualidad de maneras diferentes. Los pacientes con estas patologías pueden presentar conductas que pueden verse como “inapropiadas” porque rompen con los códigos morales de la sociedad: presentarse desnudos, masturbarse públicamente o tener conductas de desinhibición sexual.

Por otro lado, la confusión, la agitación y la angustia que sienten por sentirse perdidos o sin control de su realidad, los llevan a demandas de afecto que pueden ser vistas como sexuales o inappropriate. Al aferrarse a los otros, besarlos o masturbarse, buscan volver más familiar y conocido su contexto, es decir buscan seguridad y sentido. En estos pacientes el acto sexual produce un efecto tranquilizante y refuerza la autoestima.



## Ejercicio práctico

Lea atentamente los siguientes casos, discuta grupalmente en clase con la guía del docente e indique cuáles son las actitudes recomendables y no recomendables.

- 1- La cuidadora va a cambiarle el pañal al Sr. X que se encuentra postrado. En el momento observa que el Sr. X ya se había retirado el pañal y se encontraba en un estado de excitación, situación que se venía reiterando las últimas dos semanas.
- 2- La Sra. G es autoválida y tiene una cuidadora que desde hace dos meses la ayuda en el preparado de la comida. La señora G es capaz de realizar su higiene personal con autonomía pero insiste en la necesidad de la cuidadora en el baño con quien pactó que, si le realiza masajes con el duchador en la espalda y luego baja hacia la zona genital, termina antes su jornada laboral.
- 3- La cuidadora de la Sra. M estaba preocupada por los gemidos que escuchaba mientras ésta se encontraba en el baño, ante el temor que le sucediera algo “grave” decide abrir la puerta del baño, donde encuentra a la Sra. M en una escena masturbatoria a lo que la cuidadora reaccionó diciéndole: “¿Qué hace?! ¡Le parece bonito estar haciendo eso a su edad!”.

## Cambios cognitivos en el envejecimiento

*Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.*

**Ingmar Bergman - Cineasta sueco**

Gran parte de las personas que envejecen se quejan de la declinación de sus habilidades cognitivas especialmente en el área de la memoria. La alta aparición

de estas quejas de memoria ha llevado a la **creencia, muy extendida pero errónea, que la pérdida de la habilidad intelectual es parte inevitable del envejecimiento.**

Al envejecer se observa una declinación normal de las habilidades intelectuales determinada por múltiples factores, que no implican un deterioro, ni un impacto significativo en la vida cotidiana del sujeto. Este declive se traduce en menor eficiencia al realizar tareas intelectuales, las que insumen más tiempo y más esfuerzo cognitivo, pero que de todos modos alcanzan el resultado correcto.

**Los cambios cognitivos en el envejecimiento normal no comprometen la autonomía de la persona.**

Esta declinación cognitiva en los sujetos ancianos tiene como mecanismos principales la disminución en la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones particulares en la memoria, cambios en la atención y cambios en las funciones sensoriales que impactan en el funcionamiento cognitivo en su conjunto.

*Es muy importante conocer la normalidad cognitiva en el envejecimiento, es decir, qué cambios son esperables como normales, para diferenciarlos del deterioro cognitivo leve o de la demencia incipiente.*

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

Antes de continuar con el desarrollo de este tema, nos detendremos en algunas definiciones.

## ¿Qué es la cognición?

Se llama *cognición* al conjunto de habilidades psicológicas que dan cuenta de toda la vida mental. Es a través de la cognición que procesamos información proveniente tanto del medio interno como del externo.

Incluye desde las funciones más básicas como atención, percepción y memoria, hasta funciones más complejas como razonamiento, juicio, toma de decisiones, lenguaje, planificación y organización de la conducta, regulación emocional y social.

La cognición es inseparable de nuestras emociones y de nuestros estados afectivos, por eso se altera cuando estamos tristes o ansiosos (en ocasión de duelos, situaciones de estrés laboral, etc.).

## La memoria y el envejecimiento

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

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

*La memoria es fundamental para construir nuestro sentido de identidad.*

La memoria no es un sistema único, es una capacidad muy compleja, hay distintos tipos de memoria. No todos los tipos de memoria son sensibles de la misma forma al paso del tiempo ni a las enfermedades: cada uno es afectado de forma específica.

La mayoría de nosotros no sufrirá problemas importantes de memoria antes de los 80 años. Algunos cambios aparecen a partir de los 50 años; por ejemplo, mayor dificultad para encontrar palabras o nombres de personas conocidas o personajes

famosos. A este fenómeno se lo llama “tener la palabra en la punta de la lengua” o “anomia”; lo que sucede es una dificultad en el proceso de recuperación, pero la persona sabe quién es el actor o qué palabra quiere decir y busca un sinónimo o al rato la recuerda espontáneamente.

También se observa mayor lentitud para resolver situaciones complejas.

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

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



## ***Envejecimiento cognitivo normal y con patología***

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

Podemos hablar de un envejecimiento cognitivo normal y un envejecimiento cognitivo con patología.

*¿Cómo podemos diferenciar los cambios normales de los patológicos?*

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

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

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

A continuación se ejemplifican cambios típicos de ambos tipos de envejecimiento cognitivo.

### ***Manifestaciones esperables en el envejecimiento típicamente normal***

- La persona olvida parte de situaciones o eventos, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista, o aparecen espontáneamente más tarde.
- Las quejas de memoria muchas veces corresponden más a rasgos ansiosos o depresivos que a fallas de memoria propiamente dichas.
- Disminución de la capacidad de recuperar información almacenada en la memoria (los recuerdos están, aunque cuesta evocarlos en forma espontánea; si se le da la primera sílaba de la palabra, o información del contexto del evento olvidado, la persona recupera el dato olvidado.



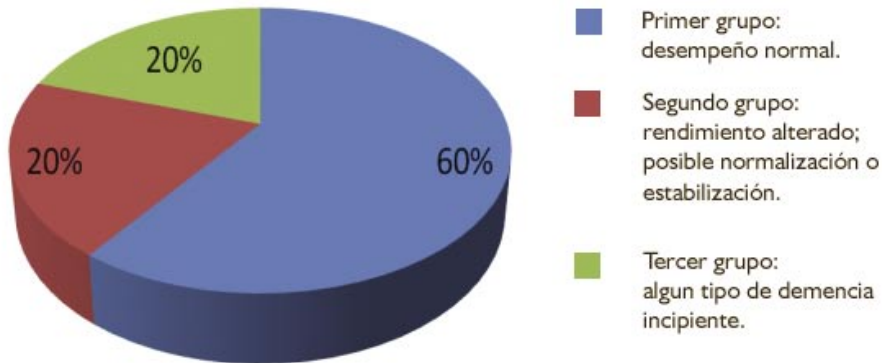
- Dificultades atencionales y de organización de la información que producen fallas en el registro de información nueva en la memoria, con la consiguiente dificultad para su evocación posterior.
- Enlentecimiento en la velocidad de tratamiento de la información (procesamiento cognitivo) y en el aprendizaje de nueva información.
- Disminución en la capacidad de atención dividida (hacer dos tareas casi simultáneamente).
- Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiada (mayor distractibilidad).
- Mayor dificultad en la flexibilidad mental y abstracción.
- Hay una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria aunque las mismas no provoquen impacto en ámbitos sociales, familiares y laborales.
- Las dificultades son relativamente estables en el tiempo.
- No hay episodios de desorientación espacial o temporal.
- No aparecen trastornos de la conducta.

