



BIBLIOTECA PAMI



Estrategias de apoyo y cuidado a personas mayores en el domicilio

Manual de formación

Cuadernillo I

Las personas mayores en el mundo actual



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina

Secretaría Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia



PAMI
INSSJP

Autoridades PAMI

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo

Dra. Mónica Roqué

Secretaria de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y
Políticas de Cuidado

Alejandro Robino

Gerente de Políticas de Cuidado

Mario Aguilera

Subgerente de Cuidados en la Comunidad

Autoridades Ministerio de Desarrollo Social

Victoria Tolosa Paz

Ministra

Gabriel Lerner

Secretario de Niñez, Adolescencia y Familia

Tomás Pessacq

Director Nacional de Políticas
para Adultos Mayores

Constanza Fernández Salvador

Coordinadora del Programa Nacional de
Cuidados en la Comunidad

Directora de publicación

Dra. Mónica Roqué

Coordinadora de contenidos

Mg. Susana Ordano

Autores

Mónica Roqué

Ricardo Iacub

Luciana Machluk

Sandra Huenchuan Navarro

Tomás Pessacq

Carolina Tapia

Analía Branca

Jimena Ramírez

Constanza Fernández Salvador

Ana Paula Osorio Goñi

Ana Paula Villanueva

Claudia Arias

Adriana Herrero

Sebastián Amaro

Vanesa Amatto

Marisa Rauch

ISBN: 978-987-48963-0-8

Edición: diciembre de 2022

ÍNDICE

Prólogos

Lic. Luana Volnovich, Directora Ejecutiva de PAMI	6
Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia	8

Módulo 1

Los Derechos Humanos y las Personas Mayores	11
---	----

Módulo 2

Situación de la Población Mayor en Argentina	23
--	----

Módulo 3

Nuevas configuraciones familiares e intervención desde la perspectiva de cuidados en personas mayores	33
---	----

Módulo 4

Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural	43
--	----

Módulo 5

El apoyo social en la vejez	51
-----------------------------	----

Módulo 6

Participación comunitaria de las personas mayores	61
---	----

Módulo 7

Género y vejez	75
----------------	----

Módulo 8

Hacia un modelo de cuidados domiciliarios con perspectiva de diversidad sexual	89
--	----

Módulo 9

Psicología de la vejez	101
------------------------	-----

Módulo 10

El rol de las cuidadoras y los cuidadores	123
---	-----



ESTRATEGIAS DE APOYO Y CUIDADO A PERSONAS MAYORES EN EL DOMICILIO

MANUAL DE FORMACIÓN

CUADERNILLO I

LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNDO ACTUAL



El éxito de la longevidad en las sociedades actuales conlleva al mismo tiempo la celebración por la extensión de la vida y la responsabilidad de la acción en políticas públicas destinadas a la población etaria que envejece más y tiene otras necesidades. A edades más avanzadas crece el requerimiento de algún tipo de ayuda, para seguir viviendo en casa y formando parte de la comunidad.

Con la práctica de los cuidados es posible garantizar el bienestar físico y emocional de las personas en general y, en particular, de aquellas que presentan alguna dificultad para la realización de las actividades de la

vida diaria, como puede sucederles a las personas mayores en algún momento del curso de la vida.

La noción de “cuidado” ha ido cobrando relevancia desde hace unos años, particularmente en una sociedad envejecida, ya que la protección de la persona remite al conjunto de apoyos que posibiliten una vida con dignidad, abarcando una amplia gama de necesidades e intereses. Si bien el cuidado se apoya, fundamentalmente, en las familias, estas han experimentado cambios estructurales en las últimas décadas, pasando de familias con muchos hijos e

hijas a familias con uno o dos hijos e hijas, lo que significa menor número de potenciales cuidadores y cuidadoras.

Además del cambio en la configuración familiar, en nuestro país el 51% de las personas de 60 años y más viven solas o con otra persona mayor, razón por la cual es más difícil obtener ayuda. Teniendo en cuenta estas realidades es que la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos para Personas Mayores plantea en su artículo 12 el **derecho de recibir servicios de cuidado a largo plazo** y en su artículo 7, el **derecho a una vida independiente y autónoma**.

Las políticas integrales de cuidado se entienden como un pilar fundamental de las políticas públicas hacia las personas mayores, las que deben considerar tanto a los sujetos de cuidado como a las personas cuidadoras. Todo esto ha requerido que el cuidado se piense desde la formación adecuada y los recursos específicos para que no se resuelva desde el sentido común sino desde la complejidad y el saber que amerita esta labor.

Los programas de apoyo y cuidado en domicilio son centrales para que las personas mayores sigan participando de una vida activa en comunidad. Es por ello que desde PAMI consideramos fundamental la capacitación de las personas que se dedican a cuidar desde un rol profesional y, de este modo, brindar a las personas afiliadas la mejor calidad de atención en su domicilio. Este manual de Formación para Cuidadores

y Cuidadoras pretende ser una herramienta prioritaria para tal aprendizaje.

Queremos que las personas mayores sigan activas participando en su comunidad y, si en algún momento de la vida presentan alguna dificultad, puedan seguir haciéndolo con el apoyo de un cuidador o cuidadora con la adecuada formación.

Los y las invitamos a recorrer su contenido.

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI



El cuidado de las personas mayores ha ido cobrando una mayor relevancia en los últimos años en América Latina. En particular, en la Argentina pasó a ocupar un lugar central como una dimensión clave del bienestar social, posicionándose en la agenda política e institucional.

El contexto actual por el que atraviesa el mundo y la emergencia sanitaria decretada en nuestro país nos generan mayores desafíos y responsabilidades, poniendo aún más en evidencia lo esencial de los cuidados en nuestras vidas.

En este sentido, entendemos que es nuestro compromiso contribuir a la

generación de políticas integrales de cuidado, teniendo en cuenta la igualdad y equidad de géneros, en función de garantizar y visibilizar los cuidados como un derecho.

Por ello, desde Jefatura de Gabinete de Presidencia de la Nación en forma conjunta con el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación se ha propuesto la conformación de la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, de la cual nuestro ministerio es parte, asumiendo el compromiso en el diseño de una estrategia integral para redistribuir y reconocer el cuidado como una necesidad, como un trabajo y como un derecho.

Con el objetivo, por un lado, de promover el bienestar de las personas mayores, y por otro, de fortalecer las capacidades laborales, desde la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, llevamos adelante esta capacitación destinada a personas titulares del plan Potenciar Trabajo y a la comunidad en general para la formación en el cuidado de personas mayores.

Es nuestro objetivo que estas políticas públicas fortalezcan la redistribución y el reconocimiento de los cuidados como una necesidad, como un trabajo y como un derecho, en forma integrada, federal, multisectorial, desde la perspectiva de igualdad y corresponsabilidad social.

Para ello, en esta Secretaría nos hemos propuesto articular dos ejes fundamentales de la política que lleva adelante nuestro ministerio: Políticas de Cuidados y Potenciar Trabajo, entendiendo que el cuidado engloba la calidad de vida y los derechos de la persona cuidada, además de fortalecer la red de reconocimiento económico y los derechos de quienes brindan cuidados, generando empleo genuino y achicando desigualdades.

En este sentido, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, a través de la formación de recurso humano calificado en la temática de la atención y cuidado de personas mayores con algún grado de dependencia, garantiza un escalón importante en el sistema progresivo de atención para habilitar espacios que favorezcan el desempeño, la autonomía, la

calidad de vida y el bienestar integral de las personas mayores de nuestro país.

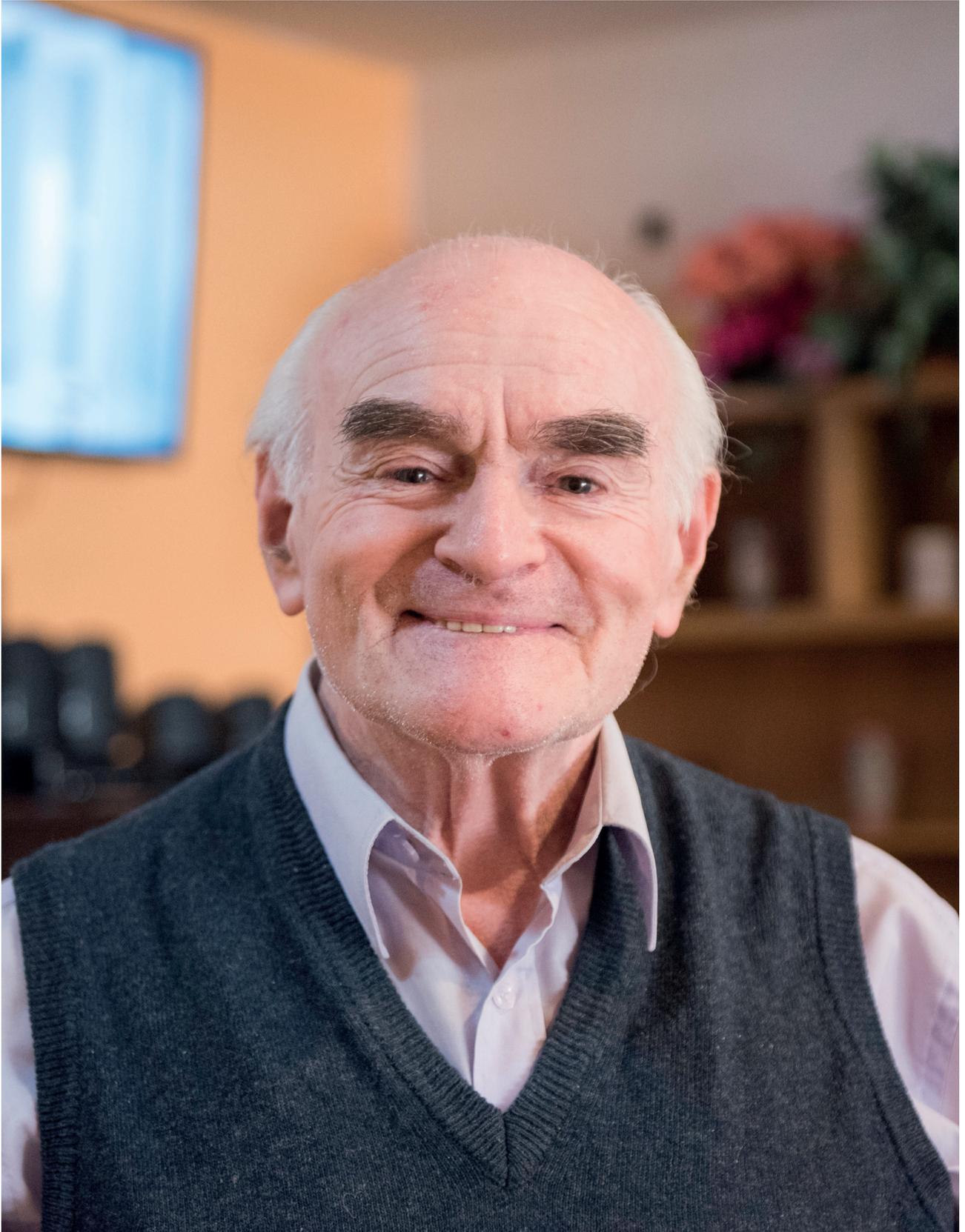
Esta capacitación, orientada a promover una mirada integral sobre la vejez, posibilita generar abordajes específicos y acordes a las particularidades y necesidades de las personas mayores desde una perspectiva de derechos, género y diversidad, entendiendo esta como el punto de partida desde el cual mirar, reflexionar e intervenir en cada situación concreta.

Una formación integral, que aporte herramientas y nutra las intervenciones que se llevan a cabo, es fundamental en tanto de ellas dependerán la riqueza de los abordajes y las posibilidades de que estos den cuenta de los derechos de las personas como un valor esencial. Existe una relación directa entre el conocimiento y las posibilidades de acción; incidir allí es nuestra apuesta para mejorar la atención de las personas mayores y, con ello, su calidad de vida.

Esperamos que el presente manual de estudio sea de gran aporte tanto para la persona que se forma como para garantizar la calidad del servicio de las personas mayores que reciben ese cuidado.

Gabriel Lerner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación





MÓDULO 1

Los Derechos Humanos y las Personas Mayores

Dra. Mónica Roqué

Médica. Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad. Magister en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá, España. Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI). Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC). Directora Nacional de Políticas para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2001 – 2015). Directora de posgrados en Gerontología. Docente de universidades nacionales y extranjeras. Autora de diversas publicaciones nacionales e internacionales. Miembro del Comité Redactor de la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores. Presidenta de la Delegación Argentina ante ONU y OEA para la defensa de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2003 - 2015). Especialista en Derechos Humanos, ONU (2021).

“Defender los derechos humanos nunca ha sido un proyecto con consenso y casi siempre ha sido el resultado de una lucha”.

(Philip Alston, Relator Especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos.)

Conceptos básicos de derechos humanos

Como refiere Philip Alston (2017), la defensa de los derechos humanos implica la lucha de grupos que están desprotegidos por los Estados y que encuentran formas de discriminación social. Tal es el caso de las personas mayores. Por tal motivo, **abordar el paradigma de los derechos humanos es fundamental para todas y todos los que trabajamos con las personas mayores.**

Comenzaremos conceptualizando que **los derechos humanos son universales e inherentes a todas las personas** por el solo hecho de existir. Se inscriben en la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1948, como respuesta a los actos atroces cometidos en la Segunda Guerra Mundial (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, 2021). Los derechos humanos (DD.HH.) se clasifican en: derechos civiles y políticos; y derechos económicos, sociales y culturales:

a) Civiles: el derecho a la nacionalidad, a la libertad de tránsito, a la seguridad jurídica y al debido proceso, a la no discriminación, entre otros.

b) Políticos: derecho al voto y a ser votado, por lo tanto, a participar de la vida política.

c) Económicos, Sociales y Culturales: son aquellos que se relacionan con las condiciones sociales y económicas básicas para una vida en dignidad y libertad. El trabajo, la seguridad social, la salud, la educación, la alimentación, el agua, la vivienda, un medio ambiente adecuado y la cultura.

Por otra parte, los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes:

a) Universales: todas las personas tenemos el mismo derecho a gozar de los derechos humanos.

b) Inalienables: significa que no pueden ser restringidos por las leyes ni por ningún gobierno (Oficina de Asuntos Públicos Mundiales del Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2018), salvo casos excepcionales. Por ejemplo, el derecho a la libertad para una persona que es declarada culpable de un delito por un tribunal de justicia.

c) Indivisibles e Independientes: cada derecho está vinculado al resto de tal manera que no se puede privar a una persona de un derecho sin poner en peligro los demás. Por ejemplo, difícilmente una persona que carece de jubilación o pensión pueda ejercer el derecho a la salud y la alimentación.

DERECHOS HUMANOS

Son universales e inherentes a todas las personas por el solo hecho de existir

SON:
UNIVERSALES
INALIENABLES
INDIVISIBLES
INTERDEPENDIENTES

SE CLASIFICAN EN:
CIVILES
POLÍTICOS
ECONÓMICOS
SOCIALES Y CULTURALES

Fuente: Sandra Huenchuan (2011).

Las personas mayores en el mundo y en la región de América Latina y el Caribe

El envejecimiento de la población es un hecho inédito mundial. **Las personas viven más años como consecuencia de las mejoras en sus niveles de vida y en las condiciones de la salud.** Este proceso comenzó hace más de un siglo en Europa, luego en América del Norte y en la actualidad los países de ingresos bajos y medianos están experimentando el cambio más acelerado. Según las Naciones Unidas, en 2020 el mundo contaba con 1.049 millones de personas de 60 años y más, mientras que se espera que esa cifra aumente a 1400 millones para el año 2030 (ONU, 2019).

En América Latina y el Caribe (ALC), el envejecimiento en los últimos 50 años se ha acelerado en la población debido a la baja de la mortalidad y de la fecundidad.

En la actualidad, la región de ALC presenta 85 millones de personas de 60 años y más (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020). Se espera que en 2030 se alcance la cifra de 121 millones de personas mayores y que en 2050 se llegue a los 200 millones, lo que constituiría el 26% de la población. De acuerdo con la cantidad de personas de 60 años o más, las sociedades se dividen entre aquellas que presentan un envejecimiento incipiente (7% de la población total presenta 60 años o más), moderado (9,5%), moderadamente avanzado (14%) y muy avanzado (17% o más).

En primer lugar, **debemos considerar el envejecimiento poblacional como un gran logro de la humanidad: que existan muchas personas de 60 años y más es el resultado de los avances científicos y en materia de DD.HH., dado que las personas no fallecen a edades más tempranas.**

Argentina es un país con envejecimiento avanzado (15,7% de su población total presenta 60 años o más), lo que es producto de las mejoras en las condiciones de vida, la disminución de la mortalidad infantil, el acceso a la salud y a otros derechos humanos que han producido el aumento de la **Esperanza de Vida al Nacer (EVN)**. En los últimos 60 años, el promedio de vida de la población de América Latina y el Caribe aumentó 22,5 años. La esperanza de vida promedio para la región en el período 2015-2020 fue de 75,2 años, siendo para el varón de 72,6 y para la mujer de 78,5 años (CEPAL, 2020).

Sin embargo, **la pandemia de Covid-19 pone en riesgo los años ganados en EVN**. El informe de CEPAL titulado Mortalidad por COVID-19: evidencias y escenarios (2021) plantea que podrán perderse años de esperanza de vida si la pandemia alcanza altos índices de prevalencia (entre el 10 y el 50%).

La Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Desde 1948 Argentina marcó un camino en la defensa de los derechos humanos de las personas mayores, cuando Eva Duarte de Perón, en el seno de las Naciones Unidas, proclamó el Decálogo de la Ancianidad que luego fue incorporado en la Constitución Nacional. Argentina se convirtió en el primer país del mundo que les otorgó rango constitucional a estos derechos, aunque posteriormente la Constitución fue derogada por la dictadura militar.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDPM) el 15 de julio de 2015, la misma fecha en que se conmemora el “Día Mundial de toma de conciencia contra el abuso y maltrato en la vejez”. De esta manera, la Convención se convirtió en el primer

Envejecimiento de las sociedades de acuerdo con la cantidad de personas de 60 años

Envejecimiento incipiente

7% de la población total presenta 60 años o más

Envejecimiento moderado

9,5% de la población total presenta 60 años o más

Envejecimiento moderadamente avanzado

14% de la población total presenta 60 años o más

Envejecimiento avanzado

17% de la población total presenta 60 años o más

Fuente: elaboración propia.



instrumento internacional de carácter vinculante orientado a la protección específica de los derechos de las personas mayores. El gobierno argentino lideró el proceso durante toda la negociación (2010-2015). En la presidencia de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner, el Ministerio de Desarrollo Social, a cargo de la Dra. Alicia Kirchner, fue quien coordinó el proceso junto a Cancillería. La presidencia de la delegación argentina fue ejercida por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del ministerio, a cargo de la Dra. Mónica Roqué. Se formó un grupo de trabajo conjunto en el que participaron Cancillería, la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), el Instituto Nacional de Servicios Sociales

para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), la Secretaría de Derechos Humanos y el Consejo Federal de Mayores (integrado por las direcciones provinciales vinculadas a la temática, las organizaciones de mayores, las sociedades científicas, entre otros. Los países socios de Argentina que acompañaron el proceso fueron Uruguay, Chile, Brasil y Costa Rica.