## ***Las consultas por la memoria y sus posibles causas***

La literatura especializada coincide en que aproximadamente un 70 % de los adultos mayores se quejan del funcionamiento de su memoria con frases tales como “mi memoria ya no es la de antes”, “ya no aprendo cosas nuevas como solía hacerlo”, etc.

El total de personas que consultan a un especialista por dificultades con la memoria pueden ser agrupadas como sigue para analizarlos en detalle:

## Consultas por la memoria



- **Primer grupo:** aproximadamente el **60 % de las personas que consultan por la memoria presenta un desempeño normal** en las pruebas que evalúan la memoria y las restantes funciones cognitivas. Los cambios en estos casos están relacionados con causas propias del envejecimiento, **ya que es normal tener un declive de la memoria asociado con el paso de los años**. Este declive no interfiere en las actividades cotidianas.
- **Segundo grupo:** otro **20% tiene rendimientos alterados generalmente por cambios en el estado de ánimo**. Estas causas pueden ser ansiedad o depresión, abuso de alcohol o drogas (incluso de medicamentos), y pueden normalizarse con tratamiento.

Otras veces puede corresponder a situaciones de aislamiento psicosocial, duelos, falta de un entorno estimulante, (por ejemplo luego de la jubilación), disminución de la audición y la visión. En estos casos, con intervenciones profesionales adecuadas, y la inclusión en redes de apoyo social, pueden disminuir los problemas de memoria o mantenerse en niveles que permiten realizar la mayoría de las actividades cotidianas y la inserción en actividades sociales.

Dentro de este grupo puede presentarse una condición especial llamada **Deterioro Cognitivo Leve (DCL)**, que es un deterioro importante de la memoria pero sin impacto en la vida cotidiana de la persona.

- **Tercer grupo: el otro 20% restante presenta algún tipo de demencia incipiente, en general una Demencia Tipo Alzheimer.** Cabe aclarar que en este último grupo, a medida que la enfermedad avanza irán disminuyendo las quejas de memoria de parte del paciente y sí aumentarán las quejas de los familiares. (Ver el grupo cuarto).
- **Existe aún un cuarto grupo, cuyos integrantes no consultan, sino sus familiares: está conformado por personas con un desempeño claramente deficitario indicativo de una demencia.**

## ***¿Qué podemos hacer para mantener nuestra memoria?***

Hay varias acciones que podemos realizar para que nuestra memoria permanezca en las mejores condiciones posibles:

- **la participación en un ambiente enriquecido con mayores oportunidades de aprendizaje,**
- **el aumento de las interacciones sociales,**
- **una mayor actividad física,**
- **la participación en talleres de memoria.**

Estas conductas promueven efectos positivos, no sólo sobre la memoria y la cognición, sino sobre el estado de ánimo, sobre la sensación de control del medio, aumentando el autocontrol y la sensación de auto eficacia, facilitando la elaboración de proyectos que permitan desplegar nuestros deseos y vitalidad.





## El duelo en el envejecimiento

A lo largo de la vida, en la niñez, adolescencia, en el ingreso a la vida adulta y en la mediana edad, las personas deben enfrentar gran cantidad de cambios y pérdidas. Particularmente en la vejez, éstas se ven incrementadas, requiriendo un mayor esfuerzo psíquico para su elaboración.



El duelo por los roles que se pierden, por el fallecimiento de personas queridas, la despedida de etapas vitales previas, la conciencia de la propia muerte, los ideales perdidos, por aquello que pudo haber sido y nunca será, llevan al adulto mayor a tener que hacer el duelo por su propio envejecimiento.

Ante estas situaciones de pérdida, puede verse al sujeto en un estado de pena y tristeza.

La tristeza como estado de ánimo predominante no necesariamente indica enfermedad. De una manera similar, la apatía, el desinterés, la abulia, el descuido en el aspecto personal, la inhibición psicomotriz, períodos de insomnio o hipersomnia, o alteraciones en la alimentación, pueden acompañar todo proceso de duelo en sus primeros estadios.

### ***¿Qué es el duelo?***

**El duelo es un proceso psicológico saludable, que es puesto en marcha por la pérdida de un objeto amado, y que comúnmente lleva al abandono de dicho objeto. Se acompaña de pena y puede ser seguido o no por el establecimiento de una nueva relación con otra persona.**

Es importante aclarar que cuando decimos “objeto” nos estamos refiriendo a personas queridas, (que es lo que permite entender más claramente el proceso de duelo), pero también a cosas materiales e inmateriales, cambios en las capacidades

físicas o psíquicas y mudanzas de vivienda. Situaciones que pueden ser tanto reales como fantaseadas.

El famoso médico *Sigmund Freud*, escribía:

*“El duelo es, por regla general, la reacción a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, el ideal, etc.”*

## **Cambios y pérdidas en el envejecimiento**

Algunos autores enuncian algunas situaciones vitales que se dan en el envejecimiento que requieren del proceso de duelo:

- La **viudez**: representa una serie de cambios que involucran lo afectivo, el sentirse apoyado y cuidado, la seguridad económica, etc.
- Los **cambios en la pareja**: en parte relacionados con la ida de los hijos o la jubilación, que implican cambios en las formas de convivencia.
- Los **cambios en la sexualidad**: debidos a cambios en la capacidad sexual, nuevas maneras de relación entre los miembros de la pareja, falta de erotismo en el vínculo.
- La **jubilación**: implica no solo un cambio de rol, sino también un cambio en la identidad de la persona.
- Los **cambios económicos**: que producen una cierta sensación de dependencia.
- Las **pérdidas en las capacidades sensoriales y cognitivas**: el oído, la marcha, la vista, los cambios en la memoria, la atención, que pueden provocar aislamiento social e inseguridad personal.

- La **preocupación por el cambio de imagen**: las señales en el cuerpo del paso de los años.
- El **temor frente a la hospitalización o la institucionalización**: implica abandonar ámbitos que promueven seguridad, como la casa, cambios en la red social y fundamentalmente la pérdida del control personal o autonomía.
- El **miedo a la enfermedad, a la discapacidad, y a la muerte**: en la mediana edad era visto como algo posible pero lejano, en la vejez se hace más presente.

## ***Duelo normal y duelo patológico***

Hablamos de duelo cuando la evolución del proceso de reacción frente a una pérdida es normal. Por el contrario, cuando se entorpece la aceptación de la pérdida sufrida, nos encontramos ante la presencia de un *duelo patológico*.

Si se prolonga demasiado, se asemeja a un estado depresivo, que impide afrontar adecuadamente los diversos sucesos de la vida.

A veces el límite exacto entre el duelo patológico y la depresión es difícil de precisar. En la práctica clínica, en muchos casos vemos al sujeto con una personalidad más frágil para enfrentar el proceso, situación que lo conduce a un trastorno depresivo.

### ***Etapas del duelo normal***

El duelo normal transcurre durante tres etapas:



1a. Negación

2a. Identificación

3a. Reconexión

### **Primera etapa: negación**

Se manifiesta con agitación, llanto, protestas, desasosiego y negación de la pérdida. La persona busca encontrar culpables en el objeto mismo, en el médico y finalmente suele responsabilizarse a sí mismo.

Expresa ingratitud hacia los que tratan de consolarlo. Necesita sentir el dolor.

### **Segunda etapa: identificación**

Persiste la desesperanza, la conducta se desorganiza, hay descuido en el vestir, en el aspecto personal, se desatiende el cuidado por la propia salud. Se manifiestan los trastornos en la alimentación y en el dormir.

En esta fase hay una aceptación de la pérdida.

La tristeza y la aflicción aparecen en toda su magnitud. El sujeto está sumido en interminables recuerdos asociados a lo perdido y su monotemática conversación gira en torno de ellos. Siente que el mundo no tiene sentido sin el objeto amado.

Se retrae, no acepta salir, nada lo distrae. Manifiesta desinterés por el mundo externo.

### **Tercera etapa: reconexión**

La incorporación de nuevos intereses y relaciones marca la finalización del proceso de duelo.

Con el paso del tiempo y la elaboración correspondiente, el sujeto doliente siente que los recuerdos asociados a la pérdida son cada vez más lejanos. Empieza a estar en condiciones de conectarse con otras personas y con

nuevos intereses. Su conversación empieza a abordar otros temas y recupera sus actividades.

Comienza a salir y acepta distraerse. Retoma hábitos de cuidado personal.

### ***Duelo patológico***

El duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida ante esa imposibilidad.

La tristeza es igual o mayor que en el proceso normal, pero se agrega la insistencia de pesadillas y sueños de contenido traumático cuyo sentido manifiesto tiene referencia permanente a lo que se ha perdido.

La persistencia de autorreproches muestra el fracaso de la elaboración de la pérdida.

La elevada ansiedad, anhelos y pensamientos intrusivos asociados con una muerte dolorosa, o el enojo extremo asociado con la percepción de negligencia médica, son condiciones que pueden dificultar el pasaje de la primera a la segunda etapa.

La sintomatología del duelo patológico puede predecir descompensaciones orgánicas en las mujeres (cáncer, ataque cardíaco), o ideación suicida en los hombres. Si una mujer mayor pierde a su marido, ella se quedará sin su marido y también sin lo que de ella despertaba el amor de su marido. Después de largas décadas de vida de pareja eso no suele ser tan sencillo de sustituir.

A eso debemos agregar otra dificultad que nos muestra la demografía: la cantidad de hombres por cada mujer va disminuyendo a medida que consideramos edades más avanzadas<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> INDEC, 2001.

## **Particularidades del duelo en la vejez**

En nuestra cultura a veces se cree que los mayores son más vulnerables ante la pérdida de seres queridos. Esto lleva muchas veces a que los hijos excluyan a sus padres de los rituales ante la pérdida por temor a que no puedan soportar el dolor. Sin embargo, lo que se observa en la práctica clínica, y diversa bibliografía indican lo opuesto.

La experiencia acumulada de inevitables duelos experimentados a lo largo de los años puede actuar como un facilitador ante la necesidad de afrontar las pérdidas que acompañan al envejecimiento.

*El cuidador puede orientar a los familiares para que no les oculten información a los mayores, ya que es necesaria para la saludable elaboración del duelo.*

Es importante tener en cuenta que:

- En gente muy mayor, de 70-80 años, se hallan menos depresiones reactivas a los duelos que en gente más joven.
- Las pérdidas inesperadas tienden a afectar el trabajo de duelo y están asociadas a un marcado incremento de la depresión y aumentan la tendencia al aislamiento social.
- El fallecimiento relativamente previsible o precedido de grandes exigencias de cuidados, por ejemplo en cónyuges mayores, puede traer alivio a los familiares.
- El duelo suele ser mejor sobrellevado por el sujeto que sobrevive, si ha sido informado de la enfermedad del cónyuge y puede cuidarlo durante el tratamiento médico previo a la pérdida.

- La viudez es un fenómeno primariamente femenino. Cerca de la mitad de las mujeres de 65 años son viudas.<sup>3</sup>

*Es muy importante que el mayor pueda expresar su dolor de acuerdo a sus propias costumbres.*

- Las viudas mayores suelen estar mejor preparadas para arreglárselas con la pérdida que las viudas más jóvenes.
- La viudez en las mujeres frecuentemente causa estrés financiero, porque la mayor fuente de ingresos es perdida con la muerte del marido.
- Enviudar a una edad avanzada lleva en sí mismo algo irreparable. Sobre todo si consideramos que la mayoría de las veces ocurre después de una relación muy prolongada. La pérdida se torna más grave aún para las personas dependientes.

## ***Evolución y pronóstico***

La modalidad de expresión, evolución y duración del duelo varían de acuerdo a las características de la persona, al grupo sociocultural de pertenencia, y al momento histórico.

En muchos adultos mayores el duelo se prolonga en forma desmesurada, predominando una sensación de tristeza interminable. Hay dificultad de conectarse con nuevos objetos o sus equivalentes para la sustitución del objeto perdido. Para ellos, tales objetos no están disponibles en el mundo real.

Para otros, en cambio, la conciencia del final de la vida, actúa como motor para la reconexión con el mundo externo, las redes de apoyo social, la creatividad, el erotismo y la vitalidad en su sentido más amplio.

---

<sup>3</sup> INDEC, 2001.

Cuando el sujeto se ve imposibilitado para expresar su sufrimiento, por las características de su personalidad, por las exigencias del medio, o por no querer incomodar a sus hijos, su proceso de duelo es más dificultoso.

*Por consiguiente, es importante para poder transitar el proceso dentro de pautas saludables, que esté habilitada la expresión adecuada y oportuna del dolor, de acuerdo a los cánones culturales del adulto mayor. Desde la función del cuidador se puede ayudar a que las formas de expresión del dolor sean respetadas, aunque sean diferentes que las propias.*

La presencia de sostén social, amigos, familiares, un confidente que acompañe, la práctica activa de los rituales religiosos para el observante, constituyen una valiosa ayuda para la elaboración.