La Convención plantea un nuevo enfoque: el de los derechos humanos. ¿Qué significa?

Es la modificación de la lógica en la elaboración de los programas, las leyes y las políticas, pasando de una perspectiva asistencialista -en la que el punto de partida son las necesidades de la

población mayor, las carencias y las dádivas del Estado- **a una mirada en la cual las personas son sujetos de derechos** que obligan al Estado y a la sociedad a garantizar sus derechos sociales, civiles, políticos, económicos y culturales.

¿Cuáles son las ventajas de tener la convención?

- Establece estándares de protección más específicos y adecuados que los existentes antes de ella.
- Define como “persona mayor” a aquella de 60 años o más.
- Prohíbe la discriminación por edad en la vejez, así como también la discriminación por género, diversidad sexual o identidad de género.
- Promueve, protege y asegura el pleno goce y ejercicio de los derechos y fomenta un envejecimiento activo en todos los ámbitos.
- Se pronuncia contra los estereotipos y prejuicios que ocasionan prácticas de exclusión y discriminación.
- Establece el acceso a los servicios de cuidados paliativos.
- Dispone obligaciones para los Estados. Parte de generar mecanismos para la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno.
- Consagra el derecho a brindar consentimiento libre e informado en materia de salud.

El objetivo de la Convención es: “Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”. (OEA, 2015).

Basándose en el enfoque de derechos, Sandra Huenchuan (2011) propone analizar el paradigma tradicional en comparación con el **paradigma de los derechos humanos de las personas mayores**.

Vamos a **analizar los estereotipos implícitos en la perspectiva tradicional:**

1) Beneficiario. La utilización de esta palabra se vincula con las sociedades de beneficencia, en las que se les otorgaba dádivas a las personas a modo de compensación humanitaria o religiosa por las condiciones desfavorables de vida. Por el contrario, **en el paradigma de los derechos humanos las personas son concebidas como titulares de derecho**, es decir, con derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales que tienen que ser garantizados por el Estado.

2) Otro estereotipo del paradigma tradicional es la concepción de que las personas mayores realizan prácticas

Paradigma Tradicional	Paradigma de Derechos Humanos
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social.	Las personas mayores son entendidas como sujetos de derecho .
Se reproducen prácticas heterónomas .	Se impulsan procesos de autonomía .
Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos .	Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad.
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad pueda dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

Fuente: elaboración propia.

heterónomas. **La heteronomía es la aceptación, por parte de una persona, de normas impuestas por la sociedad que se acatan con cierto grado de indiferencia o contra la propia voluntad.**

Para ejemplificar esta idea, las siguientes preguntas suelen ser hechas a personas mayores que intentan evadir la heteronomía:

- ¿A tu edad te vas a enamorar?
- ¿A tu edad vas a trabajar?
- ¿A tu edad vas a tener pareja?
- ¿A tu edad vas a estudiar?
- ¿A tu edad vas a competir en un deporte?

Lo contrario de la heteronomía es **la autonomía**, que se define como **la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir sus consecuencias**. En el artículo 7 de la Convención se plantea el “Derecho a la independencia y a la autonomía”. Quiere decir que no se pierde la capacidad de decidir por cumplir determinada edad. Si esto ocurre, se está violando un derecho fundamental de las personas mayores.

3) El paradigma tradicional entiende que las personas mayores tienen roles restringidos. Como ya vimos, se les asigna el rol de abuelos y abuelas, o el de jubilados y jubiladas únicamente.

4) Por otra parte, el paradigma tradicional considera que todas las personas mayores son iguales, las homogeniza, sin tener en cuenta el envejecimiento diferencial. No hay una persona mayor igual a otra, dado que existen diferencias en las historias de vida, las condiciones económicas, la cultura, la educación, el acceso a la salud, entre otras.

5) Por último, el paradigma tradicional no tiene en cuenta que los contextos generan desigualdades, y el concepto de igualdad planteado en varios instrumentos vinculantes no se condice con la realidad. Existe una brecha entre la igualdad formal y la igualdad real. **El paradigma de los derechos humanos trabaja sobre la forma de eliminar estas barreras, para que todas las personas, sin importar la edad, su condición económica, social,**

cultural, orientación sexual, género, identidad sexual, etc., accedan a los mismos derechos.

Cómo se gestiona la política pública en Argentina

Actualmente, **en nuestro país existen varias instituciones, organismos y dependencias del Estado que se encargan de las políticas públicas sobre vejez y envejecimiento.** Entre ellas, podemos mencionar al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores; el Ministerio de Salud, con su Dirección de Personas Adultas y Mayores; El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI); la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES); y la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. En otros capítulos se detallará el funcionamiento de alguna de estas instituciones.

Por otra parte, a nivel provincial existe un correlato de sedes de estas instituciones. **Es fundamental que las y los cuidadores conozcan y estén en contacto con ellas como parte de su tarea de apoyo y cuidado.**

Palabras finales

No es la vejez la que produce que se pierdan derechos, sino la concepción social de la vejez. En las sociedades donde

la edad es un disvalor, a las personas mayores se las excluye y discrimina. Por el contrario, aquellas sociedades que valoran la edad, la sabiduría y la experiencia favorecen el desarrollo de la comunidad en su conjunto, convirtiéndolas en sociedades maduras y justas.

La tarea del cuidador o cuidadora es defender, promocionar, enseñar y difundir los derechos de las personas mayores, pero, además, hay algo muy importante que debería estar en primer lugar en el trabajo cotidiano: el respeto a las personas mayores como sujetos autónomos capaces de tomar sus propias decisiones, sin distinción de edades, condiciones de

salud, socioeconómicas u otras. Solo así nos encontraremos realmente trabajando en el paradigma de los Derechos Humanos.

Ideas Clave del Módulo

- Al momento de trabajar con personas mayores es fundamental realizarlo desde el paradigma de los derechos humanos.
- Los derechos humanos (DD.HH.) son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes y se clasifican en: derechos civiles y políticos; y derechos económicos, sociales y culturales.



El trabajo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI).

Fuente: INSSJP-PAMI

- Entendemos al envejecimiento poblacional como un gran logro de la humanidad.
- Argentina es un país con envejecimiento avanzado lo que es producto de las mejoras en las condiciones de vida, la disminución de la mortalidad infantil, el acceso a la salud y otros derechos humanos que han producido el aumento de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN).
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM) tiene por objetivo Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (OEA, 2015) y plantea un nuevo enfoque: el de los derechos humanos.
- El enfoque de los derechos humanos de las personas mayores promueve, entre otros aspectos, la reflexión para derribar los estereotipos implícitos anclados en una perspectiva tradicional. Así, el paradigma de los derechos humanos de las personas mayores resulta una herramienta para superar enfoques tradicionales.
- No es la vejez la que produce que se pierdan derechos, sino la concepción social de la vejez.
- Actualmente, en nuestro país existen varias instituciones, organismos y dependencias del Estado que se encargan de las políticas públicas sobre vejez y el envejecimiento y es fundamental que las y los cuidadores conozcan y estén en contacto con ellas como parte de su tarea de apoyo y cuidado.



Bibliografía

- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). <https://www.anses.gob.ar/>
- ALSTON, P. (2017). Los derechos humanos bajo ataque. Sur. Revista internacional de derechos humanos, 14(25), 267-273. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/06/sur-25-espanhol-philip-alston.pdf>
- AMARO, S. Y ROQUÉ, M. (2015). Capítulo I. Los desafíos del envejecimiento: políticas públicas y envejecimiento. En M. Roqué y A. Fassio (Comp.), Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur (pp. 13-43). Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). <https://www.algec.org/biblioteca/POLITICAS-PUBLICAS-VEJEZ.pdf>
- Banco Mundial. (s.f.). Esperanza de vida al nacer, mujeres (años). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Observatorio Demográfico de América Latina. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/observatorio-demografico-america-latina>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). Mortalidad por COVID-19: evidencias y escenarios. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46640-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2020-mortalidad-covid-19>
- HUENCHUAN, S. (2011). Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21497>
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). <https://www.pami.org.ar/>
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/personasmayores>
- Ministerio de Salud. Dirección de Personas Adultas y Mayores. <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Oficina de Asuntos Públicos Mundiales del Departamento de Estado de los Estados Unidos (2018). ¿Qué es un derecho inalienable? <https://share.america.gov/es/que-es-un-derecho-inalienable>
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas (2021). ¿En qué consisten los derechos humanos? <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas (2019). Perspectiva de la población mundial. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es>
- ROQUÉ, M. (2012). De la necesidad y fundamento de un tratado internacional sobre personas mayores. Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, DF: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf
- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos>



MÓDULO 2

Situación de la Población Mayor en Argentina

Tomás Julio Clemente Pessacq

Licenciado en Sociología. Director 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.

Introducción

En este módulo se intentarán explicar las principales características del envejecimiento poblacional en nuestro país y realizar un acercamiento a la situación de las personas mayores, a partir de datos sobre su institucionalización, la cobertura de salud que poseen, el nivel educativo alcanzado y la composición de sus hogares, entre otros aspectos.

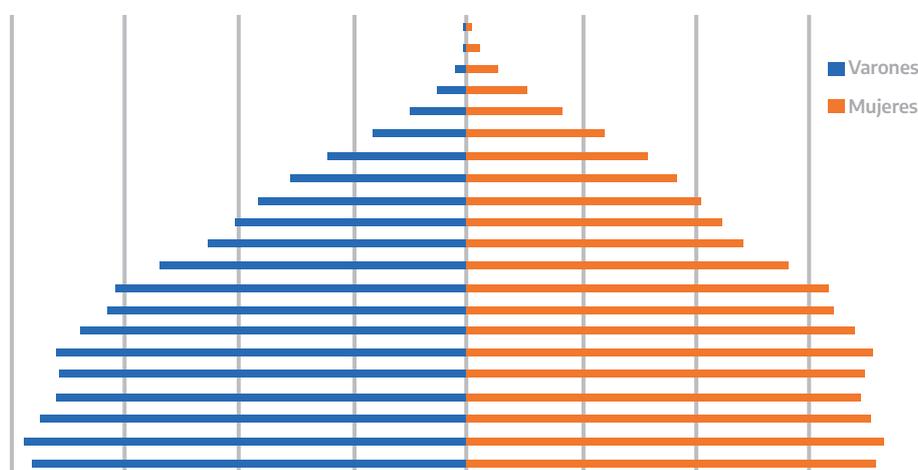
Escenario actual

En el mundo, el envejecimiento de la población es considerado una de las transformaciones sociales más significativas de los últimos tiempos. Todos los países están envejeciendo debido a un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento del peso relativo de las personas

en edades avanzadas y la disminución del peso relativo de las más jóvenes. Es decir, que aumenta el porcentaje de personas mayores (60 años y más) y, al mismo tiempo, disminuye el porcentaje tanto del grupo de menores de 15 años como de la población activa (de 15 a 59 años).

En este contexto, **nuestro país también atraviesa un proceso de envejecimiento desde hace varias décadas**. Según el último censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2010, había 5.725.838 personas mayores de 60 años y más, lo que representa el 14,3% de la población total (INDEC, 2013). En tanto, según las proyecciones del organismo público, para 2021 la cantidad de personas de 60 años y más será de 7.279.394, lo cual representa el 15,8% de la población. Hacia 2040, se espera que se incremente hasta alcanzar las 10.870.882 personas mayores de 60 años.

Figura 1: Pirámide poblacional Argentina 2021.



Fuente: elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC, 2013).

La esperanza de vida en Argentina es de 78,15 años, siendo de 81,4 años para las mujeres y de 74,9 años para los varones. Se proyecta que para el 2040 la EVN sea de 81,58 para ambos sexos, 84,7 para mujeres y 78,4 para varones (Estimaciones y proyecciones de INDEC, 2013).

Es importante destacar que el **envejecimiento poblacional** en nuestro país se caracteriza por:

- La **feminización de la vejez**: es decir, mayor presencia de mujeres en la población de más de 60 años.
- La **urbanización**: casi 9 de cada diez personas mayores habita en áreas urbanas, mientras que el resto lo hace en zonas rurales (INDEC, 2010).
- El **incremento de las personas más viejas** dentro de la población mayor: una de cada tres personas mayores en Argentina tiene 75 y más años.

En la llamada transición demográfica, los países cuentan con un período de gracia denominado bono demográfico. Se trata de una etapa que sucede durante el pasaje de una estructura poblacional a otra y que brinda la oportunidad de acumular recursos a partir de la riqueza producida por la población en edades activas (15 a 59 años) cuando los países son demográficamente “jóvenes”. Este bono permite preparar el escenario para enfrentar la futura demanda de la población potencialmente inactiva (0 a 14

años y más de 60). Argentina terminará su bono en el año 2039.

Personas mayores institucionalizadas en la Argentina

En nuestro país se ha consolidado la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores tendiente a proporcionar mecanismos, instrumentos y recursos para asegurar la efectividad de los derechos. Se crearon instituciones a nivel provincial y municipal para dar respuestas a nivel local a las personas mayores. Por otro lado, se fortalecieron organismos dedicados a la vejez y el envejecimiento a nivel nacional, siendo que el 92% de las instituciones públicas provinciales cuentan con organismos propios orientados a las personas mayores. La gran mayoría tiene rango de dirección provincial, lo que constituye un logro en el fortalecimiento de la institucionalidad. Estas direcciones pusieron en marcha una gran variedad de programas para atender las necesidades de las personas mayores y también para promover su autonomía y participación.

Asimismo, en las provincias se han desarrollado los Consejos Provinciales de Adultos Mayores, en los que se debaten las principales necesidades y orientaciones en materia de políticas públicas para la vejez y el envejecimiento con un criterio federal. Dada la organización de nuestro país, las provincias han producido normativas para ser aplicadas en sus territorios en relación con las residencias de larga estadía para

personas mayores; y la mayoría de las legislaciones provinciales reglamentan residencias tanto públicas como privadas.

Actualmente, no se cuenta con una caracterización de las residencias de larga estadía para personas mayores, ni tampoco con datos certeros sobre cuántos hay en el país. Sin embargo, según datos relevados durante el censo 2010, en Argentina hay aproximadamente 3.580 residencias de larga estadía para personas mayores, de las cuales 8 son de gestión estatal nacional y dependen de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, en el marco de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En el censo también se observa que, en 2010, vivían 76.627 personas de 60 años y más en residencias de larga estadía, lo que representa el 1,3% de la población mayor (5.725.838).

Educación

Según datos relevados en el último trimestre de 2020 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC, prácticamente el 32,1% de la población adulta mayor de 60 años completó sus estudios primarios, mientras que el 10,8% no pudo finalizarlos.

Además, se observa que, aproximadamente, un 44% de las personas mayores alcanzó, como mínimo, a terminar el nivel secundario.

Si bien los índices correspondientes a secundario completo, universitario incompleto y universitario completo no muestran grandes diferencias por género, sí las hay desde el nivel superior universitario en adelante, ya que los varones duplican y cuadruplican la probabilidad de alcanzar estos niveles educativos en comparación con las mujeres. Es decir, que la mayor parte de la población que alcanza niveles universitarios son varones, marcando una clara inequidad de género. Asimismo, las diferencias por género aparecen a la inversa: el porcentaje de mujeres que termina sus estudios primarios es mayor que el de los varones: 33,1% para el caso de las mujeres frente al 32,1% para los varones. En tanto, estos últimos superan en número a la cantidad de mujeres que alcanza el nivel secundario incompleto: 11,9% de los varones frente al 10,5% de las mujeres.

En relación con la alfabetización, de acuerdo con datos de la Encuesta, en nuestro país hay **188.891 personas que no saben leer ni escribir, de las cuales 78.765 son personas mayores de 60 años, siendo un 40,5% varones y el resto mujeres mayores.** Si bien es un número bajo, al compararlo con los demás países de América Latina, no deja de ser un problema grave para las personas mayores, especialmente para las mujeres. En cuanto a la relación que establecen las personas mayores con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el 18% de la población mayor utiliza la computadora (INDEC, 2010); el desafío es promover una mayor alfabetización informática.

Salud

En 2012, el INDEC y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores realizaron la primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (INDEC, 2014). Allí se puede observar que gran parte de los mayores tiene un buen envejecer. Si bien las enfermedades, dependencias o deterioros se encuentran presentes en la vejez avanzada, el 78% de las personas encuestadas manifestó tener elevados niveles de satisfacción de sus vidas; podría pensarse que cuentan con recursos para afrontar, aceptar y compensar esas situaciones desfavorables.

En lo que respecta al **acceso al Sistema de Salud, el 92,6% de la población mayor de 60 años posee cobertura específica, ya sea por prestación pública o privada (obra**

Figura 2: Cobertura médica en población de 60 años y más.



Fuente: elaboración propia.

social, medicina prepaga a través de obra social o contratación voluntaria). Este tipo de cobertura era mayor entre las mujeres (95,1%) que entre los varones (89%).

La principal obra social para las personas mayores es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). El **PAMI brinda prestaciones médicas y sociales para 4,5 millones de personas que se encuentran afiliadas. Por su parte, la población sin cobertura específica, pero con acceso al sistema sanitario público, alcanza el 7,4%.**

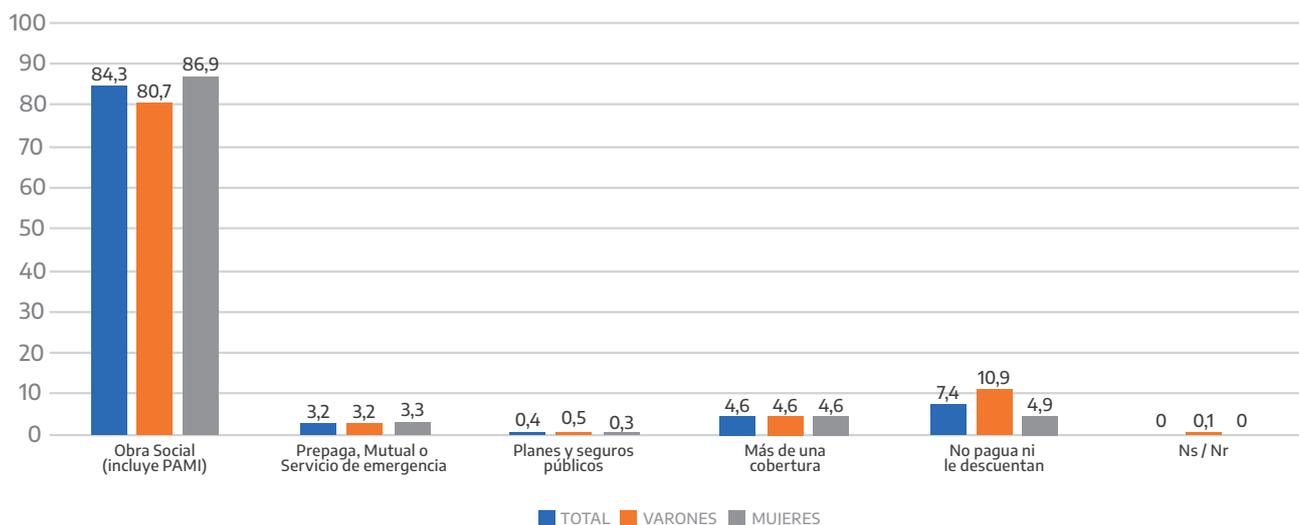
En tanto, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares para el cuarto trimestre de 2020, el 92,6% de la población mayor de 60 años y más posee obra social, prepaga, mutual y/o servicio de emergencia, con una mayor cobertura entre las mujeres (95,1%) que entre los varones (89%).

Características de los Hogares de las Personas Mayores en Argentina

Ante todo, es necesario definir que, por hogar se entiende a la persona o grupo de personas (sean parientes o no) que comparten los gastos y residen bajo un mismo techo. En este sentido, se pueden reconocer distintos tipos de hogares:

- **Hogar unipersonal** de personas mayores donde vive una sola persona de 60 años o más.

Figura 3: Población de 60 años y más por tipo de cobertura y género.



Fuente: elaboración propia.

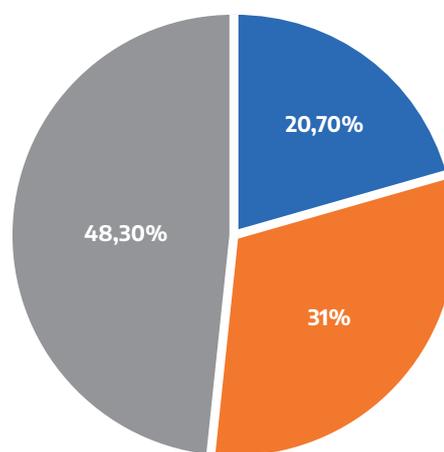
- **Hogar unigeneracional** de personas mayores donde todos los que viven en el mismo hogar tienen 60 años o más.

- **Hogar multigeneracional** donde convive, al menos, una persona de 60 años o más con una o más personas menores de 60 años.

En nuestro país, 2 de cada 10 hogares donde residen personas mayores son unipersonales; 3 de cada 10 son unigeneracionales; y 5 de cada 10 son multigeneracionales (Figura 3).

El proceso de envejecimiento poblacional genera nuevos escenarios psicosociales, con modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales, que se suman a las derivadas del tránsito por diversas etapas del curso vital.

Figura 4: Población de 60 años y más por estrato de hogar.



■ Hogar unipersonal ■ Hogar unigeneracional ■ Hogar multigeneracional

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2014).

Los hogares unipersonales están conformados, principalmente, por una población más envejecida. A su vez, en el 70% de estos hogares viven mujeres solas, en su mayoría viudas. Como contraparte, los hogares unigeneracionales, al igual que los multigeneracionales, tienen preponderancia de jefatura masculina.

Redes de Apoyo

Las redes de apoyo **están compuestas básicamente por las personas en las que nos apoyamos y a quienes apoyamos**. Pueden estar integradas por la **familia**, el **trabajo**, la **escuela** o la **comunidad**, entre otros.

Pueden, asimismo, ampliarse o reducirse dependiendo del bienestar material, físico o emocional de sus miembros, y del grado de involucramiento y participación en el fortalecimiento de las mismas. Se constituyen como un sostén importante

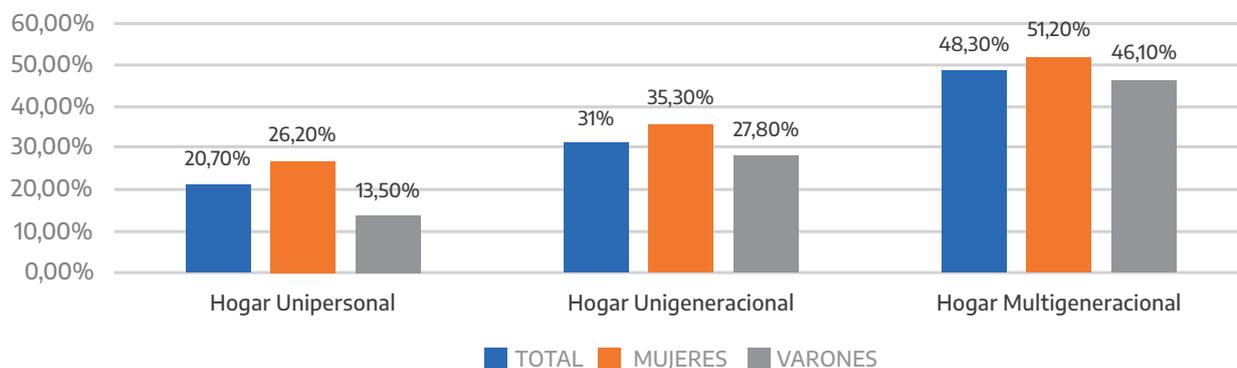
para la vida diaria de las personas mayores. Para ello es necesario contar no solo con la disponibilidad de apoyo (familia inmediata o extensa), sino con la reciprocidad de las relaciones y con los distintos tipos de apoyo (económico, instrumental y emocional).

La mayoría de las personas que brindan este apoyo son las hijas, seguido por los hijos/as y luego por nietos/as, vecinos/as y amigos/as. Entre las personas

mayores, son las mujeres las que brindan el apoyo, generalmente para las tareas domésticas, mientras que los varones tienen mayor peso en aquellas tareas relacionadas con el sostén económico.

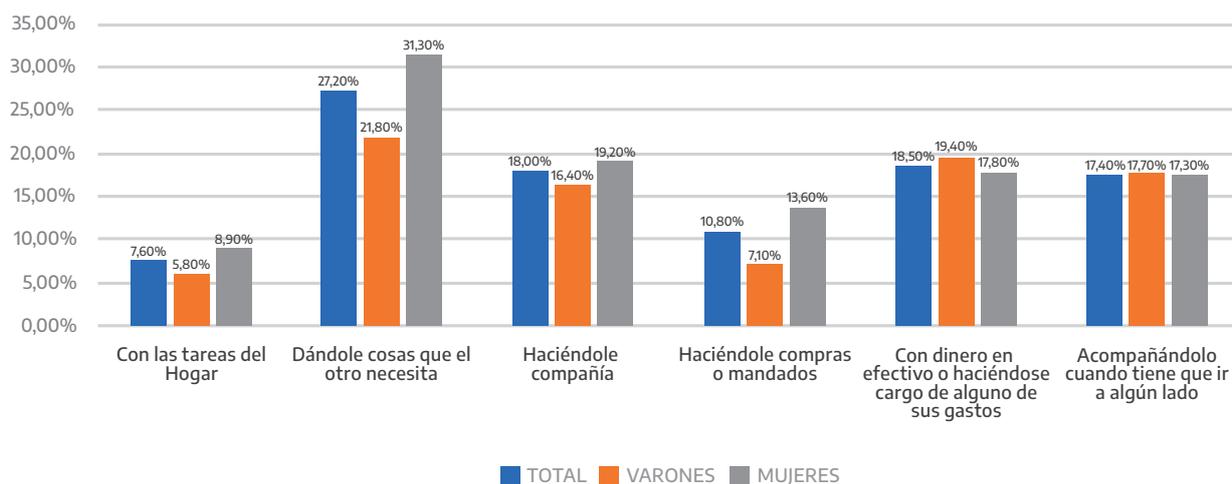
Es importante destacar que las personas mayores no solo reciben algún tipo de ayuda, sino que también la brindan, sobre todo en tareas que tienen que ver con otorgarle cosas como comida, ropa o dinero a una persona de la familia o conocida que lo necesite, incluso acompañándola a algún lado.

Figura 5: Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según estrato de hogar.



Fuente: elaboración propia sobre la en base de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2014).

Figura 6: Población de 60 años y más que otorga ayuda habitualmente a familiar o persona conocida.



Fuente: elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2014).

Entre los distintos tipos de apoyo existentes, las personas mayores reciben, principalmente, apoyo económico, en especial proveniente de familiares. Sin embargo, también existen muchas personas mayores que transfieren ingresos a sus grupos familiares. Por otra parte, es importante mencionar que otras ayudas frecuentes que reciben las personas mayores consisten en pasar un rato con él o con ella y acompañarlos cuando tienen que ir a algún lado.

Palabras finales

El envejecimiento poblacional y la feminización de la vejez implican nuevos desafíos en políticas públicas, que desde el rol del Estado se deben asumir como prioritarios en función de

lograr que las personas mayores puedan seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de la sociedad.

En el contexto actual, se hace necesario resaltar la necesidad de **abordar la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos** que reconozca a la persona mayor desde sus potencialidades y particularidades, respetando su identidad cultural y diversidad sexual.

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

Ideas Clave del Módulo

- El envejecimiento poblacional en nuestro país se caracteriza por la feminización de la vejez (mayor presencia de mujeres en la población de más de 60 años); la urbanización (casi 9 de cada diez personas mayores habita en áreas urbanas); y el incremento de las personas más viejas dentro de la población mayor (una de cada tres personas mayores en Argentina tiene 75 y más años).
- Personas mayores institucionalizadas: según datos del último censo, en 2010 vivían 76.627 personas de 60 años y más en Residencias de Larga Estadía, lo que representa el 1,3% de la población mayor (5.725.838).
- Educación: 188.891 personas que no saben leer ni escribir, de las cuales 78.765 son personas mayores de 60 años (40,5% varones y el resto mujeres mayores).

- Salud: el acceso al sistema de salud alcanza al 92,6% de la población mayor de 60 años (cobertura por prestación pública o privada, como obra social, medicina prepaga). El PAMI brinda prestaciones médicas y sociales para 4,5 millones de personas que se encuentran afiliadas. Por otro lado, la población sin cobertura específica, pero con acceso al sistema sanitario público, alcanza el 7,4%.
- Hogares: 2 de cada 10 hogares donde residen personas mayores son unipersonales; 3 de cada 10 son unigeneracionales; y 5 de cada 10 son multigeneracionales.
- Las redes de apoyo están compuestas básicamente por las personas en las que nos apoyamos y a quienes apoyamos (familia, trabajo, escuela, comunidad). La mayoría de las personas que brinda este apoyo son las hijas, seguido por los hijos y luego por nietos, vecinos y amigos.



Bibliografía

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008). Panorama social de América Latina. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/1229/S0800829_es.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013). Proyecciones y estimaciones. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014). Encuesta Permanente de Hogares. Procesado por Redatam+SP.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021). Encuesta Permanente de Hogares.



MÓDULO 3

Nuevas configuraciones familiares e intervención desde la perspectiva de cuidados en personas mayores

Carolina Tapia, Analía Branca y Jimena Ramírez

Carolina Tapia

Licenciada en Trabajo Social. Coordinadora General de Cursos de Formación de Cuidados Domiciliarios en convenio con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2010-2019). Consultora en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Producción de materiales con perspectiva de Género (2010). Integrante del equipo gerontológico de la Subgerencia de Cuidados Comunitarios de la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Géneros y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

Analía Branca

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora en Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social (UBA). Integrante del equipo de Atención en la Comunidad (Centros y Clubes de día) de la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

Jimena Ramírez

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Gestión de Servicios Gerontológicos (Universidad ISALUD). Docente en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Investigadora de equipos UBACyT y del equipo Envejecimiento y Vejez del CEC, Facultad de Sociales de la UBA. Integrante del equipo gerontológico en la Subgerencia de Capacitación Gerontológica de la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Géneros y Políticas de Cuidado del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

Introducción

El módulo intenta acercar conceptos y herramientas para reflexionar sobre el vínculo que establecen las cuidadoras y los cuidadores domiciliarios con las personas mayores y sus familias.

En primer lugar, se plantea la necesidad de pensar más allá de los modelos de familia tradicionales y reconocer la diversidad que adoptan las configuraciones familiares hoy en día. En ese marco, se propone pensar las intervenciones desde una perspectiva de cuidados, que haga foco en la autonomía, la toma de decisiones, las demandas y los deseos de las personas mayores.

En la última parte del módulo se comparten recomendaciones y criterios básicos para el trabajo de cuidadoras y cuidadores.

Consideraciones acerca de las configuraciones familiares diversas

Hasta finales del siglo XX, **las configuraciones familiares se establecían de acuerdo con los patrones del sistema económico de concentración capitalista, patriarcal y heteronormativo**, determinando los roles y las funciones de las personas que integran un grupo familiar, según su género y edad. Así, la institución del matrimonio heterosexual y monogámico (comúnmente



denominado sociedad conyugal) se atribuía el monopolio de una sexualidad legítima.

Sin embargo, **el enfoque sobre los derechos humanos, la diversidad sexual y las disidencias pone en jaque y cuestiona al modelo tradicional de familia.**

Esto implica visibilizar o reconocer la complejidad de las nuevas configuraciones familiares y comprender nuevas tensiones, funciones y roles entre sus miembros. Se trata de acompañar estos procesos de reconfiguraciones en torno a la unidad familiar, que son, ni más ni menos, que las formas en las que se organiza la convivencia social, la sexualidad y las identidades de género y la reproducción social.

Estas **nuevas configuraciones familiares**, que son parte de un entretendido social y no están aisladas del resto de las instituciones y prácticas sociales, **reciben acciones de reconfiguración desde el campo político, cultural y religioso.** Reconstruyen la multiplicidad de sentidos y espacios para los afectos, los sentimientos y la intimidad, además de “las responsabilidades sociales de protección material, simbólica y afectiva ligadas a estos vínculos” (Jelin, 1998). Es decir, reconfiguran la porosidad de los límites entre lo público-lo privado, lo doméstico-no doméstico.

Estos cambios socioculturales, familiares, políticos y económicos habilitan la coexistencia de modelos de familia tradicionales, aún arraigados, con

modelos alternativos de organización de las relaciones familiares. Entendidas en plural, en reconocimiento al abanico de posibilidades de “ser” y construirse en heterogeneidad, las familias constituyen un espacio complejo y, a la vez, contradictorio. Conformándose así en un “emergente de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural” (De Jong, 2001).

Es importante considerar la diversidad que asumen las familias hoy en día para revisar las representaciones sociales que se ponen en juego en la interacción cotidiana, partiendo desde una perspectiva de género y de derechos humanos, andamios fundamentales de nuestras prácticas cotidianas y profesionales. Como se ha dicho anteriormente, la clave sería considerar a las familias como un concepto polisémico. Podemos mencionar que, además de aportar fuerza de trabajo para el mercado laboral, **la familia es el espacio de socialización primaria que da lugar a los procesos de construcción de la identidad y la subjetividad humana,** que se van reafirmando a través de otras socializaciones a lo largo de las sucesivas etapas de la vida.

Como fenómeno biopsicosocial, el envejecimiento humano suele constituirse en un momento de historización y revisión autobiográfica e identificatoria para las personas que transitan su propia vejez. De esta manera, con una perspectiva reminiscente, las personas pueden reelaborar y reestructurar el lugar en sus

propias familias y en la sociedad. Así, la transmisión generacional será la posibilidad de elaborar su propia finitud, entregando conocimientos, experiencias y legados en función del reconocimiento de un tiempo ya transitado y otro aún restante pero finito.

Sin embargo, es una realidad que **a medida que se envejece hay mayores probabilidades de que las redes sociales de una persona se vean disminuidas**, ya sea por la pérdida de la pareja, amistades o de espacios de interacción social (Guzmán y Huenchuan, 2005). Es por ello que **las familias y el entorno más cercano son muy importantes en el acompañamiento de esta etapa del ciclo vital.**

La incorporación de una persona cuidadora formal en las familias envejecientes

En nuestras sociedades latinoamericanas, **las familias siguen siendo las principales proveedoras de cuidados hacia las personas mayores de su entorno.** Aparece aquí una diferenciación de género en torno a los cuidados, posicionando a **las personas que ejercen los roles femeninos como las que asumen o cargan con las tareas de cuidado.**

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), los resultados son contundentes: el 77,4% recibe apoyos y cuidados de su entorno familiar; el 12,2%, de un empleado doméstico o cuidador no especializado; el 5,5%, de un amigo

o vecino; y el 3,5%, de un cuidador o cuidadora especializada (INDEC, 2014).

Estas prácticas están atravesadas por las representaciones sociales existentes sobre las ideas de familias, envejecimiento, dependencias, géneros y lo que significan las políticas públicas de cuidado.

En este entramado, **las familias y sus integrantes desarrollan estrategias de cuidados a las personas con dependencia.** A veces lo hacen de forma más planificada o con apoyos externos, mientras que en otras ocasiones se realizan en la más absoluta soledad y sobrecarga.

Estudios de género en Latinoamérica señalan que, si bien las mujeres han logrado tener una mayor presencia en el espacio público, **las tareas de cuidado siguen asociadas a las figuras femeninas y ciertos estereotipos**, como que las mujeres son más empáticas y comprensivas. Este prejuicio habilita a que sea **naturalizada la no remuneración y la falta de reconocimiento o valoración social de este trabajo** (Aguirre, 2008). Por lo tanto, en esta **desigualdad en la distribución de las tareas de cuidado**, las mujeres trabajadoras tienen como mínimo dos jornadas de trabajo (Tajer, 2012).

Así, las personas que ejercen roles femeninos al interior de las familias se constituyen como “cuidadoras informales” y llevan adelante el peso de los cuidados, cuyos costos económicos no son considerados ni por la economía familiar ni por la política pública.

Veamos algunos ejemplos de lo que puede ocurrir en la vida cotidiana de las familias que se ocupan de los cuidados de alguno de sus integrantes:

- Pueden sentirse sobrepasadas en responsabilidades.
- Desconocer lugares o profesionales donde consultar inquietudes.
- No contar con los conocimientos específicos puede generar sentimientos de soledad en la tarea, enojo con la situación, malestar con algún otro miembro del entorno o fastidio por la sobrecarga.
- También podrían sentir angustia, debido a que las tareas de cuidado de un ser querido nos enfrentan con su envejecimiento y con nuestro propio envejecimiento.

En este sentido, **es fundamental que el entorno familiar reconozca la necesidad de un apoyo externo que permita sostener interacciones saludables con las personas con algún grado de dependencia, contar con asesoramientos especializados y espacios de respiro** para que la vida social y familiar continúe en las mejores condiciones de salud mental y emocional.

La figura del cuidador formal es clave para abordar, junto a las familias, la complejidad del fenómeno de los cuidados, optimizando oportunidades de intervención especializada, aportando una mirada integral sobre las necesidades de

la persona con dependencia y objetividad sobre los pasos a seguir para alcanzar una mejor calidad de vida.

La incorporación de una persona ajena a la familia que brinde cuidados modifica las dinámicas cotidianas y pone en tensión ambivalente a sus integrantes, que se encuentran entre el “deber de cuidar” y sus posibilidades reales, entre los recursos económicos y las oportunidades disponibles, y entre la certeza de lo conocido y la incertidumbre de lo desconocido.