## ***El duelo desde la perspectiva del cuidador***

Analizaremos especialmente dos causas de duelo en relación con el rol del cuidador: los cambios que van surgiendo en el adulto mayor que lo hacen dependiente, y la pérdida por fallecimiento.

Cuando la persona mayor no es totalmente auto válida, esos cambios implican un aumento progresivo en sus necesidades de cuidado. Es razonable pensar que cada función asistida afecta su autoestima, y por ende produce un trabajo de duelo por las pérdidas biopsicosociales que le implican.

La familia también se ve llevada a hacer una elaboración de esos cambios: “el viejo ya no es el que era”. Puede suceder que lo interpreten como que “lo hace a propósito, es un capricho, quiere que le presten atención constante”. En cierto sentido, es más llevadero pensarlo así, como un acto voluntario, que vivirlo como un hecho, en algunos casos, sin retorno.



El cuidador recibe los remesones de estas modificaciones. Más allá del tiempo que lleve asistiendo al adulto mayor, va haciendo una ligadura afectiva con él y quizás con algún miembro de la familia, conociendo intimidades y enterándose progresivamente de la historia de vida.

**Se encuentra por un lado dentro de la vivencia de cambio compartiendo empáticamente los sentimientos con ellos, y por otro, en su función, intentando poner una objetividad operativa que no siempre es humanamente posible.**

El otro duelo, más reconocido, es el de pérdida por fallecimiento.

Los tiempos actuales dan poco espacio a la muerte. El final de la vida se desnaturaliza. El mundo de hoy es para los que ganan, producen, consumen y se divierten. Desde esta perspectiva, el velatorio, ritual y acto colectivo de acompañamiento para los deudos, se traduce en una pérdida de tiempo, y perder es de perdedores. La congoja, las emociones, sólo pueden permitirse en privado.

Enfermar, depender, necesitar ayuda para valerse, y encima...morirse, tienen muy mala prensa. El temor a informar al adulto mayor sobre la pérdida de un ser querido, sobre el que ya hablamos, forma parte de esta óptica. No se lo piensa con la posibilidad de metabolizar, elaborar el acontecimiento, sino como una traba para continuar el ritmo de vida descrito más arriba, donde una muestra de afecto podría ser embarazosa.

*El duelo del adulto mayor interpela al cuidador sobre sus propias experiencias de duelo.*

Sin embargo, puede ocurrir que el cuidador se encuentre con un grupo familiar que padece un “duelo eterno”. Se sabe que no sólo es el anciano quien padece la pérdida sino también duelan quienes lo rodean.

Muchas veces la muerte es como un baluarte, que si se desarma y se inicia la elaboración, es sentido como traición a la memoria del ser querido ausente y como un riesgo para el propio equilibrio del anciano y su familia. Se ve así por ejemplo, una silla vacía que nadie puede ni debe ocupar durante años, o preguntas que no pueden realizarse, u objetos colocados en lugares extraños.

*Entender qué situaciones provocaron el deceso, y el lugar que ocupaba el fallecido en ese espacio familiar puede ayudar tanto al adulto mayor que se atiende como a quienes lo rodean.*

El cuidador, como ser humano vivo presente, puede tornarse en una afrenta ante el vaciamiento del vínculo que se tenía con la persona querida fallecida. Es como si le dijeran: “¿por qué tengo que relacionarme contigo, si en realidad quiero estar con quien ya se fue?”. “¡Como él o ella me quería, miraba y cuidaba, nadie lo va a hacer!”

**La movilización de estos acontecimientos en la persona del cuidador y cómo los afronte, estará teñida por la historia singular de sus duelos personales, lo llevará a un intenso trabajo autorreflexivo y búsqueda de estrategias para optimizar sus intervenciones.**

Percibirá estas experiencias penosas de múltiples formas, tales como sentir invasión e impedimento en la capacidad de pensamiento, dolor corporal, somnolencia, enojo, incertidumbre, inutilidad, y asimismo frustración ante la negación del anciano en duelo de recibir su ayuda para bañarse, vestirse o comer, en especial en los primeros tiempos de la pérdida.

*Cuando el cuidador puede registrar y aceptar estas actitudes y sentimientos, él mismo se tornará en bálsamo, paliativo, sutura y encuentro con ese dolor. En la intimidad de la conversación podrá ayudar a reencontrar en la memoria al ser querido perdido, y permitirle sentir al adulto mayor que tiene a alguien que lo mira y contiene, no igual al que tuvo, pero sí con la expectativa de un vínculo nuevo.*

**Ejercicio:**

Ver la película “Up, Una aventura en la altura”. Disney – Pixar. Comentar y discutir en clase los distintos momentos del duelo que se observan en el film.

## La psicopatología en la vejez

Entre las patologías psíquicas que pueden afectar a los adultos mayores, nos referiremos a:



1. *La depresión*
2. *La ansiedad*
3. *La hipocondría*
4. *EL trastorno cognitivo leve (TCL)*
5. *Las demencias*
6. *El síndrome confusional agudo (SCA)*
7. *La dependencia alcohólica*

### 1. La depresión

La depresión es la patología psíquica más común en la vejez. Se trata de un trastorno del estado de ánimo, una manifestación que expresa el dolor psíquico.

Se relaciona con el sufrimiento y el aislamiento social, y aumenta el riesgo suicida y las probabilidades de padecer enfermedades y de morir.

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

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

*Es importante señalar que la depresión puede producir deterioros en las capacidades cognitivas, las que, una vez curada la enfermedad, revierten. Por ello es fundamental no confundir una depresión con una demencia, para así encarar el tratamiento adecuado.*



Entre la población anciana, los **viejos – viejos** tienen más posibilidades de padecer depresión que los más jóvenes. Así también, las viejas - viejas tienen más posibilidades de padecerla que los viejos de la misma edad.

## **Síntomas**

Los síntomas de la depresión son:

- **Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.** La persona se siente triste, vacía. Puede llorar o sentir ganas de hacerlo, aunque también puede presentarse un carácter irritable.
- **Disminución importante del interés o de la capacidad de sentir placer.** Esto sucede durante casi todo el tiempo, en todas o casi todas las tareas, manifestado por la persona misma, o por terceros que la observan.
- **Trastornos en el apetito.** Puede darse que tenga mucho o poco apetito y se manifiesta de manera constante.
- **Insomnio o hipersomnia.** Exceso de sueño o falta de él.

- **Agitación o enlentecimiento psicomotor**, que van más allá de la sensación de sentirse agitado o enlentecido.
- **Fatiga o pérdida de energía casi todos los días**. Puede darse sin que haga esfuerzo alguno.
- **Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos**. La persona se siente inservible. Muchas veces es exagerada y/o delirante.
- **Disminución en la capacidad para concentrarse, pensar o decidir**.
- **Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio**.