Por otro lado, nos encontramos con las demandas, las expectativas y los deseos de la persona con dependencia que recibe atención y cuidados por parte de una



cuidadora o cuidador formal que es ajeno a su entorno familiar o allegado. Es otra tensión con la que debe lidiar quien trabaja en la construcción artesanal del rol del cuidador o cuidadora.

Intervenciones con perspectiva de cuidados

Trabajar desde la perspectiva de cuidados implica considerar las competencias y la autonomía que siguen teniendo las personas mayores. El foco debe situarse en la toma de decisiones, las demandas y los deseos de las personas mayores. A la par, trabajar con los miembros de las familias en el apoyo y el acompañamiento para garantizar que se cumpla la voluntad del mayor.

Para que el cuidado brindado por las personas cuidadoras formales pueda incorporarse en estas dinámicas familiares sin perder su grado de especificidad es importante tener en cuenta algunos **criterios básicos**:

- **Respetar las creencias, la ideología y el estilo de vida** de la persona mayor y su entorno.
- **Llevar adelante prácticas de buen trato y de entendimiento** de sus particularidades hacia la persona mayor y su entorno.
- **Lograr una distancia óptima en el vínculo** que permita una “cercanía afectiva”, pero también una “lejanía profesional” para evitar las percepciones invasivas y repensar cuáles

son las mejores alternativas de intervención para la persona cuidada y su entorno.

- **Cuidar la comunicación interpersonal** para que sea fluida pero sin malos entendidos, consensuando estrategias e informando opciones tanto a la persona con dependencia (en la medida de las posibilidades) como a su entorno familiar. Se sugiere entrenar la escucha activa y respetuosa, observando el lenguaje verbal y no verbal (gestos, postura corporal) de la persona cuidada y su entorno, y detectar obstáculos/interferencias en la comunicación.

- **Trabajar las expectativas** que se tienen sobre las posibilidades de hacer grandes cambios, sobre todo en estructuras familiares muy enquistadas, cerradas o poco flexibles. Es preferible observar los efectos de pequeños cambios y pensar gradualmente las transformaciones que se quieren lograr.

- **Llevar un registro escrito de las tareas y de la información relevante** brindada por la persona cuidada o su entorno. Observar lo relevante que acontece en la cotidianidad de esa familia.

Concluyendo, compartimos algunas **“alertas” para que las cuidadoras y los cuidadores formales desarrollen su tarea de manera óptima**, teniendo en cuenta la diversidad de las configuraciones familiares:

- **Alerta 1: evitar etiquetar a las familias o alguno de sus miembros.** Suele

sucedir que, frente a los comportamientos familiares, se nos ocurra etiquetar a dicha familia como quejosa, conflictiva o poco colaborativa, entre otras cosas. Este tipo de consideraciones no aportan a la calidad de vida de la persona a cuidar y sería un obstáculo para pensar las cooperaciones familiares con las que podríamos contar.

- **Alerta 2: no realizar expresiones o comentarios de culpabilización hacia las familias o alguno de sus miembros.**

A veces, las personas que reciben cuidados pueden decir cosas que, si se les transmiten a las familias, además de quebrar la confidencialidad con la persona, podrían generar situaciones incómodas o de culpa. Por ejemplo, cuando nos comentan “nadie pasó a verme en todo el día”, o cuando decimos “hoy estuvo preguntando por vos”, se debe evaluar el modo, evitar el tono acusatorio y buscar un momento de privacidad para comentarlo, comprendiendo siempre que la familia decide en qué medida se involucra en esta instancia.

- **Alerta 3: no hacer comentarios negativos sobre las familias o alguno de sus miembros delante de otras personas o de la persona cuidada.**

Fundamentalmente, por respeto a los afectos y las relaciones que circulan entre las personas de la familia y hacia la persona mayor cuidada. Los vínculos son históricos y conllevan anhelos, conflictos no resueltos y demandas de otros momentos de la vida, que se reflejan en el “aquí y ahora” que es el espacio/tiempo en el que tomamos contacto con la situación. Nuestra mirada es

parcial, pero la persona lleva toda una vida compartida con su familia.

- **Alerta 4: evitar la generación de falsas expectativas sobre las tareas de cuidado brindadas o a brindar.**

Ser conscientes de las posibilidades y compromisos que se puedan asumir y cumplir. Cuando no podemos realizar aquello a lo que nos hemos comprometido, se generan sensaciones de desconfianza y descontento en las familias y las personas mayores que son cuidadas. Podemos encontrar posturas más cautelosas en expresiones como “vamos a intentarlo a ver como sale”, o “vayamos paso a paso a ver hasta dónde podemos llegar con esto”.

Palabras finales

Es importante entender que la participación y las formas de cuidado que manifieste cada familia dependerán de muchas variables: deseos, necesidades, vínculos establecidos y disponibilidades concretas, entre muchas otras razones. Esto le da un determinado grado e intensidad a las acciones de cuidados que puedan llegar a asumir. Respetar estas limitaciones propias de cada universo familiar hará que también nuestras expectativas sobre la tarea sean posibles y concretas, en función del apoyo que pueda brindar cada familia. Cuando la persona mayor o las familias demandan un servicio de cuidado probablemente estén atravesando un momento particular, con lo cual es fundamental tener un

tacto especial y construir un vínculo de confianza que nos permita llevar adelante las mejores prácticas consensuadas.

Asimismo, esta necesidad de cuidado de las personas mayores no puede quedar restringida a la posibilidad de resolución dentro del ámbito privado, sino que debe resolverse en la instancia de lo político, transformada en un derecho y plasmarse en políticas públicas que den respuesta a esta demanda acorde a lo sancionado en el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:

Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo: la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

Ideas Clave del Módulo

- El enfoque sobre los derechos humanos, la diversidad sexual y las disidencias cuestiona el modelo tradicional de familia. En este sentido, es fundamental
- reconocer la diversidad que asumen las configuraciones familiares hoy en día.
- A su vez, tener en cuenta que las configuraciones familiares son parte de una sociedad y no están aisladas del resto de las instituciones y prácticas sociales.
- A medida que las personas envejecen hay mayores probabilidades de que disminuyan sus redes sociales, ya sea por la pérdida de la pareja, amistades o de espacios de interacción social. Las familias y el entorno más cercano son muy importantes en el acompañamiento de esta etapa del ciclo vital.
- Las familias desarrollan estrategias de cuidados para las personas con dependencia: a veces lo hacen de forma más planificada o con apoyos externos, mientras que en otras ocasiones lo realizan en la más absoluta soledad y sobrecarga.
- Hay una desigualdad en la distribución de las tareas de cuidado, las cuales son asumidas mayoritariamente por las figuras femeninas. Además, se naturaliza la no remuneración y la falta de reconocimiento o valoración social de este trabajo.
- Es fundamental que el entorno familiar reconozca la necesidad de un apoyo externo que permita sostener interacciones saludables con las personas con algún grado de dependencia. En este marco, la figura

del cuidador formal es clave para abordar la complejidad del fenómeno de los cuidados.

- Trabajar desde la perspectiva de cuidados implica considerar la autonomía, la toma de decisiones, las demandas y los deseos de las personas mayores, así como también el trabajo conjunto con los integrantes de las familias en el apoyo y el acompañamiento.

- Algunos criterios básicos para el trabajo de cuidadoras y cuidadores son: respetar las creencias y el estilo de vida de las personas mayores; llevar adelante prácticas de buen trato; lograr una distancia óptima en el vínculo; cuidar la comunicación interpersonal; trabajar las expectativas; y llevar un registro escrito de las tareas y de la información relevante.



Bibliografía

- Aguirre, R. (2008). El futuro del cuidado. En Arriagada, I. (Ed.). Futuro de las familias y desafíos para las políticas. (pp. 23-34). Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Swedish International Development Cooperation Agency y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- de Jong, E. (2001). Trabajo Social, familia e intervención. En de Jong, E. (Comp.). La familia en los albores del nuevo milenio. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Delucca, N., González Oddera, M. y Martínez, A. (2010). Modalidades de la diversidad en los vínculos familiares. Revista de Psicología, 11, p. 105-123. https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4841/pr.4841.pdf
- González, M. y Mallardi, M. (2014). Vida Cotidiana y transformaciones familiares: implicancias para los procesos de intervención en Trabajo Social. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/42911>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>.
- Jelin, E. (1998). Pan y Afectos: la transformación de las familias. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Najmanovich, D. (2005). El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- Tajer, D. (Comp.). (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Género y Salud. Las políticas en acción. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.



MÓDULO 4

Las personas mayores y su entorno social, económico y cultural

Constanza Fernández Salvador, Ana Paula
Osorio Goñi y Ana Paula Villanueva

Constanza Fernández Salvador

Licenciada en Trabajo Social. Psicóloga Social. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Coordinadora del Área de Cuidados en la Comunidad 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.

Ana Paula Osorio Goñi

Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud Pública. Especializada en Gestión e Intervención Gerontológica. Directora del Centro de Día para Personas Mayores con dependencia leve a moderada “Lita L. Genoud” del Municipio de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.

Ana Paula Villanueva

Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Integrante del Equipo Técnico del Área de Cuidados en la Comunidad 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.

Introducción

Este módulo invita a reflexionar sobre dos aspectos clave vinculados al envejecimiento: Por un lado, que **el entorno social, económico y cultural y los recursos** (materiales, culturales, vinculares, psicológicos, emocionales, entre otros) **disponibles a lo largo de la vida determinan la trayectoria vital de cada persona**. Por otro lado, como consecuencia de lo mencionado anteriormente, existen **múltiples vejez**, puesto que no todas las personas son iguales ni transitan la vida de la misma manera.

Se verán luego, las transformaciones sociales de las últimas décadas que generaron una crisis en el sistema tradicional de cuidados de las personas mayores y que ponen en valor el rol de la cuidadora y del cuidador domiciliario en el sistema formal de cuidados.



En ese marco, se plantea la importancia de pensar en estrategias que incorporen las necesidades de cada persona mayor, su contexto, los recursos que tiene disponibles y sus redes de apoyo social.

El impacto de las trayectorias vitales en las personas mayores

Las personas somos sujetos sociales e históricos: desde que nacemos construimos nuestra vida y nuestra historia junto a otros/as, sumergidos/as en esa trama relacional que es la sociedad.

Esto quiere decir que **existe una multiplicidad de vidas y de historias**: cada persona construye la propia a partir de los recursos (materiales, culturales, vinculares, psicológicos, emocionales, entre otros) disponibles a lo largo de su trayectoria vital y de los acontecimientos que transita.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y se encuentra condicionado por el entorno social, económico y cultural. Cada persona se desarrolla dentro de un contexto determinado que incidirá en su vida y sus posibilidades. A su vez, este mismo contexto también sufrirá cambios en el tiempo.

A su vez, entendemos que **la vejez es una construcción social**, a través de la cual **cada sociedad les asigna un lugar a las personas mayores**, cristalizando un

sentido respecto a lo que es “ser viejo/a” en un contexto determinado. Podemos asegurar que el modo de ser viejo/a será determinado por la representación social de la vejez en articulación con la trayectoria vital de cada persona.

En tal sentido, **las probabilidades de envejecer de manera saludable dependerán de la posibilidad de contar con mejores oportunidades a lo largo de la vida**, que nos permitan construir mayores y mejores recursos para transitar la vejez, sumada a la posibilidad de avanzar en la construcción de una sociedad donde la vejez sea alojada.

Asimismo, es necesario estar atentos/as a las condiciones que propone el escenario actual. En ese sentido, **debemos considerar los recursos que la persona ha construido y tiene disponibles para desenvolverse en cada situación: ese será el punto de partida de nuestra práctica e intervención**, siempre tendiente a preservar la dignidad e integralidad de las personas, respetando cada uno de sus derechos en pos de construir mayores oportunidades.

Es importante aclarar que **las diversas situaciones que transitamos en la vida no impactan del mismo modo**, aún cuando nos referimos al mismo sujeto. Así **podemos distinguir entre:**

- **Aspectos estructurales del entorno:** se presentan en procesos, es decir, nos brindan tiempos más largos y ciertas condiciones y perspectivas para su

abordaje. Por ejemplo, considerar que tenemos una red de apoyo extremadamente pequeña cuando comienza el requerimiento de cuidados.

- **Aspectos coyunturales:** los cuales emergen, irrumpen y desestructuran, con la posibilidad de generar grandes crisis subjetivas. Por ejemplo, la muerte de una persona que oficia de sostén o una situación extrema como la generada por el aislamiento a causa del COVID-19.

Ambos aspectos del entorno impactan en la vida de las personas mayores y requieren ser abordados. No obstante, imprimen tiempos y estrategias distintas que es necesario considerar.

El rol de la familia

Si bien la familia es percibida, tradicionalmente, como la principal fuente de soporte a la vejez y el sostén principal en el cuidado y atención de las personas mayores, **las transformaciones sociales de las últimas décadas han generado una crisis en el sistema tradicional de cuidados.** Entre estos cambios, podemos mencionar:

- **El envejecimiento individual:** la vida se ha alargado, es decir, que las personas viven cada vez más tiempo.

- **El envejecimiento poblacional:** las sociedades tienen cada vez más personas mayores en relación con los demás grupos etarios.

- **La modificación del perfil epidemiológico de la población:** se pasó de un perfil agudo a uno crónico, lo que quiere decir que se logró extender la vida, pero con mayor carga de enfermedad, lo cual complejiza el cuidado.

- **Cambios en la estructura familiar:** la planificación familiar produjo una disminución de la cantidad de hijos/as, limitando las posibilidades de cuidado en el seno de las familias.

- **La incorporación de la mujer al mercado formal de trabajo:** lo que disminuyó la disponibilidad de un recurso de apoyo que, por su condición de género, ha tendido a absorber históricamente las funciones de cuidado.

Frente a esta situación de crisis, surge **la necesidad de generar y promover nuevas redes de contención y apoyo social que brinden sostén y cuidado a las personas mayores.** En este contexto gerontológico y social, es necesario plantear la coexistencia de los cuidados formales e informales. En este sentido, **las cuidadoras y los cuidadores domiciliarios son actores fundamentales del sistema formal de cuidados.**

El apoyo social en la vejez

Todas las personas se encuentran integradas a diferentes redes sociales que varían en el tiempo y en el espacio, en el marco de diversas situaciones y coyunturas que atravesamos a lo largo de la vida.

No obstante, es importante aclarar que **no todas las redes sociales pueden considerarse como redes de apoyo social.** En tal sentido, las redes sociales son prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social, lo cual puede no constituir un apoyo para la persona mayor.

En cambio, podemos decir que la **red 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 (Arias y Soliveréz, 2009).

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 por ello que, **cuando la fragilidad o la dependencia se presentan en la vida de las personas mayores, las redes de apoyo social son fundamentales para mejorar su calidad de vida.** En ese marco, es imprescindible que cuidadoras y cuidadores puedan **conocer las características de la red, la frecuencia, la calidad y los tipos de contacto que la integran, a fin de establecer estrategias de abordaje para el cuidado de la persona mayor que respondan a sus necesidades.**

Otro aspecto fundamental a considerar es el dinamismo de las redes, ya que no son estáticas y las relaciones varían en el tiempo. De este modo, la red de apoyo debe ser considerada y evaluada permanentemente a fin de adecuar los abordajes.

Las cuidadoras y los cuidadores formales e informales integran la red de apoyo de las personas mayores.

Por eso, es importante asumir este rol con responsabilidad, para potenciar las herramientas y habilidades de las personas mayores y no vulnerarlas aún más. Es necesario comprender que las personas con dependencia son más

vulnerables que las demás en el ejercicio pleno de sus derechos.

El reconocimiento de las personas mayores como sujeto político y social.

En las últimas décadas, se han producido cambios significativos en torno a la salud, la educación, la integración y la protección social de las personas mayores, entre otros aspectos.

Dichos cambios visibilizan la **apertura a un paradigma que ubica a las personas**



mayores como sujetos de derechos, en oposición a las antiguas concepciones que las visualizaban como objetos de cuidado, al tiempo que muestran la emergencia de estas como un nuevo actor social protagonista de su propia historia.

Un hecho de relevancia que da cuenta de ello es la sanción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, proclamada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) el 15 de junio de 2015 y ratificada por el Congreso Nacional Argentino en 2017, mediante la ley N 27.360, promulgada por decreto N 375/17.

El contexto actual muestra que **las personas mayores se han constituido en un sujeto político y social, en oposición a viejos estereotipos** que los ubicaban en lugares de pasividad, dependencia, improductividad, enfermedad y heteronomía, entre otros. No obstante, se vuelve necesario generar procesos de revisión y ruptura que permitan cuestionar estos estereotipos y concepciones.

Palabras finales

La prolongación de la vida humana es un hecho y una realidad en todos los países del mundo, lo cual **conlleva a la necesidad de repensar las vejeces**. A partir de la idea de que la vejez es heterogénea y diversa, es necesario realizar un doble ejercicio: reconocer sus variadas necesidades para luego garantizar sus derechos.

El escenario gerontológico y social actual nos interpela respecto a cómo enfrentamos la necesidad creciente de cuidados y cómo se brinda el cuidado en sí mismo. En tal sentido, **conocer a la persona mayor es clave para llevar adelante la tarea de un modo responsable, respetuoso y con plena garantía de sus derechos**.

No es posible homogeneizar el cuidado, no existen soluciones ni recetas únicas: **a cada persona corresponde un plan de cuidados determinado que se ajuste a sus necesidades**. En ese marco, repensar las vejeces implica contemplar el entorno social, económico y cultural en que se inserta cada persona mayor.

Ideas Clave del Módulo

- El entorno social, económico y cultural y los recursos (materiales, culturales, vinculares, psicológicos, emocionales, entre otros) disponibles a lo largo de la vida determinan la trayectoria vital de cada persona.
- Existen múltiples vejeces, dado que no todas las personas son iguales ni transitan la vida de la misma manera. Además, las diversas situaciones que transitamos en la vida no impactan del mismo modo en todas las personas.
- El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y se encuentra condicionado por un contexto particular. Las probabilidades

de envejecer de manera saludable dependerán de la posibilidad de contar con mejores oportunidades a lo largo de la vida.

- La vejez es una construcción social, a través de la cual cada sociedad le asigna un lugar a las personas mayores.
- Una red de apoyo social está conformada por el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de apoyo (emocional, ayuda práctica, económica, compañía, guía o consejo).

• La prolongación de la vida humana, además de otras transformaciones sociales, conlleva a la necesidad de repensar las vejez.

• Conocer a la persona mayor que requiere el cuidado es clave para llevar adelante la tarea de un modo responsable, respetuoso y con plena garantía de sus derechos. A cada persona corresponde un plan de cuidados determinado que se ajuste a sus necesidades.