**En los hombres**, los síntomas depresivos suelen estar relacionados con la pérdida del trabajo (por el lugar que ocupaba, el rol), de la capacidad física y de vigor (lo que ahora ya no puede hacer).

**En las mujeres**, los síntomas depresivos suelen estar influenciados por la ida de los hijos (síndrome del nido vacío), el no sentirse deseadas, entre otros motivos.

**IMPORTANTE:** *para que sean considerados como manifestación de depresión, los síntomas no tienen que deberse a los efectos físicos de alguna sustancia o enfermedad orgánica. Tampoco se explican por atravesar un duelo, y deben extenderse por más de dos meses.*

## 2. La ansiedad

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

La ansiedad denota aprensión, tensión y desasosiego como consecuencia de la anticipación de peligro, el que puede ser de origen interno o externo. Supone una puesta en marcha de mecanismos conductuales y cognitivos con el objetivo de evitar tener que enfrentarse a una situación peligrosa.

La evaluación sobre probables peligros es subjetiva, por lo cual existe una incertidumbre acerca de la naturaleza del mismo y su probabilidad de ocurrencia. La ansiedad, siendo fundamentalmente psíquica, se acompaña de fenómenos **somáticos**, como la angustia, con sensación física de opresión en el pecho.

**La ansiedad puede ser “flotante”, es decir, desprovista de un factor detonante, o puede estar asociada a fobias definidas, como el temor persistente e irracional hacia un objeto, una actividad o una situación.**

Entre sus características se observa un sentimiento continuo de tensión y de aprensión, tendencia a subestimar y a denigrar, miedo a ser criticado o rechazado, y evitamiento de los contactos sociales y profesionales por temor a ser desaprobado.

### ***La ansiedad en la vejez***

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

- 1- **La personalidad:** la personalidad ansiosa es un factor favorable a las descompensaciones, especialmente en las situaciones de estrés. La historia individual, la experiencia acumulada, los modos de reacción anterior juegan un considerable papel.
- 2- **La afectividad:** el estado del humor determina el grado de resistencia a la fragilidad psicológica.
- 3- **El funcionamiento intelectual:** las limitaciones intelectuales son factores que predisponen a la ansiedad, por la vulnerabilidad que produce la restricción de recursos para comprender situaciones nuevas.

- 4- **La vida de relación:** la vejez puede acarrear un aislamiento progresivo por la pérdida de la pareja y de amigos. Estas carencias afectivas pueden producir ansiedad debido a la falta de recursos seguros con los que cuente el sujeto.
- 5- **La percepción del cuerpo:** las pérdidas de eficacia y de control del propio cuerpo pueden producir una pérdida de seguridad y una serie de limitaciones en las actividades, que pueden llevar a incrementar los montos de ansiedad.
- 6- **La enfermedad física:** encontrarse enfermo, discapacitado o accidentado produce un sentimiento de vulnerabilidad y angustia. También es importante destacar que la ansiedad puede ser un síntoma de numerosas enfermedades físicas (cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neurológicas y por medicamentos).
- 7- **La vida social:** el corte con la vida social, la perspectiva de discapacitarse, las miradas prejuiciosas sobre la vejez llevan a que la imagen de sí se ponga en duda y se vea de un modo negativo. Particularmente la entrada en una institución geriátrica u otros hechos que arrebatan el sentido del control personal pueden ser altamente ansiógenos.

### ***Manifestaciones clínicas***

La ansiedad es frecuente en la vejez, aunque sus modos de expresión y duración sean variables. Los viejos suelen referir su preocupación por cuestiones concretas, y en gran medida la ansiedad se vuelve muy clara en la lucha por el control de las situaciones que el sujeto enfrenta.

Se evidencia en las preocupaciones subjetivas que resultan de un sentimiento de vulnerabilidad, y conciernen a temas que tocan la integridad en los dominios de la salud, del cuidado de los bienes, de la propia persona y de los seres queridos.

La ansiedad suele ser frecuente detrás de una queja de memoria. Asimismo, está asociada a síntomas somáticos como las náuseas, la disfagia, la constipación, la sensación de tener la garganta cerrada, la opresión torácica o la impresión de la cabeza vacía. El sueño puede estar perturbado, manifestándose en la dificultad para dormir y las pesadillas.

Los comportamientos de evitamiento predominan. El repliegue en los hábitos y en la rutina, forman parte de los mecanismos para evitar la confrontación con situaciones nuevas. Las fobias específicas son más raras en la vejez, aunque la más habitual es el miedo a los espacios abiertos, o **agorafobia**, como por ejemplo, el salir a la calle.

### **3. La hipocondría**

El problema hipocondríaco que se observa tanto en el hombre como en la mujer sobreviene generalmente después de los 50 años. El enfermo está convencido que está, o tiene posibilidades de estar, afectado por una o varias enfermedades.

Expresa quejas múltiples, repetidas, a menudo alimentadas por sensaciones o signos físicos normales o insignificantes. La ansiedad y la depresión pueden acompañar este cuadro. Las quejas son variables y ambiguas, el síntoma más recurrente es dolor, no obstante son muy habituales las quejas respecto del funcionamiento intestinal y cardiorespiratorio.

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

La queja hipocondríaca no excluye que haya enfermedades reales, particularmente en personas mayores, donde puede haber una *pluripatología* (varias enfermedades a la vez).

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



**Ejemplo:**

Isabel es traída a la consulta por su familia (hijas y esposo) ya que se encuentra preocupada por problemas de salud permanentes. En la última semana fue atendida por más de 12 médicos, entre visitas programadas y atenciones de urgencia.

Su queja es estrictamente somática y niega cualquier otro contenido psicológico, tal como los últimos médicos que visitó le vienen diciendo.

La sensación que la preocupa es cierta inestabilidad en su marcha y su frase es: "si no tengo alguien que me acompañe me caigo", más allá de que sólo una vez le ocurrió ante una baja de presión, hace ya más de dos años.

Por momentos siente que su cabeza se vacía, no puede levantarse, y siente miedo de que algo peor ocurra. Esta situación la lleva a la urgencia médica.

Los diversos estudios que le realizaron, desde el clínico hasta el neurólogo o el cardiólogo, no hallaron ningún elemento que dé cuenta de esta sensación.

Isabel tiene una historia de depresión y cierto nivel de alcoholismo, ambos cuadros parecen haber terminado conjuntamente con la aparición de las preocupaciones corporales. Esto Isabel lo desconoce así como tampoco acepta que tuvo accesos depresivos que la llevaban a la cama durante días o que consumía alcohol.



#### 4. Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

Este trastorno a nivel de las facultades cognitivas podría ser descrito como un estadio transitorio entre los cambios normales propios del envejecimiento y los problemas más serios ocasionados por patologías francamente demenciales como el Alzheimer.