Bibliografía

- AISEN, R. (2003). Temas de Gerontología Social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Dirección General de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- ARIAS, C. Y SOLIVEREZ, C. (2009). Bienestar psicológico y redes sociales. En: Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Eudeba.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2003). Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile, Chile. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/20180>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
- LUDI, M. (2006). Envejecer en un contexto de (des)protección social. Buenos Aires, Argentina: Espacio editorial.
- DABOVE, M. I. Y DI TULLIO BUDASSI, R. (2010). Módulo X. Aspectos jurídicos y éticos del envejecimiento: derecho de la ancianidad. En: Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata.



MÓDULO 5

El apoyo social en la vejez

Claudia J. Arias

Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología Social. Doctora en Psicología. Docente en grado y posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). Docente invitada en posgrados en universidades nacionales y extranjeras. Directora de proyectos del Instituto de Investigación en Psicología Básica, Aplicada y Tecnología. UNMdP-CONICET. Evaluadora y consultora nacional e internacional.

Introducción

El presente módulo tiene como objetivos **introducir el tema del apoyo social, conocer sus distintos tipos y su impacto sobre el bienestar integral** de las personas mayores. Además, analizaremos la **importancia de las personas que realizan tareas de cuidado a domicilio**, en lo referido tanto a las **funciones de apoyo** que proveen como a **su rol de facilitadoras** para el acceso a otros recursos formales e informales de ayuda.

¿Qué es el apoyo social?

El **apoyo social en la vejez** es un tema de gran interés en la actualidad, fundamentalmente por su comprobado efecto sobre el bienestar integral y la calidad de vida de las personas mayores.

Dicho apoyo **consiste en la provisión de compañía, ayuda emocional, económica, práctica y de consejo u orientación cognitiva** (Sluzki, 1996). **Todas las personas necesitamos estos tipos de ayudas a lo largo de nuestra vida, pero en la vejez ciertas situaciones como la dependencia y la necesidad de cuidados pueden incrementar aún más su relevancia para la vida cotidiana.**

Además de las políticas basadas en el apoyo social, que abarcan a una gran cantidad de personas, también resultan de gran utilidad las intervenciones desarrolladas a nivel institucional, grupal, familiar e

individual. **Dentro de lo grupal, se pueden generar variadas propuestas de apoyo, contención, psicoeducación, orientación y tratamiento. En lo individual, el abordaje de la red de apoyo social es de gran utilidad para el desarrollo de acciones preventivas, así como para el diseño de planes de tratamiento y de cuidado adecuados en función de cada caso particular.**

¿De dónde proviene el apoyo social?

Entre las fuentes de apoyo social, **podemos distinguir las formales y las informales.** Ambas poseen características muy diferentes: mientras las primeras trabajan con reglas formalizadas y procedimientos estandarizados, las segundas se manejan con reglas implícitas y actividades espontáneas (Guzman, Huenchuan y Montes de Oca, 2002). **Los apoyos formales pueden provenir del ámbito público o privado y sus objetivos se centran en ofrecer ayuda en cuestiones específicas.**

Por ejemplo, brindar una prestación determinada como la provisión de un audífono, la cobertura de cuidados domiciliarios, una medicación específica o un taller de computación, entre muchas otras. Al respecto, existe una variedad de programas que brindan apoyo social. Entre ellos están los clubes de día, centros de día, grupos de apoyo a familiares o cuidadores/as de personas mayores con



Alzheimer, residencias de larga estada y talleres psicoeducativos.

Por su parte, los **apoyos informales corresponden fundamentalmente a los proporcionados por las redes de apoyo social**. Las mismas están conformadas tanto por **vínculos familiares como por no familiares, que brindan alguna o varias funciones de apoyo**. La red se puede explorar preguntando a la persona quienes le aportan o le pueden aportar cada ayuda específica en caso de necesitarla.

Cabe aclarar que **tener un vínculo determinado con una persona no la convierte automáticamente en proveedora de apoyo**, sino que la persona en cuestión debe considerarlo

como tal. Es decir, tener pareja o hijos/as no supone, necesariamente, que sean fuentes de apoyo. Para dar un ejemplo de composición de la red de apoyo social, podemos mencionar el caso de María del Carmen, una adulta mayor viuda, de 77 años que vive sola. Su red de apoyo social está conformada por nueve miembros, entre ellos sus dos hijas, una nieta, su pareja, una amiga íntima y cuatro compañeros (dos hombres y dos mujeres). Si bien las funciones de apoyo emocional, compañía social y orientación/consejo están satisfechas por las personas que integran su red, no posee ningún vínculo que pueda brindarle ayuda práctica y económica. Esto significa que, frente a determinadas situaciones, no podrá contar con el apoyo necesario.

El ejemplo anterior es solo ilustrativo, ya que **la red de apoyo social en la vejez tiene una amplia variabilidad interindividual.**

Veamos ahora el caso de Lola. Tiene 88 años de edad, es soltera y nunca tuvo hijos. Vive en una residencia para personas mayores en la que ha podido reconstruir vínculos de importancia que incluye dentro de su red de apoyo social. Dicha red está compuesta por diez personas: una sobrina, una amiga que vive en Córdoba, la terapeuta ocupacional, la coordinadora de enfermeras, una enfermera y dos mucamas que trabajan en la institución en la cual vive, sumadas a dos amigas y una compañera que viven en la misma residencia. Lola posee vínculos que le proporcionan todos los tipos de ayuda. Su sobrina, la terapeuta ocupacional y la amiga que vive en Córdoba le brindan apoyo emocional. La ayuda referida a compañía social la proveen su sobrina, la coordinadora de enfermeras, la terapeuta ocupacional y sus dos amigas y su compañera de la institución. Por otra parte, las dos mucamas, la enfermera y una de sus amigas de la residencia le brindan ayuda práctica. La ayuda económica la proveen su sobrina y dos de sus amigas, la que vive en Córdoba y una de las que reside con ella en la institución. Por último, su sobrina, la terapeuta, las dos mucamas, la enfermera y dos amigas de la institución le ofrecen consejo u orientación.

Si comparamos la composición de las dos redes mencionadas anteriormente, vemos que **varían en tamaño, en tipo**

de vínculos y también en la cantidad de funciones de apoyo que tienen cubiertas, entre otros aspectos.

De hecho, cada persona mayor posee una red particular con recursos y carencias determinadas y que, por lo tanto, podrá brindarle menor o mayor apoyo frente a variadas situaciones de necesidad.

¿Por qué es importante el apoyo social en la vejez?

Disponer del **apoyo social incide en el bienestar biopsicosocial de las personas mayores: en la salud física, el estado funcional y la satisfacción vital** (Cornwell y Laumann, 2013; Huxhold, Fiori y Windsor, 2013; Vivaldi y Barra, 2012). En la vejez es de gran importancia, ya que provee los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima (Sluzki, 1996). Con ellos se puede enfrentar tanto necesidades de ayuda cotidianas como de crisis y urgencias.

La evaluación, mediante una entrevista, de la red de apoyo social y de los apoyos formales de los que dispone una persona mayor brinda información acerca de los recursos con los que cuenta y permite pensar en posibles respuestas a los problemas que pueda enfrentar. Al respecto, es importante complementar los apoyos formales e informales para poder encontrar las soluciones más adecuadas en cada caso particular.

Por ejemplo, una persona mayor que necesita ayuda para realizar variadas actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, puede recibir ayudas de sus familiares y amistades, –le pagan los impuestos, le compran los remedios, la visitan y acompañan, la aconsejan y le levantan el ánimo–, así como también poseer una cobertura para ir a un centro de día o contar con personas a cargo de su cuidado que le aporten ayudas variadas –le hagan compañía, la ayuden a higienizarse, a preparar la comida, etc.– y que complementen las brindadas por la red informal.

Durante la pandemia de COVID-19, los apoyos sociales disponibles para las personas mayores se vieron afectados notablemente. De hecho, más allá de los cambios en las relaciones con sus vínculos cercanos, caracterizados generalmente por la imposibilidad de verse en persona y por mantener el contacto de manera telefónica, la mayoría de los dispositivos formales de apoyo social sufrieron grandes limitaciones, imposibilidad de realizar actividades presenciales y, en algunos casos, cierres.

Estos cambios requieren la necesidad de **buscar alternativas posibles de provisión de ayudas basadas tanto en el desarrollo de nuevas estrategias familiares y personales como en la adecuación de los dispositivos formales a las nuevas condiciones del contexto.**

¿Cuáles son los principales vínculos que brindan apoyo en la vejez?

Si bien las personas mayores incluyen muy variados tipos de vínculos en sus redes de apoyo social, **la pareja, los/as hijos/as y los/as amigos/as son identificados como los vínculos centrales y están entre aquellos que les proporcionan los mayores niveles de satisfacción** (Polizzi y Arias, 2014). En el caso de las amistades, su función central es, en buena medida, brindar compañía. Esta forma de apoyo implica fundamentalmente compartir tiempo, ya sea mediante visitas mutuas, salidas o reuniones, entre otras actividades. Posiblemente sea la función de apoyo que se requiera con más frecuencia y por períodos más largos en la vida cotidiana.

Las hijas y los hijos también son incluidos generalmente en la red de apoyo social de las personas mayores. Se caracterizan por brindar apoyos variados, tanto emocionales como instrumentales –ayudas económicas y prácticas–. Cuando disponen de pareja, estas proporcionan mayoritariamente apoyo emocional y orientación o consejo, mostrando características de mucha intimidad y confidencialidad (Arias y Polizzi, 2013).

Sin embargo, como dijimos anteriormente, **la composición de las redes de apoyo social es muy variable entre las personas mayores.**

Aunque con menor frecuencia, también incorporan a sobrinos/as, nietos/as, hermanos/as, yernos y nueras dentro

de sus redes de apoyo social. Asimismo, en el caso de las personas que viven en residencias para mayores, el personal profesional y no profesional que trabaja en la misma suele ser incorporado en las redes de apoyo social, brindando variados tipos de apoyo y convirtiéndose en vínculos de gran importancia para dichas personas (Arias, 2004).

Algo similar ocurre con las personas que poseen cuidadoras/es domiciliarios. Es muy frecuente que el vínculo que se genere no solo brinde apoyo en diversas áreas, sino que además la persona mayor lo identifique como integrante de su red. Por esta razón, la calidad del vínculo que se establezca puede tener un impacto de gran importancia sobre el bienestar de la persona mayor.

¿La red de apoyo social se modifica en la vejez?

La red tiende a disminuir su tamaño en la vejez (Arias, 2015; Conway, Magai, Jones, Fiori y Gillespie, 2013). **La pérdida de vínculos suele ser frecuente y recurrente tanto por muerte de amigos o amigos, de familiares y de la pareja como por jubilación, ingreso a una residencia, migración e, incluso, por la propia decisión de no continuar con determinada relación por no resultar satisfactoria. Sin embargo, en la vejez también suelen incorporarse vínculos.**

Las nietas y nietos en general se incluyen en esta etapa vital y aportan gran satisfacción. También se suelen sumar

compañeros/as y amigos/as a partir del inicio de nuevas actividades.

La incorporación de nuevos vínculos reviste tal importancia que, en algunos casos, la inclusión de tan solo una relación puede producir cambios en la percepción subjetiva de bienestar.

Para las personas que se encuentran aisladas socialmente, que carecen de vínculos que les otorguen apoyo social y tienen sentimientos de soledad, el establecimiento de un vínculo de intimidad, ya sea la conformación de una pareja o el establecimiento de un vínculo de amistad modifica notablemente su estado de ánimo y mejora su situación de vida (Arias, 2004).

En la actualidad, **existe una amplia y variada oferta de actividades para las personas mayores**, propuestas por organizaciones que ellas mismas han creado, como los centros de jubilados, y por los organismos de gobierno nacionales, provinciales y municipales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), Universidades y la comunidad en general (Arias, 2013). Sin duda, más allá de los objetivos explícitos y específicos que persigue cada uno de estos espacios, **establecer nuevas relaciones, conformar grupos y ampliar las posibilidades de participación e integración son algunos de los logros adicionales** (Dottori, 2015).

Por otra parte, hay que mencionar que el acceso a nuevas tecnologías brinda nuevas posibilidades de comunicarse, interactuar,

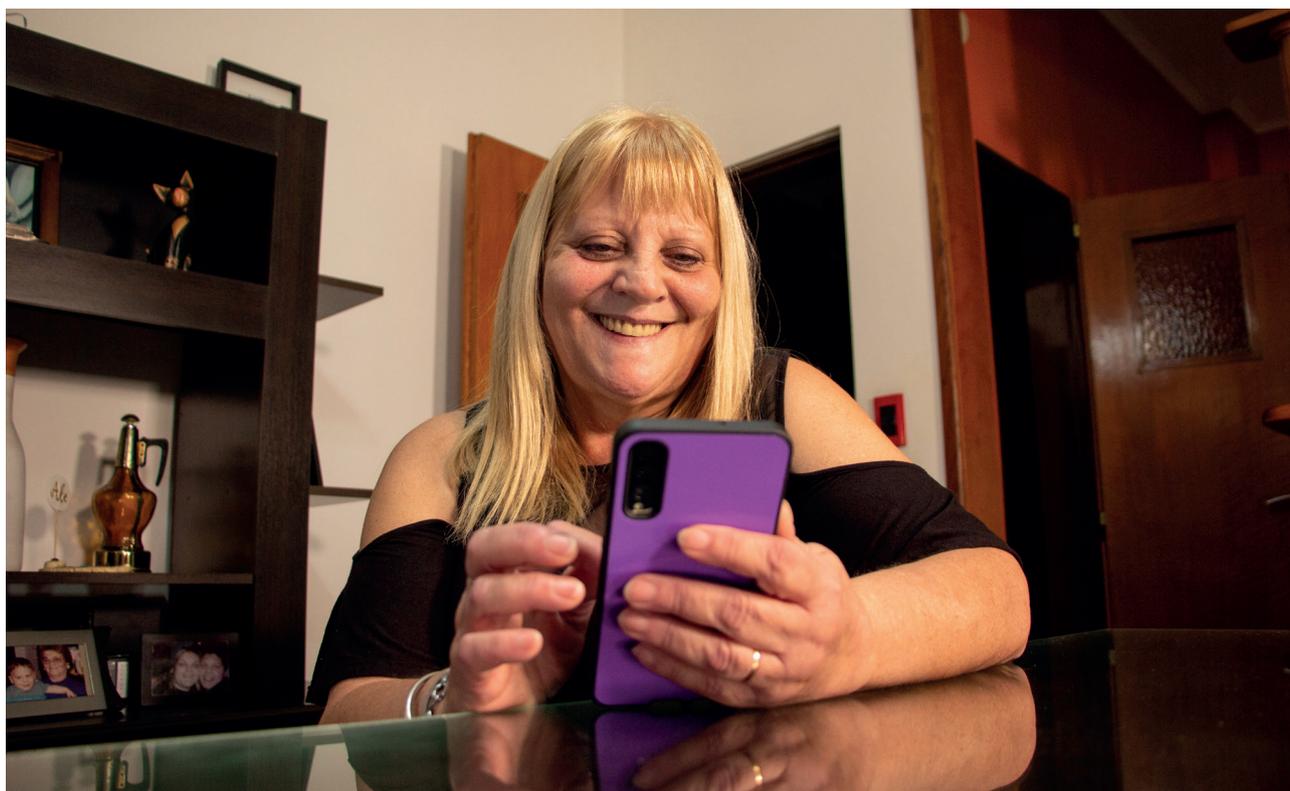
generar relaciones y mantener o fortalecer las que se poseen. Aún en las personas que tengan dificultades para movilizarse o que estén a gran distancia geográfica de alguno de sus vínculos, el correo electrónico, las redes sociales virtuales, el uso de chats, cámaras web y teléfonos celulares posibilitan la comunicación y el mantenimiento activo de las relaciones.

Palabras finales

Es necesario resaltar que **una tarea de gran importancia para las personas que realizan las tareas de cuidado es promover el mantenimiento de los vínculos que posee la persona**

mayor, facilitando que pueda verse o comunicarse con ellos, así como también el establecimiento de nuevos vínculos a partir del inicio de distintas actividades. Asimismo, es importante conocer y orientar acerca de los recursos formales existentes a los que puede incorporarse la persona mayor.

De esta manera, el cuidador o la cuidadora puede propiciar el acceso de la persona mayor a actividades educativas, recreativas o de otra índole, así como facilitar el acceso a diversas propuestas a través de medios digitales, cuando la persona mayor lo requiera. Recordemos que cuidar y fortalecer los apoyos sociales de la persona mayor implica promover su bienestar biológico, psicológico y social.



Ideas Clave del Módulo

- El apoyo social consiste en la provisión de compañía, ayuda emocional, económica, práctica y de consejo u orientación cognitiva. Si bien todas las personas necesitamos estos tipos de ayudas a lo largo de nuestra vida, en la vejez ciertas situaciones como la dependencia y la necesidad de cuidados pueden incrementar su relevancia para la vida cotidiana.
- El apoyo social en la vejez tiene un comprobado efecto sobre el bienestar integral y la calidad de vida de las personas mayores. Consiste en la

provisión de compañía, ayuda emocional, económica, práctica y de consejo u orientación cognitiva.

- Además de las políticas basadas en el apoyo social, resultan de gran utilidad las intervenciones desarrolladas a nivel institucional, grupal, familiar e individual.
- Entre las fuentes de apoyo social, podemos distinguir las formales y las informales. Los apoyos formales pueden provenir del ámbito público o privado y los objetivos se centran en ofrecer ayuda en cuestiones específicas. Los apoyos informales corresponden fundamentalmente a los proporcionados por las redes de apoyo social.
- Disponer del apoyo social necesario incide en el bienestar biopsicosocial de las personas mayores: en la salud física, el estado funcional y la satisfacción vital.
- Si bien las personas mayores incluyen muy variados tipos de vínculos en sus redes de apoyo social, pareja, hijos/as y amistades son identificados como los vínculos centrales y están entre aquellos que les proporcionan los mayores niveles de satisfacción.
- Una tarea de gran importancia para el cuidador o la cuidadora es promover el mantenimiento de los vínculos que posee la persona mayor, facilitando que pueda verse o comunicarse con ellos, así como también el establecimiento de nuevos vínculos a partir del inicio de distintas actividades.



Bibliografía

- ARIAS, C. (2004). Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad. Mar del Plata: Suárez.
- ARIAS, C. (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca (Coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación en envejecimiento*. (pp. 425-452). México D.F.: Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.
- ARIAS, C. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 149-172.
- ARIAS, C. Y POLIZZI, L. (2013). The couple relationship. Support functions and sexuality in old age. *Kairos*, 16(1), 27-48.
- CORNWELL, B. Y LAUMANN, E. O. (2013). The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science and Medicine*, N° 125, pp. 1-13.
- CONWAY, F., MAGAI, C., JONES, S., FIORI, K., Y GILLESPIE, M. (2013). A six-year follow-up study of social network changes among African-American, Caribbean, and U.S. – born Caucasians in urban older adults. *International Journal of Aging and Human development*, 76(1), 1-27.
- DOTTORI, K. (2015). Talleres socioeducativos. *Revista Kairós Gerontología*, 18(21), 01-16.
- GUZMÁN, J.M.; HUENCHUAN, S. Y MONTES DE OCA, V. (2002). Redes de apoyo social a las personas mayores. Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores. Santiago de Chile: CEPAL
- HUXHOLD, O., FIORI, K. L., Y WINDSOR, T. D (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28 (1), 3-16.
- POLIZZI, L., Y ARIAS, C. (2014). Los vínculos que brindan más satisfacción en la red de apoyo social de las personas mayores. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.784>
- SLUZKI, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- VIVALDI, F., Y BARRA, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.