Mientras que el TCL puede afectar áreas de la cognición tales como el lenguaje, la atención, el razonamiento, el juicio, lectura y escritura, muchos investigadores han focalizado sobre sus efectos sobre la memoria.

Los reportes preliminares de una reciente investigación de la Clínica Mayo demostraron que el 12% de las personas mayores de 70 años tienen trastornos cognitivos leves y que esta población tiene tres veces más posibilidades de desarrollar una demencia que aquellos sin estos trastornos.

### **Signos y síntomas**

Los olvidos propios de la vejez normal son menores. Perder las llaves u olvidarse algunos nombres, no significan pérdidas importantes. Pero cuando se empiezan a olvidar cosas que típicamente se recordaban, o citas importantes donde las motivaciones psicológicas tampoco puedan dar cuenta, resulta importante deslindar un síntoma relacionado al TCL.

Los criterios que se utilizan habitualmente para detectar un TCL son:

- Memoria deficiente, preferentemente corroborada por otra persona.
- Esencialmente muestra un juicio normal, percepción y capacidad de razonamiento.
- En gran medida pueden llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.
- Performance reducida en los tests de memoria, comparada con otras personas de edad similar y bagaje educacional.
- Ausencia de demencia.
- No existe otra explicación evidente (médica, neurológica o psiquiátrica) para el trastorno.

## **5. Demencias**

Se trata de trastornos que se caracterizan por presentar múltiples problemas cognoscitivos (el deterioro de la memoria es muy común) a causa de enfermedades,

de efectos de sustancias o de la combinación de diversas patologías (ej.: efectos combinados de una enfermedad cerebro-vascular y la enfermedad de Alzheimer).

Las demencias pueden tratarse, ya sea con fármacos específicos, con cuidados especiales, apoyo emocional, reactivación, o con el entrenamiento de familiares y/o cuidadores. Algunas revierten los signos y síntomas (demencias reversibles), pero hay casos en los que sólo se pueden aliviar malestares y acompañar el proceso, pues no responden a ningún tratamiento.

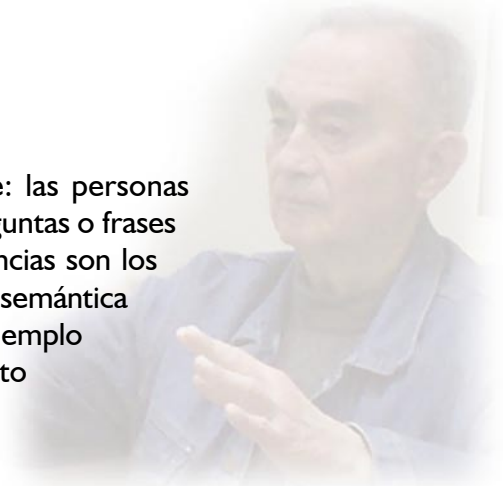
### **Formas de inicio**

La aparición de la enfermedad puede presentarse de distintas formas:

- a) Se monta sobre un cuadro neurológico ya reconocido y en evolución; en este caso la demencia es sólo una expresión más del daño cerebral.
- b) Se instala lentamente, pasando inadvertida por tiempo variable según la causa, hasta que un estado confusional pone en evidencia el deterioro. Estos son casos de aparente instalación brusca.
- c) Se inicia en forma lenta pero progresa contundentemente. Su diagnóstico es más fácil o más temprano si el paciente, cualquiera sea su edad, permanece en plena actividad laboral, profesional o social.

### **Daños en las funciones intelectuales**

- **Deterioro de la memoria y del lenguaje:** las personas olvidan conversaciones recientes o repiten preguntas o frases en conversaciones. Lo más típico de las demencias son los olvidos malignos, o sea, aquellos donde la falla es semántica o de la comprensión del uso de un objeto, (por ejemplo mirar un reloj y no comprender qué tipo de objeto es). Lo primero que se olvida son los recuerdos más cercanos y luego los más lejanos.



- **Deterioro del pensamiento abstracto:** dificulta la posibilidad de encontrar similitudes y diferencias entre las palabras y también para definir los conceptos.
- **Deterioro del juicio:** se pueden encontrar pequeños delirios, actos irracionales. El sujeto es incapaz de juzgar sus propios actos, pudiendo mostrar comportamientos groseros o asociales, especialmente en el dominio sexual.
- **Alteraciones de las funciones corticales superiores:** esto se define como *apraxia*, *agnosia* y *afasia*.
  - La *apraxia* es la incapacidad de realizar de forma conciente ciertas actividades motoras aprendidas como peinarse, cepillarse los dientes, vestirse, etc.
  - La *agnosia* se presenta como fallos en el reconocimiento o identificación de objetos o rostros familiares, a pesar de que la función sensorial esté intacta, por ejemplo, ver una silla y no reconocerla.
  - La *afasia* es una alteración sobre el lenguaje. Éste se vuelve impreciso, con tendencia a dar vueltas sin definir un tema.
- **Alteración de las funciones ejecutivas:** se manifiesta en la dificultad para la planificación, organización, secuenciación y abstracción.
- **Cambios de personalidad:** alteraciones emocionales tempranas que producen cambios a nivel de la personalidad con hipersexualidad (sin represión de acciones en público) e hiperoralidad.

## 6. Síndrome Confusional Agudo (SCA)

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

El síndrome confusional agudo no es una demencia, aunque comparte similitudes en la presentación de los síntomas con las demencias. Se estima que alrededor del

30% de los enfermos que padecen enfermedades agudas en salas de medicina de un hospital general sufren un cierto grado de confusión en algún momento de su evolución.

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

Las infecciones suelen desencadenar confusión en el anciano, en especial las infecciones respiratorias y urinarias. Además, la confusión es una de las manifestaciones de la **sepsis**.

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

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

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

### Sintomatología:

- **Dificultad para mantener la atención** a los estímulos externos, y dirigirla a los estímulos nuevos.
- **Pensamiento desorganizado** que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.

- **Percepciones sensoriales falsas.** Las alteraciones perceptivas son frecuentes y son el resultado de interpretaciones falsas, de ilusiones y de alucinaciones.
- **Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia.** Puede haber somnolencia o hipervigilancia.
- Son **frecuentes las pesadillas y los sueños de apariencia real**, que pueden entremezclarse con alucinaciones.
- **Desorientación en el tiempo, en el espacio y en el reconocimiento de las personas.**
- **La actividad psicomotora también está alterada** y puede ir de un extremo al otro. Muchos sujetos están intranquilos e hiperactivos, amasan o rompen las sábanas de la cama, intentan ponerse de pie, se sorprenden ante objetos inexistentes y cambian bruscamente de posición. Puede haber un descenso de la actividad psicomotora.
- **Los trastornos emocionales son muy frecuentes y variables.** Incluyen ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía.