MÓDULO 6

Participación comunitaria de las personas mayores Christian Arias

Doctorando en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Magíster en Metodología de la Investigación Social, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Diplomado en Derechos Humanos, vejez y políticas públicas, Instituto Internacional Henry Dunant – Chile. Profesor y Licenciado en Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente en diferentes carreras de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA y de la UNLP e investigador de la UNTREF. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC). Rector y Secretario Académico en Institutos Terciarios y Coordinador Académico en carreras de posgrado. Jefe de Departamento de la Subgerencia de Capacitación Gerontológica del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSyP – PAMI).

Introducción

A través de este módulo se espera que las y los/as estudiantes reconozcan su rol como facilitadores/as de la participación de las personas mayores y comprendan su importancia. Se espera también que conozcan y reflexionen sobre el marco de derechos y participación de las personas mayores, a la vez que diseñen, promuevan y propicien espacios y dispositivos de participación para las personas mayores.

Participación y vejez

El envejecimiento poblacional fue acompañado de marcos legales, programas, planes internacionales y nacionales, políticas sociales, tanto desde los organismos internacionales¹ como de los gobiernos locales que promueven y garantizan la participación de las personas mayores en todos los ámbitos (Huenchuan y Rodríguez, 2010). **La participación está asociada positivamente a la calidad de vida y a la salud biopsicosocial de las personas, esto quiere decir que, al aumentar la participación, aumentarán ambas.**

La calidad de vida de las personas mayores no debe medirse solamente con indicadores externos (vivienda, ingresos, entre otros), sino desde la perspectiva de las propias personas,

observando las posibilidades reales de contribuir a nivel social, sin ser marginadas, ignoradas o discriminadas en la toma de decisiones en los diferentes ámbitos, y en el logro de los emprendimientos personales (Castro, Alonso Gonzales, Aguayo, 2009).

Las personas contribuyen durante toda su vida con la comunidad, en la política y en lo público, y con el paso de los años será mayor la experiencia que puedan aportar. También debe reconocerse que, por el peso demográfico creciente que tiene la población de mayores, es necesaria la representación en todos los ámbitos, sobre todo en los lugares donde se toman decisiones que los atañen (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2008).

Definiciones de participación

En teoría, el concepto de participación y la acción de participar son de carácter polisémico², lo que puede ser una riqueza y un problema al mismo tiempo. Mientras que la riqueza está dada por la posibilidad de precisar los espacios o lugares y los actores que la ejercen, la utilización del concepto de manera ambigua e imprecisa podría ser un problema (Espinosa, 2009). La participación está ligada a los ámbitos en los cuales se lleva a cabo, por tal motivo, se puede hablar de participación

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de los Estados Americanos (OEA), CELADE – CEPAL, entre otros. / 2. Pluralidad de significados de una expresión lingüística (Real Academia Española).



política, territorial, económica, comunitaria o social, aunque algunas de ellas pueden englobar a las demás.

Wright Mills (1954) definió a la participación como un proceso permanente en torno a todos los problemas de interés común que surjan y requieran soluciones y decisiones. En otras palabras, es la capacidad real y efectiva de tomar decisiones sobre asuntos que pueden afectar directa o indirectamente a un individuo o grupo (Allan Dale, 1999; Gyarmati, 1992).

Por su parte, Villasante (1997) afirmó que la participación no es simple información ni consultas de opiniones, sino tomas de decisiones compartidas después de un conocimiento, con tiempo suficiente y mecanismos claros, de los problemas y de las alternativas (...) donde los ciudadanos puedan sentirse implicados y responsables.

En este sentido, **la participación es parte del ejercicio de la ciudadanía** (Arias y otros, 2016; Gascón, 2005). El origen del concepto de ciudadanía es esencialmente político y “denota la participación activa en la vida de la ciudad, entendida como espacio público para la toma de decisiones colectivas” (Gascón, 2005).

Al respecto, El Hanaoudi y Porro Gutiérrez (2013) plantean que **la participación ciudadana refiere a los procesos y a la toma de decisiones de las políticas públicas, así como también a las intervenciones en la sociedad civil, sus organizaciones e instituciones.**

La **ciudadanía** y su ejercicio significan pertenencia, identidad y derechos con relación a una determinada comunidad. **El ejercicio de la ciudadanía de las personas mayores y su cultura se asienta sobre**

dos ejes: la cultura de la ciudadanía y la cultura de la transformación. La primera indica que las personas se sienten miembros de un territorio, de un contexto y con posibilidades reales de ser protagonistas de su propio destino. La segunda refiere a la participación en lo que se desea transformar (Castro, Alonso Gonzalez y Aguayo, 2009).

Existen diferentes niveles de participación:

- 1. El nivel básico o simple**, que implica la disponibilidad real de información (de calidad, accesible, pertinente, clara, oportuna y precisa).
- 2. La participación como consulta no vinculante** (sin relación directa con la toma de decisiones).
- 3. La participación como consulta vinculante** (toma en cuenta la opinión de las personas, por lo tanto, requiere que estén informadas).
- 4. La participación como cogestión o coejecución** (existe la realización conjunta entre las partes, lo que no implica necesariamente una decisión en común).
- 5. La participación como control** (comprende la posibilidad de emprender acciones de fiscalización con respecto a la gestión, corresponde al ejercicio de la ciudadanía y puede incluir instancias de evaluación o auditoría de las distintas fases de un proyecto).

6. La participación del tipo coimplicación o codirección (incorpora a todas las anteriores y contempla la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en las decisiones, en conjunto con las instituciones que dan forma a una oferta de participación) (IMSERSO, 2008).

A su vez, **en los tratados internacionales se mencionan tres tipos de participación:**

- a)** Económica, laboral y en el desarrollo;
- b)** política;
- c)** social y comunitaria (Arias y otros, 2016).

La participación económica y laboral abarca la continuidad y la plena inclusión en el mercado laboral formal sin discriminación por edad y respetándose los derechos de las personas mayores trabajadoras. Es importante remarcar el aporte brindado por esta población en el proceso productivo, a través de actividades muchas veces no remuneradas, como el cuidado de niñas y niños, y personas enfermas. Además, se debe contemplar a las personas mayores como consumidoras, por lo que deberán gozar de la accesibilidad al crédito, por ejemplo.

La participación política refiere a la intervención de las personas mayores en todos los ámbitos de toma de decisiones, en el monitoreo y seguimiento de las acciones que les competen, lo que tendrá que realizarse

de manera institucionalizada y como ciudadanos/as con plenos derechos y obligaciones. También deben participar activamente en la puja por el reconocimiento de sus derechos. En este sentido, es oportuna la conformación de organizaciones y su contribución en el ámbito del poder legislativo.

Por su parte, **la participación social y comunitaria contiene todas las actividades sociales y recreativas, considerándose al tiempo libre como un derecho.** Están incluidas las actividades educativas, de capacitación y formación; las acciones en las redes comunitarias y de servicios sociales, los centros de salud, juntas de vecinos, clubes, entre otros; y las actividades físicas, deportivas, cívicas y culturales en general.

En ese marco, el rol de las y los cuidadores es esencial para promover y facilitar la participación de las personas mayores, de modo que sean protagonistas no solo en los asuntos que las atañen directamente, sino en acciones comunitarias, para que se organicen y generen actividades intergeneracionales. Las personas mayores deberían poder tomar el control y la dirección en los proyectos comunitarios sin ningún tipo de obstáculo.

La participación de las personas mayores y el marco de derechos

A nivel internacional, y especialmente en nuestro país, **hay una larga trayectoria en la promoción de los derechos de**



las personas mayores, que comenzó con el decálogo de la ancianidad presentado por Eva Perón en las Naciones Unidas (1949). Posteriormente, en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, aprobado en Viena (1982), en el marco de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se incorporó el concepto de participación de las personas mayores en el desarrollo económico y en la redistribución de los resultados. En este sentido, uno de los principios declarados en 1991 por las Naciones Unidas es la participación, entendida como el derecho de las personas mayores de **permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes. Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntario en puestos apropiados a sus intereses y capacidades. Y poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada (ONU, 1991).**

En 2002, al celebrarse en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, **el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento propuso la tecnología como un dispositivo necesario para el fomento de la participación y el aprendizaje durante toda la vida.** Se instó a las personas mayores a organizarse

y a trabajar en conjunto, en plena colaboración con los gobiernos (en todos los niveles), el sector privado, las organizaciones profesionales, las empresas, los/as trabajadores/as y las organizaciones de trabajadores/as, las cooperativas, las instituciones de investigación, las educativas, religiosas, los medios de difusión y la sociedad civil en general. Además, se hizo hincapié en la participación en el mercado de trabajo como parte constitutiva del bienestar de las personas, advirtiendo sobre los riesgos en la salud que significa la no participación y el aislamiento. También se promovió la participación tanto en el ámbito de la educación como en organizaciones con el fin de involucrarse en la planificación, realización y divulgación de proyectos educativos y culturales. Para que la plena participación se lleve a cabo se deberán evitar obstáculos financieros, físicos, psicológicos y jurídicos y, sobre todo, erradicar la discriminación por edad y por posibles discapacidades.

En la recomendación N° 21 de la **Declaración de Brasilia (2007) se propuso “la incorporación de las personas de edad en los procesos de elaboración, implementación y seguimiento de políticas”** y en la N° 22 se solicitó “que se incorpore a las personas de edad en actividades y conferencias programadas por las Naciones Unidas para el próximo quinquenio”.

Más tarde, en el punto 5 de la Carta de San José de Costa Rica (2012) se indicó

que “la participación política, pública y social de las personas mayores es un derecho humano fundamental y exhortamos al respeto de su autonomía e independencia en la toma de las decisiones”. También se instó a:

- Promover y fortalecer las organizaciones de las personas mayores y el movimiento de la sociedad civil en torno a la necesidad de envejecer con derechos, fomentando de manera especial su participación activa como sujetos de derechos y protagonistas en el desarrollo de la región.
- Buscar y reforzar alianzas con los sectores sociales que también abogan por los derechos humanos, para promover la solidaridad con las personas adultas mayores, así como el compromiso de ellas con otras reivindicaciones sociales.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70), declarada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015), se favoreció la plena participación ciudadana con el objeto de incorporar las opiniones, los aportes y las demandas tanto de la persona mayor como de sus agrupaciones y asociaciones en los procesos de toma de decisiones de todos los niveles y ámbitos. Es decir, **se incorporó la perspectiva de derechos y se revalorizó el aporte de la persona**

mayor a la comunidad. Se reconoció que la persona, a medida que envejece, “debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades”.

¿Cuántos, cómo y quiénes participan?

En Argentina, el 14,6% de las personas mayores participan en tareas vinculadas a organizaciones, prestando servicios de forma gratuita y/o voluntaria, mientras que la mitad lo hace en órdenes religiosas (INDEC, 2013). La Ciudad de Buenos Aires es el aglomerado que presenta mayor participación de personas mayores, con un 35,3% de participación social y un 13,2% de participación política (Amadasi, 2015). Dentro de esta última se incluye la participación en:

- (a) sindicatos, gremios, asociaciones profesionales;
- (b) actividades partidarias o políticas;
- y (c) actividades o grupos de protesta.

Según estos datos, la participación social no disminuye con la edad, pero sí cae levemente la participación política³. Dentro del grupo de personas mayores tienen mayor participación política los hombres, las

3. A nivel nacional el 9,5% de las personas entre 18 a 59 años participa políticamente, el 6% entre las de 60 y 74 años y en el grupo de 75 años y más disminuye al 4,4% según el observatorio de la Deuda Social de la UCA.



Fuente: El País, Uruguay

personas con un alto nivel educativo y las pertenecientes a un estrato socioeconómico medio-alto (Amadasi, 2015).

En el país existen diversos movimientos sociales conformados por personas mayores, como las Abuelas de Plaza de Mayo, el Movimiento independiente de Jubilados y Desocupados, la Agrupación de Norma Plá, la Mesa Coordinadora Nacional de Jubilados y Pensionados, la agrupación de Abuelos del Francés, el Frente de Personas Mayores, entre otros. Estos movimientos tienen en claro los objetivos y los derechos vulnerados. La participación de las personas mayores promueve, a nivel social, un cambio de paradigma, porque pasan de ser personas consideradas pasivas y objeto de cuidados a un sujeto productor de derechos. Además,

a nivel personal logran un empoderamiento que incide positivamente en su calidad de vida (Cataldi, 2017).

En el ámbito **gremial, los sindicatos como la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) o la Unión de Trabajadores de la Educación (UTE) crearon centros de jubilados para su población mayor.** Por su parte, los principales partidos políticos, dando respuesta al envejecimiento poblacional, han constituido comisiones de personas mayores en las cuales trabajan y discuten propuestas acerca de los temas y problemas que les atañen. Otros ámbitos destinados a la participación de este grupo poblacional son los centros de jubilados, los clubes de día o centros de día que son espacios en los cuales las personas mayores llevan a cabo diferentes actividades y

contribuyen con la integración social de las personas en la comunidad. Estas modalidades reciben fondos o dependen de organismos del Estado, como por ejemplo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) o de los gobiernos locales.

Otros ámbitos de participación institucionalizados en nuestro país son los Consejos de Adultos Mayores, concebidos como “una estrategia para promover la capacidad de las personas mayores y de sus organizaciones en la defensa de sus derechos y en el logro de respuestas a sus necesidades” (Fassio, 2012). En este marco, pueden mencionarse el Consejo Federal de los Mayores, creado en 1997, y los Consejos Provinciales.

Los partidos políticos son otros canales de representación y participación para las personas mayores. En Argentina ha habido experiencias como el Partido Blanco de los jubilados (PBJ), que participó de las elecciones de 1989 y consiguió una banca por primera y única vez. A nivel nacional han existido otros como el Frente de los Jubilados (Catamarca) o el Movimiento Independiente de Jubilados y Desocupados presente en varias provincias (Salta, Chaco, Santiago del Estero, San Juan y Tucumán, entre otras), aunque en algunos distritos se presentaron en determinados años electorales sin continuidad en el tiempo, según datos de la Cámara Nacional Electoral (2020).

También pueden mencionarse las organizaciones de primer, segundo y tercer grado, como las federaciones y confederaciones de personas mayores. Estas participan en el órgano consultivo de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) con formas concretas de participación y de consultas. En este espacio pueden expresar sus inquietudes y propuestas, ser parte del control del sistema y recibir capacitación para su fortalecimiento como sector. Este es el primer espacio de participación ciudadana en un organismo del Estado, con 124 miembros titulares y otro tanto de alternos de todo el país, los cuales se reúnen tres veces al año en plenarios para tratar temáticas como los montos de los haberes previsionales y su movilidad, así como el alcance de algunos beneficios, entre otros trámites que se administran en la ANSES. **El INSSJP-PAMI es otro de los organismos que posee consejos participativos, entre los que están incluidas las Organizaciones de Jubilados y Pensionados, Consejos Federales, Federaciones, Asociaciones y Unión de Centros de Jubilados y Pensionados.**

En el ámbito educativo, la participación de las personas mayores es promovida desde distintos programas y convenios entre universidades nacionales de diferentes partes del país, como el Programa Educativo de Adultos Mayores (PEAM) o el programa UPAMI. Este último es un espacio universitario creado por el INSSJP - PAMI con el objetivo de promover el crecimiento personal, mejorar la calidad de vida y hacer efectiva la igualdad de oportunidades.

Palabras finales

La participación es parte esencial de la calidad de vida, el envejecimiento activo y saludable y el ejercicio de la ciudadanía. Es mencionada en todos los tratados internacionales y para garantizarla se apela tanto a la sociedad en general como al Estado. Sin embargo, **es necesario repasar los niveles de participación y ver a cuáles tienen acceso real las personas mayores, ya que su participación estará condicionada o atravesada por factores como la clase social, el nivel de estudio, los ámbitos (urbanos – rurales), el curso de vida, el género, entre otros. Por lo tanto, deberemos trabajar para lograr una participación cada vez más comprometida como lo es la cogestión, de control o dirección, reconociendo su experiencia de vida y considerando el peso demográfico**⁴. En este sentido, “la participación de las personas mayores resultará un factor decisivo en la construcción de sociedades comprometidas con el crecimiento económico y la justa y equitativa distribución intergeneracional de recursos” (Gascón, 2005, p 10).

De lo anterior se desprenden algunas recomendaciones para fomentar la participación de las personas mayores:

- Es necesario fortalecer su autonomía. Un ejemplo de ello es que, generalmente, el consentimiento para decidir el ingreso a residencias de larga estadía es otorgado

por familiares o personal médico, avasallando los derechos de las personas adultas involucradas.

- Se debe reconocer a las personas mayores como un sujeto político, la necesidad de una interacción intergeneracional y la participación en actividades sociales, económicas, culturales, educativas, deportivas, recreativas, de voluntariado y en las organizaciones de personas mayores.
- La participación es responsabilidad del Estado, la familia y la comunidad, por ello las personas a cargo de los cuidados tendrán que generar espacios de participación real en todos los ámbitos y reconocer la experiencia de vida de las personas.
- Es importante promover la participación en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y en la legislación, pero también en proyectos comunitarios de menor envergadura.
- No solo se debe luchar contra el aislamiento social y la soledad, sino que se deben derribar las barreras arquitectónicas y de transporte, generando espacios accesibles y amigables.
- Es clave promover el uso de la tecnología y para ello también la educación y la capacitación.
- Se tendrán que erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculizan el pleno disfrute de los derechos.

4. Proporción de personas mayores por sobre el total.

- Se debe garantizar la satisfacción de necesidades básicas como el acceso a la salud, la alimentación, la vestimenta y los ingresos dignos.

- Aunque es controversial, se hace ineludible reflexionar acerca de la participación en el trabajo. Es importante discutir hasta qué edad se debe trabajar, siempre considerando la decisión de la persona y que no sea una obligación por falta de recursos suficientes para cubrir las necesidades y los deseos de las personas.

- Para ejercer la plena participación tienen que fomentarse políticas de prevención, promoción de la salud y medidas que permitan la inclusión y el acceso de las personas con discapacidad.

A lo largo del módulo se han tratado conceptos y herramientas para pensar la participación de las personas mayores. Ha quedado de manifiesto que el Estado juega un rol fundamental para garantizar sus derechos, promover la toma de conciencia y generar ámbitos de participación. Sin embargo, es un compromiso que todos y todas debemos asumir. En ese marco, **las cuidadoras y los cuidadores domiciliarios pueden hacer grandes aportes para facilitar y garantizar la participación de las personas mayores.**

Ideas Clave del Módulo

- La participación está asociada positivamente con la calidad de vida y a la salud biopsicosocial de las personas, esto quiere decir que, al aumentar la participación, aumentarán ambas.