## 7. Dependencia Alcohólica en adultos Mayores

**El alcoholismo es uno de los problemas más graves en la sociedad occidental de las últimas décadas, y los adultos mayores no son ajenos a esto.**

*“El envejecimiento de la población mundial marca que el número de personas mayores con trastornos por consumo de alcohol está en aumento, en consecuencia los servicios de salud en general deben mejorar su prestación en lo referente a la detección y elaboración de métodos adecuados de tratamiento y servicios, dado que se asocia con una morbilidad considerable”<sup>4</sup>*

<sup>4</sup> Ai-Vyrn Chin, Henry O’Connell, Conal Cunningham, Brian Lawlor, & Conolly Norman, 2003.

El alcoholismo en viejos suele pensarse como un mal hábito de conducta condenable y no como un verdadero síndrome clínico tratable, sin embargo ha sido definido como “una enfermedad crónica e insidiosa”.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lugar de alcoholismo propone el término, “Síndrome de dependencia del alcohol” y lo define como:

*“Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre resto de sus actividades”.*<sup>5</sup>

El diagnóstico de dependencia al alcohol suele pasar desapercibido en los adultos mayores. Muchas claves clínicas que harían sospechar la dependencia se atribuyen prejuiciosa y erróneamente a cambios del envejecimiento o a enfermedades asociadas al proceso de envejecer.

Por otra parte, los factores psico-sociales que son decisivos para llevar a los alcohólicos jóvenes a iniciar tratamientos, por ejemplo: presión de la pareja, presión laboral o presión legal para conducir un vehículo, no suelen darse en los adultos mayores. Esto provoca un cierto descreimiento y silenciamiento social y científico a la hora de elaborar estadísticas, diagnósticos y tratamiento específicos para adultos mayores.

Teniendo en cuenta que diagnosticado a tiempo, es una de las enfermedades más remediable en los adultos mayores, es que se hace necesario conocer las características de la enfermedad y sus efectos, para con ello plantear formas de cuidado, prevención y tratamiento.

---

<sup>5</sup> (<http://es.wikipedia.org/wiki/Alcoholismo>).

## **Análisis del alcoholismo en la población mayor (Epidemiología)**

El grupo de los adultos mayores presenta elevados factores de riesgo en relación con el consumo de sustancias adictivas como el alcohol. Constituye un agravante a nivel de todos los sistemas del organismo, (cardiovascular, circulatorio, respiratorio etc.) dado la frecuente presencia de pluripatología en el proceso de envejecimiento y el riesgo aumenta aun más en casos de polimedicación.

Existen varios factores que contribuyen a la poca detección del alcoholismo en los adultos mayores:

- 1- Prejuicios e infravaloración del diagnóstico por parte del profesional de salud;
- 2- menor percepción/relación de las conductas anómalas;
- 3- menor presión laboral o social para iniciar un tratamiento;
- 4- rechazo familiar a la notificación del problema;
- 5- restricciones de carácter financiero;
- 6- recorte de las redes de apoyo social.

Es importante destacar que el primero y segundo factor suelen asociarse erróneamente a deterioro físico y cognitivo esperado como normal en el envejecimiento.

En las mujeres viudas la dependencia al alcohol es de una alta prevalencia (105% contra el 19% de las mujeres en general) pero, debido a la sanción moral reinante en la cultura, se aíslan y se avergüenzan de sí mismas, llegando a la consulta por enfermedades secundarias al alcoholismo, como fracturas, deshidratación, descompensaciones de cuadros digestivos.



Es muy frecuente que los adultos mayores alcohólico-dependientes lleguen a tratamiento a consecuencia de deterioros físicos producido por la adicción. Entre las secuelas más relevantes se encuentran: demencias, accidente cerebro vascular, problemas de origen cardíaco, entre otras.

Algunos síntomas del alcoholismo son atribuidos de manera inexacta por los profesionales de salud, a otras causas. Se menciona como errores de diagnóstico más frecuentes a las demencia, confusión, pérdida de memoria, desorientación, caídas, mal nutrición, poli medicación, incontinencia, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, fatiga crónica, neuropatía, convulsiones, disfunción sexual, miocarditis, infecciones repetidas, entre otras.

## ***Clínica***

Además de los cambios en la conducta que señala la OMS, se observa un estado denominado “abstinencia”, compuesto por una alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol e ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.

El síndrome de abstinencia se presenta con: ansiedad, nerviosismo, alucinaciones, sudoración, temblores, escalofríos, insomnio, vómitos, entre otros. A nivel neurológico el alcohol sustituye los mecanismos naturales que generan bienestar. A este hecho se lo conoce como tolerancia. El sujeto pierde la capacidad de experimentar tranquilidad y placer de manera natural y crea una dependencia al consumo compulsivo para aplacar la abstinencia.

Los signos físicos más evidentes en el paciente con dependencia al alcohol son: **facies rubicundas, rosadas, eriotrósica**, (con tinte progresivo al rojo), presencia de **telangiectasias** a nivel de las mejillas y nariz (**angiomas o nevos araña**), esplenomegalia (hígado agrandado), varices esofágicas.

Entre los signos psíquicos de la intoxicación encontramos: atención inestable y superficial, fatigabilidad, perturbación de la sensopercepción, con entorpecimiento de la comprensión, pobreza del capital ideativo, que domina el cuadro. La elaboración ideativa gira en torno a elementos de antigua adquisición.

El flujo de las ideas se lentifica, las asociaciones de ideas, son coherentes, de ritmo lento, laxo, superficial, tendiendo cada vez más a lo concreto. Si la intoxicación es profunda las asociaciones de ideas se tornan incoherentes. El juicio es deficiente y pueril, por empobrecimiento global.

La memoria es la más afectada en mayor o menor escala. El trastorno es muy marcado en la memoria de fijación a consecuencia de la falla de atención y concentración e insuficiencia perceptiva. Esta imposibilidad de fijación es la responsable de la **fabulación patognomónica** de los alcohólicos.

En cuanto a la afectividad, se encuentra seriamente afectada. Lo que primeramente se observa como consecuencia del proceso de intoxicación es la inestabilidad del humor, hipo-afectividad e irritabilidad. El paciente alcohólico presenta una fácil adaptación al más variado estado afectivo circunstancial.

## **Conclusión**

EL abuso de alcohol en adultos mayores es más habitual de lo que solemos considerar y una de sus principales características son los importantísimos problemas de salud que provoca. Lamentablemente la sociedad suele manejarse con prejuicios, focalizando este problema entre los jóvenes y no observando a los mayores. Nos cuesta ver a las personas mayores que consumen, y cuando lo hacemos, solemos tener más rechazo, particularmente si son mujeres. Quizás por el prejuicio de pensar al adulto mayor como un ancianito, desconociendo otros aspectos de su vida.

*Es importante saber que, como en cualquier edad, modificar los hábitos puede beneficiar considerablemente la salud y el disfrute de la vida. Existen tratamientos médicos y psicológicos eficaces, pero es importante que todos nosotros comencemos a abrir los ojos ante esta epidemia silenciosa que aísla, enferma y degrada la vida de los adultos mayores.*

## **Autores:**

**Producido por la Cátedra de Psicología de la 3ra Edad y Vejez de la Facultad de Psicología, UBA.** Editor: Dr. Ricardo Iacub. Autores: Lic. Paula Badalucco, Lic. Jimena Pedeuboy, Sara Chapot, Lic. Daniel Mingorance, Lic. Graciela Macotinsky, Lic. Myriam Petrongolo, Lic. Mariana Mansinho, Lic. Paula Pochintesta, Lic. Judith Jaskilevich, Lic. Ana Bonifacio, Lic. Nadia Del Médico Zajac, Lic. Irene Walsh. Miembros de la cátedra Psicología de la 3ra Edad y Vejez, Fac. de Psicología, UBA.

## **Bibliografía:**

Allegri, R. (2008), *Neuropsicología del envejecimiento*, CEMIC.

Allegri, R.; Laurent, B. y Serrano, C. (2006), *La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de alzheimer*. En Mangone et al. (Eds.), *Demencia, Enfoque Interdisciplinario*, Polemos, Buenos Aires, Argentina.

Aries, Philippe (2007), *Morir en Occidente*, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires, Argentina.

Becoña, E. y Vazquez, F. (1999), *Tratamiento de las conductas adictivas*, Cap. 9.

Montorio, I. e Izal, M., *Intervención Psicológica en la vejez*, Síntesis, Madrid, España.

Betta, J. (1982), *Manual de Psiquiatría*, Cap. 14, Alcoholismo, pp. 536 a 566, Centro editor.

Bohorquez Rodríguez, A. (1994), *La sexualidad en el anciano*, Cap. 28. En Guillén Chapot, S. y Mingorance, D., *Duelo normal y duelo patológico. Su abordaje clínico en el envejecimiento*. En Chapot, Guido; López, Mingorance, Szulik, compiladores (2009), *Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos*. Editorial Akadia.

Dulcey - Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. (2002), *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana*, Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34, n° 1-2, pp. 17 a 27.

Freud, S. (1979), *Duelo y Melancolía*, O. C. v. XIV., Pág. 235-255., 1 ed., Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

Iacub, R. (2010), *El dolor Psíquico*, Módulo de la Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez, Facultad de Psicología, UBA, Argentina.

Iacub, R. (2007), *Erótica en la vejez*, Perspectivas de Occidente, Paidós, Buenos Aires, Argentina.

INDEC (2001), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*, Buenos Aires, Argentina.

Llera F, Pérez del Molino, Martín. J., *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, pp289, Masson, Barcelona, España.

Campbell, J (1995), *Alcoholismo*, Cap. 20; En Ham, Richard, *Atención primaria en geriatría*, pp 451-460, Mosby/Doyma Libros, Madrid, España.

Cossio, Berconssky, Fongi y otros (1959), *Semiología Médica*, Tomo I, pp 124, Buenos Aires, Argentina.

Macotinsky, Graciela (1999), *El psicoanalista, el viejo y la gerontología*, Revista de Psicogerontología, Tiempo, <http://www.psicomundo.com/tiempo/>.

Macotinsky, Graciela (2005), *Paso del tiempo, cuerpo y exclusión en la vejez*, Libro del III Congreso de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia, Psicoanalítica y Psicoanálisis (FLAPPSIP), Perú.

Martínez Murillo, Salvador (1979), *Especialidades Clínicas. Toxicomanías y Alcoholismo*, Médico Legal, Editor Francisco Gutiérrez, 2° Edición, Psique 3, Distrito Federal, México.

Mingorance, D., (2003-2004), *Adultos mayores y cuidadores. Contacto con la sexualidad y trauma psíquico*, Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, N° 29, pp. 105 a 124, Argentina.

Ollari, J. y Diez, M. (2006), *Neurobiología del envejecimiento*; En Mangone et al. (Eds.), *Demencia, Enfoque Interdisciplinario*, Polemos, Buenos Aires, Argentina.

Park, D. (2002), *Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo en el envejecimiento*; En D. Park & N. Schwarz, *Envejecimiento cognitivo*, Editorial Panamericana.

Salvarezza, L. (2002), *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, 2° ed. revisada y ampliada, Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Salvarezza, L. (1988), *Las depresiones en la vejez*, Cap. 3; En *Psicogeriatría: teoría y clínica*, (2002), 2° ed. revisada y ampliada, Paidós, pp. 73 a 144, Buenos Aires, Argentina.

Schaie, Warner y Willis, Sherry (2003), *Psicología de la edad adulta y la vejez*, pp 481 a 483, Pearson, Madrid, España.

Sitios web, [http:// monografias.es.wikipedia.org/wiki/alcoholismo](http://monografias.es.wikipedia.org/wiki/alcoholismo).

Slachesvky, A y Oyarzo, F. (2008), *Demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica*; En Labos, E.; Slachesvky, A; Fuentes, P y Manes, F., *Tratado de Neuropsicología*.

Solís, Vélez y Berumen (2000), *Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en las personas de tercera edad*. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, Universidad Autónoma del Estado de México, Salud Mental, junio, Vol. 23, N° 003, Distrito Federal, México.



# Glosario

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

<sup>1</sup> [http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=som%El tico](http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%El+tico)

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

<b>Familia extensa</b>	Está integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros, parientes o no parientes.
<b>Familia nuclear</b>	Está integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
<b>Faneras</b>	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.
<b>Fascia</b>	Envoltura de tejido conjuntivo que realiza un número importante de funciones, incluyendo la envoltura y el aislamiento de uno o más músculos.
<b>Heterogénea</b>	Compuesta de partes de diversa naturaleza.
<b>Induración</b>	Acción y efecto de endurecer.
<b>Necrosis</b>	Degeneración de un tejido por muerte de sus células.
<b>Prevalentes</b>	Que aparecen con mayor frecuencia.
<b>Prono</b>	Que está echado sobre el vientre.
<b>Sepsis:</b>	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. <sup>3</sup>
<b>Somático</b>	Se dice del síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico. <sup>4</sup>

<sup>3</sup> [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=sepsis](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sepsis)

<sup>4</sup> [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=som%EI tico](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%EI tico)



<b>Subcutáneo</b>	Que está inmediatamente debajo de la piel.
<b>Supino</b>	Tendido sobre el dorso.
<b>Trombo</b>	Coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo.
<b>Trombo embólicas</b>	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.
<b>Tuberosidad isquiática</b>	Abultamiento óseo del isquion, la parte inferior del hueso coxal.
<b>Cualitativa</b>	Que denota cualidad.
<b>Asertiva</b>	Que implica la acción de dar algo por cierto. Afirmar.
<b>Estereotipo</b>	Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

# Manual de Cuidados Domiciliarios

## Cuadernillo N° 1



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