- La participación ciudadana se refiere a los procesos y a la toma de decisiones de las políticas públicas, así como también a las intervenciones en la sociedad civil, sus organizaciones e instituciones.

- Existen diferentes tipos de participación. La participación económica, laboral, política y la participación social y comunitaria.

- El rol de las personas a cargo de los cuidados es esencial como promotoras y facilitadoras de la participación de las personas mayores, para que sean protagonistas no solo en los asuntos que los atañen directamente, sino en acciones comunitarias, para que se organicen y generen actividades intergeneracionales.

- La participación de las personas mayores promueve, a nivel social, un cambio de paradigma, porque pasan de ser personas consideradas pasivas y objeto de cuidados a un sujeto productor de derechos.

- Es necesario repasar los niveles de participación y ver a cuáles tienen acceso real las personas mayores, ya que la participación estará condicionada o atravesada por factores como la clase social, el nivel de estudio, los ámbitos (urbanos – rurales), el curso de vida, el género, entre otros.

- Las cuidadoras y los cuidadores domiciliarios pueden hacer grandes aportes para facilitar y garantizar la participación de las personas mayores.

Bibliografía

- ALLAN DALE, R. (octubre de 1999). Participación Infanto-Juvenil: Un reto social. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- AMADASI, E. (2015). Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana. Buenos Aires: Educa. Amadasi, E. y Tinoboras, C. (2015). Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? (1a. edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.
- ARIAS, C. D., GAMEZ, E. Y LECOT, J. (2016). El concepto de participación de los adultos mayores en los tratados internacionales y en los planes nacionales dirigidos a esta población de Argentina, Chile y Uruguay. Villa María: Universidad Nacional de Villa María
- CASTRO, J., ALONSO GONZALEZ D., AGUAYO, I. (2009). Envejecer participando “Entre mayores”. Una experiencia de investigación-acción. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011). Declaración de Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia, Brasil. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21505-declaracion-brasilia-segunda-conferencia-regional-intergubernamental>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). Informe de la primera reunión de seguimiento de la carta de san José sobre los derechos de las personas mayores de América latina y el Caribe. San José de Costa Rica. <https://www.cepal.org/es/eventos/primer-reunion-seguimiento-la-carta-san-jose-derechos-personas-mayores-america-latina>
- EL HANAUDI, A. Y PORRO GUTIÉRREZ, J.M. (Coord). (2013). Coordinadores. Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos. España: CAECID.
- ESPINOSA, M. (2009). La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía. *Andamios*, 5(10), 71-109.
- GASCÓN S.(2005). Los movimientos sociales y la participación social de los mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Buenos Aires, Argentina, 14-16 de noviembre de 2005. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/pinas/4/23004/SGascon_d.pdf
- GYARMATI, G. (1992). Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a participación. *Estudios Sociales*, 73(3), 9-28.
- HUENCHUAN, S. Y RODRÍGUEZ, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos:

situación y perspectivas de protección. Chile: CEPAL - Naciones Unidas.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008). La participación social de las Personas Mayores. (1ra edición). Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Serie Estudios INDEC N° 46. <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/plan-accion-inter-de-viena_sobre-envejecimiento-activo-1982.pdf

- Organización de las Naciones Unidas (1991). Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Resolución 46/91 de la Asamblea General. <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>
- Organización de las Naciones Unidas (2002). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre

el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas (2008). Situación de los derechos humanos en la República Popular Democrática de Corea: Informe del Secretario General. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/A/63/332>.

- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana Sobre La Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 45° Sesión de la Asamblea de la Organización de Estados Americanos. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

- VILLASANTE R. (1997). Participación e integración social. Boletín CF+S Núm. 3. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p3/a016.html>





MÓDULO 7

Género y vejez Adriana Herrero

Licenciada en Trabajo Social (en curso). Especialista en Violencia de Género, Políticas y Participación. Diplomada en Asistencia a Mujeres en situación de violencia. Subgerenta de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

Introducción

La vejez es la etapa más larga de nuestras vidas. Allí se encuentran las conquistas, pero también las desigualdades, discriminaciones y exclusiones transitadas durante todo el ciclo de vida. Por lo tanto, hablamos del grupo más heterogéneo de la sociedad, lo que nos remite a hablar de vejezes, en plural, dando espacio a todas las experiencias que se incluyen en el vivir y a las que es necesario prestar atención si pretendemos intervenciones integrales específicas para este grupo.

En esta oportunidad, compartiremos conceptos básicos sobre los géneros que consideramos fundamentales para repensar nuestro trabajo cotidiano e interactuar con personas mayores.

Las vejezes, como los géneros, son construcciones sociales y culturales insertas en un contexto histórico, que se traducen en diferentes posiciones de poder y categorías que hombres y mujeres ocupan en la jerarquía social.

Por este motivo, proponemos un cruce entre géneros y vejezes, entendiendo que es necesario contar con **herramientas que nos permitan incorporar progresivamente la perspectiva de género y diversidad sexual, a fin de evitar situaciones de violencia basadas en el género en el ámbito de los cuidados y fortalecer, a su vez, el enfoque de derechos humanos en nuestras intervenciones.**

¿Qué es la perspectiva de género? ¿Por qué es importante tenerla en cuenta en el ámbito de los cuidados?

Una perspectiva es una forma de acercarnos, comprender y abordar determinados temas desde un punto de vista específico.

Como hemos visto en otros módulos, **la perspectiva gerontológica contempla las relaciones de poder, basadas en la edad, que ubican a las personas mayores en posiciones de subordinación con respecto a otros grupos etarios.**

De la misma manera, **la perspectiva de género nos remite a pensar que todas las relaciones sociales se construyen a partir de un orden jerarquizado en el que el género y la orientación sexual (además de la edad, la clase social, la raza, condiciones de discapacidad y la pertenencia a pueblos originarios, entre otros.) también condicionan el modo de vida y los vínculos.**

Las personas mayores tienen en común una edad que define, normativamente, la entrada a la vejez. Sin embargo, como individuos singulares poseen trayectorias, experiencias y pertenencias que las diferencian entre sí.

El género y la edad son dos temas paralelos y coincidentes. Y es que la vejez no es solo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico: **es, ante todo, una construcción social y cultural que adquiere forma en una determinada sociedad.**

Podemos comprender esta etapa de la vida como un proceso dinámico que ubica a hombres y mujeres en distinta posición frente a los recursos y refleja la influencia cultural, social y económica en la vida cotidiana durante las distintas etapas de la vida. Es innegable que la distribución de los recursos y la posición social han estado ligadas a un sistema de valores basado en el sexo y la edad de las personas.

En este sentido, aseguramos que **no se llega a la vejez en las mismas condiciones si se es varón o si se es mujer. Del mismo modo, estas diferencias se profundizan en la población travesti, trans, lesbiana o gay.**

En sociedades que además de viejistas¹ son patriarcales, las discriminaciones pueden ser múltiples.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) reconoce la existencia de estructuras de violencias que condicionan los procesos de envejecimiento y que afectan la llegada a la vejez. Dicha Convención incorpora el concepto de **discriminación múltiple** en línea con la **interseccionalidad**. La define como **cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción hacia las personas mayores que se basen en dos o más factores de**

discriminación, incluidas las mujeres, personas con discapacidad, personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, personas migrantes, personas en situación de pobreza, afrodescendientes, pueblos indígenas, personas sin hogar, personas privadas de libertad, personas pertenecientes a pueblos tradicionales o a grupos étnicos, raciales, nacionales, lingüísticos, religiosos y rurales, entre otros.

Desde la perspectiva de género, se puede comprender la razón por la cual las mujeres mayores presentan, por ejemplo, peores indicadores que los varones en cuanto a la seguridad económica o que dupliquen la prevalencia de depresión, deterioro cognitivo y discapacidades.



1. El concepto que condensa estereotipos y prejuicios tanto negativos como positivos se denomina Viejismo. Esta noción, desarrollada por Robert Butler (1969), permitió comprender un conjunto de juicios negativos y positivos que estigmatizan a las personas adultas mayores. Los mismos se traducen en prácticas, pensamientos y actitudes en respuesta a la edad cronológica (Iacub, 2011).

Feminización de la vejez

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) para 2020, en nuestro país hay **7.130.382** personas de 60 años o más, de las cuales el 57% son mujeres (4.070.067), mientras que el **43%** son varones (3.06.315).

Sin embargo, **la feminización se profundiza en la población mayor de 75 años. En este subgrupo, la brecha entre varones y mujeres aumenta**, con una proporción de **63%** de mujeres y solo el **37%** de varones. Por su parte, la esperanza de vida al nacer en las mujeres alcanza los **81,4** años, mientras que en los varones es de **74,9** años.

El crecimiento de la población de personas mayores y la mayor longevidad de las mujeres constituyen un fenómeno denominado feminización de la vejez. De acuerdo con Mónica Roqué, **la Argentina es un país envejecido y se observa una franca feminización de la vejez: hay más mujeres que varones, las mujeres vivimos más tiempo, pero lo hacemos en peores condiciones, con más enfermedades crónicas y con más discapacidades, lo que nos coloca en una situación de mayor vulnerabilidad (2015).**

Estos indicadores expresan la violencia estructural que ha condicionado el envejecimiento de las mujeres, ha invisibilizado históricamente el trabajo no remunerado y ha exigido el cumplimiento de mandatos a través de la creación de roles

y estereotipos de mujeres al servicio de la vida familiar.

Así como la población de personas mayores está altamente feminizada, esta característica también se observa entre quienes proveen cuidados, tanto formales como informales.

El cuidado informal –no remunerado– ha sido ejercido mayoritariamente por mujeres familiares y allegadas a los núcleos de las familias. En el marco del proceso denominado Crisis del Cuidado, esta actividad se delegó en sectores de clase media urbana, en personas ajenas a las familias. Aquí también podemos ver el concepto de interseccionalidad, ya que las tareas de cuidado fueron asumidas por otras mujeres, en su mayoría migrantes y de mediana edad, que iniciaron su tarea en condiciones informales, desiguales y precarias (Pautassi y Zibecchi, 2013).

De esta manera, **podemos ver que el cuidado de personas ha sido tradicionalmente responsabilidad de las mujeres, como parte de las desigualdades y de la asimetría entre los géneros.**

Desigualdades y violencias por motivos de género

Como se ha mencionado, los procesos de envejecimiento se enmarcan en un sistema social, cultural, político y económico estructurado a partir de las relaciones asimétricas de poder entre los géneros. Por lo tanto, en **la**

mayoría de las esferas de nuestras vidas convivimos con expresiones de desigualdad en el acceso a derechos y recursos en base a nuestro género.

En ese sentido, la violencia de género constituye la máxima expresión en la violación de los derechos humanos a las mujeres y personas lesbianas, gays, travestis, trans, intersex, queer y otras (LGTBIQ+), e impide su realización y reconocimiento como personas plenas de derechos.

La violencia con motivos de género no es un problema individual, sino que se enmarca en procesos históricos y culturales. Responde a lógicas instituidas en todos los ámbitos de la vida que le dan su carácter estructural y, al tratarse de un discurso construido socialmente, debe situarse en contextos históricos concretos.

En 2009, se sancionó en Argentina la **Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (N° 26.485)**. Esta ley impulsó un profundo cambio cultural e implicó un giro en las políticas públicas en materia de género al cuestionar las desigualdades instituidas en torno a los géneros.

De acuerdo con la norma, se entiende por violencia de género:

Toda conducta, acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en

una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón (Artículo 4).

Del mismo modo, **establece tipos y modalidades de violencia, a fin de dar cuenta de que estas formas de exclusión y discriminación son múltiples y se desarrollan en diversos ámbitos de la vida cotidiana de las personas.**

Conocer los tipos de violencias y los ámbitos donde se desarrollan, además de situarnos en su carácter estructural, histórico y cultural, nos permite tomar dimensión de la responsabilidad colectiva de desandar caminos que históricamente han naturalizado estas conductas y centrar la atención en la prevención y el acompañamiento en pos de trayectorias de vida más justas y libres de violencias.

Al respecto, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** nos insta a trabajar para **garantizar el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia**. Allí se sostiene

que **las personas mayores tienen derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socio-económica, discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición (Artículo 9).**

En este marco, cobra relevancia el rol de las personas cuidadoras en la prevención de la violencia por motivos de género en la vejez. **El reconocimiento del rol de quienes ejercen cuidados formales de personas mayores dentro del campo gerontológico y su articulación con la perspectiva de género es fundamental. Por un lado, revaloriza el trabajo de cuidado formal que ejercen las mujeres y personas LGTBIQ+ desde una perspectiva de derechos y, por el otro, brinda herramientas en la formación para la prevención, detección temprana y primeras líneas de acción en el caso de aquellas situaciones de violencia basada en el género que puedan presentarse, en las cuales las personas que ejercen tareas de cuidado pueden ser fundamentales.**

Las situaciones de violencia de género en la vejez suelen permanecer invisibilizadas debido al vejismo que, por un lado, despoja a las personas de su género y su sexualidad y, por otro, a ciertos grados de naturalización de la violencia a partir del envejecimiento en contextos patriarcales y cisheterosexista². Por lo tanto, es esperable suponer que la transformación de estas situaciones implica mayores esfuerzos políticos, institucionales y comunitarios.

El Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina que elabora la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2021) indicó que el 11% de los femicidios ocurridos en 2020 en Argentina corresponde a mujeres mayores de 60 años. **La violencia de género en la vejez existe y requiere de medidas integrales y estructurales para su transformación.**

A su vez, el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires (2021) informó que la línea telefónica 144 recibió 1.581 denuncias por motivo de género de mujeres mayores de 60 años durante 2020, equivalentes al 9% del total de las llamadas. Algo similar ocurrió en la ciudad de Buenos Aires: la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de la Nación (2021) expresó que el 7% de las denuncias de 2020 fueron realizadas por mujeres de 60 años o más (el 72% tenía entre 60 y 74 años, mientras que el 28% tenía 75 años o más).

2. Contextos en los cuales se discrimina y castiga a personas que no son heterosexuales y cuya identidad no coincide con la asignada.

Tipos de violencia de género

Física: Se emplea contra el cuerpo de la mujer y personas LGBTIQ+, provocando dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

Sexual: Acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva.

Simbólica: A través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmitan y reproduzcan dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Psicológica: Causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal. Acción que genere perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

Económica y patrimonial: Ocasiona un perjuicio en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.

Política: Menoscaba, anula, impide, obstaculiza o restringe la participación política de la mujer y vulnera su derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la Ley protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485).

Es importante tener en cuenta que una mujer puede estar atravesando situaciones que impliquen distintos tipos de violencia de manera simultánea.

En este sentido, el informe de la provincia de Buenos Aires señaló que el 98% había sufrido violencia psicológica; el 77%,

simbólica; el 57%, física; el 51%, económica y patrimonial; y el 8%, sexual. Algo similar sucedió en la ciudad de Buenos Aires: el 97% había sufrido violencia psicológica; el 49%, física; el 40%, simbólica; el 38%, económica y patrimonial; y el 3%, sexual. Según la OVD, el 59% de las mujeres vivía con la persona

Modalidades de violencia de género

Doméstica: Aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde esta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, con o sin convivencia.

Institucional: Aquella realizada por funcionarios/as, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Queda comprendida, además, la que se ejerce en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

Laboral: Aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

Contra la libertad reproductiva: Aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Modalidades de violencia de género

Obstétrica: Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Mediática: Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

En el espacio público: Aquella ejercida contra las mujeres por una o más personas, en lugares públicos o de acceso público, como medios de transporte o centros comerciales, a través de conductas o expresiones verbales o no verbales, con connotación sexual, que afecten o dañen su dignidad, integridad, libertad, libre circulación o permanencia y/o generen un ambiente hostil u ofensivo.

Pública - Política: Aquella que, fundada en razones de género, mediante intimidación, hostigamiento, deshonra, descrédito, persecución, acoso y/o amenazas, impida o limite el desarrollo propio de la vida política o el acceso a derechos y deberes políticos, atentando contra la normativa vigente en materia de representación política de las mujeres, y desalentando, o menoscabando, el ejercicio político o la actividad política de las mujeres, en cualquier espacio de la vida pública y política, tales como instituciones estatales, recintos de votación, partidos políticos, organizaciones sociales, asociaciones sindicales, medios de comunicación, entre otros.

Fuente: elaboración propia sobre la en base de la Ley protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485).

que ejercía la violencia, mientras que este porcentaje llegaba al 66% en mujeres de 75 años o más. Con relación al vínculo, los hijos e hijas son quienes más ejercen violencia (51%), seguidos de las parejas (24%), los hermanos o hermanas (4%) y otros familiares (10%).

Por lo expresado anteriormente, las personas que cumplen el rol de cuidadoras y cuidadores deben adquirir herramientas que les permitan acompañar a las personas mayores en situaciones de violencia de género.

Herramientas para el acompañamiento de personas en situación de violencia por razones de género

Acompañar una situación de violencia por razones de género implica, fundamentalmente, escuchar a la persona, construir un vínculo de confianza, contener, informar oportunamente y articular con otros organismos para intervenir. En este sentido, se trata de una tarea que abarca diversas acciones por parte de múltiples personas e instituciones. A su vez, las estrategias de acompañamiento para cada situación pueden ser diferentes o variar en el tiempo. **Es importante saber que no existen recetas o una forma única** de llevar a cabo este proceso, aunque podemos compartir algunas estrategias básicas.

En primer lugar, hay que considerar que la persona en situación de violencia puede

estar contando su relato por primera vez, por lo que es necesario abordar estas conversaciones desde la empatía y con tranquilidad. Si la persona manifiesta estar atravesando una situación de violencia, es importante que no hablemos desde un lugar de superioridad, que nuestro tono no manifieste un estado de alarma y, **antes de realizar recomendaciones, preguntarle a la persona qué es lo que quiere hacer.** Es necesario dar tiempo al relato de la persona, permitir el desahogo emocional sin interrumpir y consultar sobre su red (familiares, amistades, vecinas, referentes afectivos, etc.) para poder comprender la situación y los recursos con los que cuenta. Siempre avanzamos en función de lo que la persona nos manifiesta.

A continuación, detallamos algunas herramientas:

- **Garantizar la privacidad y la intimidad.** Si una persona comparte una situación de violencia, debemos **asegurarle confidencialidad.**
- **Escuchar activamente.** Respetar el ritmo del relato y mostrar disposición para escuchar sin cuestionar ni anteponer creencias personales. También implica no interrumpir a la persona cuando habla y preguntar sólo aquellas cosas que hayan quedado confusas. La pregunta puede permitir ordenar el discurso o el relato.
- **No culpar ni juzgar, es decir, dar credibilidad al relato y, fundamentalmente, evitar revictimizar** a la persona que hace

el esfuerzo de compartir una situación difícil. Para ello, sugerimos centrarnos en preguntas como: “¿Cómo puedo ayudarte?”, “¿Qué pasó?”, “¿Dónde sucedió?”. Evitar preguntas como “¿Por qué no te defendiste?”, “¿Lo provocaste?”.

Evitar los prejuicios: “¿Cómo estabas vestida?”, “¿Por qué fuiste ahí?”, “¿Por qué quisiste hacer eso?”. Es fundamental **no restar importancia a lo ocurrido ni minimizar los hechos**, con frases como “Todos los hombres son iguales”, “Ya se le va a pasar”, “Reacciona así porque te quiere”. Éstos son algunos de los mitos que sostienen una relación violenta. **No hay ninguna justificación para la violencia.**

• **Empatizar.** Implica generar proximidad a través de la empatía, tratar de entender

sentimientos y razones. La intervención debe dirigirse hacia la ayuda a la persona para que tome sus propias decisiones. Es recomendable preguntar “¿Vos qué querés hacer al respecto?”, “¿Con quién de tus conocidos considerarás que podés contar?” “¿Querés que te ayude a hacer lo que decidiste?”. Se puede recordar a la persona que siempre puede llamar a la línea 144. Remarcar que **nada justifica el maltrato y que, aun en una situación difícil, se puede salir.**

• **Pedir asistencia legal especializada en temáticas de género.** La persona puede radicar una denuncia de acuerdo a los tipos y modalidades que se establecen en la Ley



Nº 26.485. Esta denuncia se puede hacer en cualquier comisaría o en la fiscalía (cuando se trata de hostigamiento, lesiones y/o amenaza de muerte). **No se recomienda forzar a la persona a contar detalles de lo que sucedió ni insistir o presionar para denunciar al agresor, porque en algunas situaciones puede exponer a la persona a una situación de mayor riesgo.**

• **Informar sobre los derechos de las personas mayores en situación de violencia de género.** Dar a conocer cuáles son los derechos de las personas en situación de violencia puede ser un primer paso para la intervención. Expresiones como “nada justifica la violencia”, “tenés derecho a una vida libre de violencias”, “tenés derecho a solicitar

que quien te agrede se vaya de tu casa”, “tenés derecho a que el personal médico te trate bien”. Informar implica visibilizar la desigualdad y el acompañamiento que la persona puede tener si decide hacer algo al respecto.

• **Articular con los organismos públicos/ estatales correspondientes.** Como cuidadoras y cuidadores formales, ante alguna situación de violencia de género en la vejez es menester solicitar asesoramiento integral para el abordaje de la situación ante los organismos especializados en la temática. Es fundamental que podamos evaluar la situación, su nivel de riesgo y las alternativas de acción junto a equipos interdisciplinarios que trabajan en este tema.



Para llamadas

 **144**

Para mensajes:

  **221 508 5988**

Atención, asesoramiento y contención para situaciones de violencia por motivos de género, las 24 horas, de manera gratuita y en todo el país.

Palabras finales

Las situaciones de violencia por razones de género se encuentran muy arraigadas, por lo que consideramos fundamental proponer salidas colectivas que, por un lado, tiendan a fortalecer las redes comunitarias y, por otro, nos interpelen a trabajar reflexivamente sobre nuestras prácticas, conductas y creencias para transformar la realidad.

Ideas Clave del Módulo

- Las vejeces, como los géneros, son construcciones sociales y culturales insertas en un contexto histórico, que se traducen en diferentes posiciones de poder y categorías que hombres y mujeres ocupan en la jerarquía social.
- Es necesario contar con herramientas que permitan incorporar progresivamente la perspectiva de género y diversidad sexual, a los fines de evitar situaciones de violencia basadas en el género en el ámbito de los cuidados y fortalecer, a su vez, el enfoque de derechos humanos en nuestras intervenciones.
- La vejez no es solo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico: es, ante todo, una construcción social y cultural que adquiere forma en una determinada sociedad.
- No se llega a la vejez en las mismas condiciones si se es varón o si se es mujer.

Del mismo modo, estas diferencias se profundizan en la población travesti, trans, lesbiana o gay.

- El crecimiento de la población de personas mayores y la mayor longevidad de las mujeres constituyen un fenómeno denominado feminización de la vejez.
- El cuidado de personas ha sido tradicionalmente responsabilidad de las mujeres, como parte de las desigualdades y de la asimetría entre los géneros.
- La violencia de género en la vejez existe y requiere de medidas integrales y estructurales para su transformación.
- Es importante tener en cuenta que una mujer puede estar atravesando situaciones que impliquen distintos tipos de violencia de manera simultánea.



Bibliografía

- ARIAS, CLAUDIA (2015). Los vínculos de apoyo de mujeres y varones en la vejez en Roqué, M. (comp.) Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (2021). Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/informefemicidios2020.pdf>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica (2021). Informe estadístico anual 2020. <http://www.ovd.gov.ar/ovd/verMultimedia?data=4739>
- IACUB, R. (2011). Identidad y envejecimiento. 1ª edición. Buenos Aires: Paidós.
- IACUB, R. (2012). El poder en la vejez. Buenos Aires: PAMI - INSSJP.
- Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires (2021). Informe Anual 2020. Personas adultas mayores que se han contactado con la Línea 144 PBA. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gov.ar/gestor/uploads/INFORME%20ANUAL%20-%202020%20-%20ADULTAS%20MAYORES.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana Sobre La Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 45º Sesión de la Asamblea de la Organización de Estados Americanos. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- PAUTASSI, L. Y ZIBECCHI, C. (Coord.) (2013), Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6115854.pdf>
- ROQUÉ, M. (Comp.) (2015). Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. <https://www.algec.org/biblioteca/SEMINARIO-GENERO-Y-DIVERSIDAD.pdf>



MÓDULO 8

Hacia un modelo de cuidados domiciliarios con perspectiva de diversidad sexual

Sebastián Amaro

Sociólogo. Profesor. Maestrando en Sociología de la Cultura. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Jefe de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

Introducción

La institucionalización de la temática de los cuidados como política pública transversal a todas las edades mediante el nuevo Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades implica una nueva problematización acerca de los cuidados en términos integrales.

En esta unidad reflexionaremos sobre la importancia de **pensar los cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual**. Para ello, **situaremos los procesos de envejecimiento de las personas mayores lesbianas, gays, travestis, trans, intersex, queer y otras (en adelante, LGBTIQ+¹), en contextos sociales, políticos y culturales de las últimas décadas a los fines de conocer los procesos históricos que condicionaron el envejecimiento en la comunidad LGBTIQ+.**

A su vez, se presentarán conceptos básicos sobre sexualidad, género, orientación sexual e identidad de género a los efectos de **repensar los cuidados dentro del paradigma de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.**

Cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual

La sexualidad constituye una faceta central en la vida de las personas. Se

juega en el cuerpo y en la expresión de cada persona de modo singular, de ahí el hecho de que se afirme que existen tantas sexualidades como personas. Sin embargo, **no es un atributo singular únicamente, también tiene una dimensión social y política** (Weeks, 1998), por lo que no hay nada de natural en ella.

En el plano individual se manifiesta en los afectos, en las prácticas sexuales, en la orientación sexual y en la identidad de género de cada persona, mientras que en el plano social y político se realiza a través de las políticas sobre el cuerpo, sobre la reproducción biológica, los esquemas familiares, las prácticas sexuales “permitidas” y las que no se visibilizan, el acceso a derechos, las políticas públicas en general y las políticas para los diversos grupos etarios, en particular, entre otras. De esta forma, **el cuerpo y la identidad constituyen el punto de encuentro entre lo individual y lo social en el que se juega la sexualidad.**

Los discursos acerca del envejecimiento y la vejez suelen pensarse desde una mirada homogénea de las personas mayores. No obstante, Zamora Monge (2011) sostiene que se puede pensar el envejecimiento y la vejez en dos planos: desde un punto de vista normativo, que referiría a todas las personas que han envejecido bajo ciertos parámetros socialmente esperados,

1. Se tratan de diversas identidades que no responden a la heterosexualidad o al sistema binario del género que solo incluye personas con géneros asignados al nacer como varones ni mujeres. El signo apunta a pensar las identidades como una posibilidad abierta y que existen mucho más de las que se resumen, al momento en estas.

y un “envejecimiento no normativo”, que incluiría a todas aquellas personas que envejecieron por fuera de estos parámetros concebidos socialmente como “normales”. En este grupo se encuentran personas atravesadas por la experiencia de la migración, personas que no han tenido hijas, hijos o hijes² o todas aquellas personas con orientaciones sexuales e identidades de género disidentes, de modo que se aplica a una serie de personas que incluiría, siguiendo al autor, a las personas mayores LGBTIQ+.

La incorporación de una perspectiva de diversidad sexual a las prácticas de cuidados requiere conocer la historia social reciente a los fines de situar en qué contextos culturales, políticos y económicos envejecieron las personas LGBTIQ+ y su impacto en la subjetividad, en la configuración de las redes de apoyo social e incluso las cuestiones propias de salud.

En esta línea, **estos contextos estuvieron signados por la presencia de lo que se conoce actualmente como discursos de odio**, incluyendo la patologización por parte de los discursos médicos y psicológicos/psiquiátricos³ y la consiguiente criminalización de las personas LGBTIQ+; principalmente a través de la aplicación de los edictos policiales que justificaron detenciones por vestir ropas del “sexo opuesto”.

Como señala Emiliano Litardo:

Los edictos policiales ilustran el poder restrictivo del uso del derecho, en su faz positiva, toda vez que reprimían produciendo subjetividades criminales; los edictos fueron la expresión de una técnica de adiestramiento individual, a la vez que una manera de regulación global del espacio público. Con esta tecnología, investida de una ideología, la policía privaba de la libertad a las personas por su identidad de género u orientación sexual diferente (2017).

El retorno de la democracia restauró en Argentina el Estado de Derecho, pero no del todo para personas de la comunidad LGBTIQ+, que continuaron siendo perseguidas por la expresión del género o por la oferta de sexo en la vía pública. En esta línea, Lohana Berkins aseguraba que para las travestis, el estado de sitio es a diario. La rutinaria persecución policial, las acostumbradas restricciones a circular libremente por las calles portando una identidad subversiva, los permanentes obstáculos para acceder a derechos consagrados para todos/as los/as ciudadanos/as del país, entre otros, hacen de la vida travesti una vida en estado de sitio (2003).

Recién hacia el bicentenario se reconocieron derechos de personas LGBTIQ+ con la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario

2. El uso de “hijos” permite visibilizar a identidades que no se reconocen en el sistema binario. / 3. Basta recordar las terapias de reconversión y que sólo recién hace algunos años se dejó de considerar la homosexualidad como una enfermedad y al travestismo como una disforia de género.



internalizadas en las personas mayores disidentes a la norma cisheterosexual.

En este marco, **las prácticas de cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual implican considerar en las personas mayores LGBTIQ+ el peso del estigma, la vergüenza y también de la resistencia a las opresiones.** Asimismo, supone un **abordaje** hacia quienes requieren cuidados **en términos integrales.** Esto significa que **no se puede omitir la orientación sexual y la identidad de género como dos cuestiones constitutivas de la sexualidad y de la misma identidad.**

Hacia un modelo de cuidados libre de violencias

Identidad de Género

La primera cuestión a tener en cuenta es que **acercarse a la práctica de cuidados con perspectiva de diversidad sexual exige reconocer la existencia de la diversidad sexual en la vejez.** Esta afirmación constituye un punto de partida ineludible. Como afirma Butler (2002), la posibilidad de existencia para determinadas identidades implica el reconocimiento previo como identidades y vidas con derechos.

(2010) e Identidad de Género (2012) generando mayor igualdad luego de décadas en las que solo las personas heterosexuales y cis⁴ tenían derechos.

La conquista de estos derechos resulta fundamental para una sociedad democrática. Sin embargo, la sanción de los derechos no logra borrar la experiencia y, con ella, una historia de padecimientos y resistencias

4. Se utiliza este prefijo para designar a las personas cuyo género autopercebido concuerda con el género que se les asignó al nacer.

En esta línea, y a partir de la Ley de Identidad de Género sancionada en 2012, se entiende que la definición del género ya no se asocia a una serie de rasgos biológicos como la conformación cromosómica, la genitalidad o la presencia de determinadas hormonas que definían a las personas dentro de un paradigma binario en el que se reconocían dos “sexos”, sino que se define a la identidad de género como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Artículo 2).

Esta ley reconocida mundialmente implica un giro en la definición de la identidad de género. **Bajo este nuevo paradigma, la identidad de género la define cada persona de acuerdo a como la siente internamente, más allá del nombre que figura en el documento y del “sexo” asignado al momento del nacimiento.** Ya no es la sociedad a través de sus instituciones (padres/madres, el sistema de salud o el registro civil) la que puede definir el género de las personas de una vez y para siempre, sino que las personas tienen el derecho a definir el

propio género independientemente de la vestimenta, la expresión, los gestos, o el documento de identidad.

El artículo 12 de la ley refiere al trato digno y aclara que:

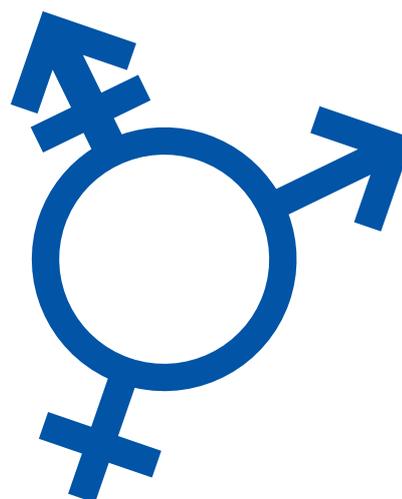
Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

El reconocimiento de la identidad de género autopercibida constituye el punto de partida básico para no incurrir en una forma básica de violencia hacia las personas LGBTIQ+ que requieren



Ley n° 26.743 de Identidad de Género en la Argentina

cuidados. En relación a este punto, debe tenerse en cuenta que la identidad de género no es un atributo de las personas trans, travestis, gays o lesbianas, sino que todas las personas tenemos una identidad de género. Asimismo, es importante resaltar que ésta no se constituye de una vez y para siempre. Por el contrario, la vejez puede significar la oportunidad para vivir acorde al propio género, por lo que puede derivar en transiciones de género⁵.



Heteronormatividad

En 2007 la Comisión Internacional de Juristas proclamó los Principios de Yogyakarta⁶. Allí se establece un marco normativo para el abordaje de los derechos para personas LGBTIQ+ y brinda, por otro lado, definiciones de lo que se entiende por identidad de género⁷ y por orientación sexual. Esta última “alude a la atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas del mismo género, de diferente género o de más de un género. Esto puede cambiar o mantenerse igual a lo largo del tiempo” (Principios de Yogyakarta, 2007).

La orientación sexual, como parte constitutiva de la sexualidad, está presente a lo largo de toda la vida, pese al sentido común que tiende ver a las personas mayores desexualizadas.

En esta línea, y como se sostiene desde el campo gerontológico, el paso del tiempo no implica la pérdida de la sexualidad, sino que operaría una transformación (en la que hay pérdidas y ganancias) respecto a otros momentos de la vida (Iacub, 2012).

Como punto de partida resulta necesario restituir el estatus de seres sexuales a las personas mayores. A partir de ello estaremos en condiciones de pensar que las personas mayores que requieren cuidados pueden tener orientaciones sexuales no heterosexuales.

Vivimos en un mundo en el que la heterosexualidad se erigió como natural. Esta orientación sexual recorre no sólo

5. La transición de género refiere al proceso por el cual la persona adecua su existencia e identidad a un género distinto al que se le asignó al momento de nacer. / 6. Estos principios no son vinculantes, sino que se proponen en el derecho internacional como una recomendación de expertos para la implementación de políticas públicas y elaboración de normativa nacional e internacional. / 7. La Ley de Identidad de Género N° 26.743 sancionada en nuestro país toma la brindada en estos Principios

el ordenamiento social, sino que se impone desde el momento de nacimiento y, en este sentido, es pertinente referir a una heterosexualización de la vida. Se convierte así en la norma que rige la vida, atravesando todos los comportamientos y las expectativas.

De esta forma, asume un “carácter obligatorio” e implícito (Rich, 1978). Esto es lo que se conoce como heteronormatividad.

En efecto, y de modo similar a lo que ocurre con la identidad de género, todas las personas tenemos una orientación sexual. Ésta, además, es constitutiva de la expresión de la identidad, por lo que un trato digno en el cuidado no debe

omitir esta dimensión. Sin embargo, las personas no cis y heterosexuales tienen la potestad de compartir o no esta información con el mundo.

En este sentido, **brindar cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual implica generar las condiciones para que la persona se sienta segura y con la confianza de poder manifestar abiertamente su identidad sexual sin el temor de ser juzgada ni mucho menos discriminada.** A diferencia de lo que ocurre con las personas cis y heterosexuales, en las personas LGBTIQ+ existe una gestión de la identidad sexual que se juega a lo largo de la vida y que opera con una evaluación de riesgo más



o menos consciente que se activa en distintas situaciones.

En efecto, para algunas personas vivir la vida acorde a su orientación sexual e identidad de género de forma disidente a la establecida pudo implicar, en sociedades homofóbicas, lesbofóbicas y transfóbicas, la exclusión de sus familias de origen, la expulsión del sistema educativo, de salud e incluso restricciones en el ámbito laboral, como ocurre actualmente con la comunidad travesti y trans.

La convivencia a lo largo de la vida con discursos odiantes, en las diversas esferas, genera un “stress de minorías” (De Vries, 2015), que constituye una experiencia diferencial a las personas cis y heterosexuales.

En contrapartida, **hay trayectorias compartidas para las personas mayores LGBTIQ+.** Allí se encuentran el armamento de esquemas familiares propios que han ayudado a atravesar contextos adversos; por lo que el concepto de familia puede incluir a las amistades mucho más que a la familia de sangre. Este dato es importante porque puede implicar redes de apoyo en las que las personas significativas pueden ser las amistades. En esta línea, Claudia Arias (2015) afirma que estas redes de apoyo suelen estar conformadas por personas LGBTIQ+. Por su parte, De Vries (2015) sostiene que en gays puede presentarse mayor sensación de soledad, así como redes de apoyo más reducidas

por el mandato de la autosuficiencia que se asocia con los roles y el estereotipo de la masculinidad.

En este punto, es necesario recordar que dentro de la comunidad LGBTIQ+ también se juegan diferencias basadas en los roles, estereotipos y mandatos sociales acerca de la forma “correcta” de encarnar la masculinidad y feminidad de la que no se está totalmente exento.

Por ello, **la consideración de estas cuestiones podría propiciar una actitud y el desarrollo de una mirada libre de prejuicios sobre la sexualidad en la vejez y el consiguiente despliegue de estrategias que promuevan el bienestar físico, psíquico y también emocional de las personas que han vivido sus vidas en contextos desventajosos.**





Palabras finales

En este texto **se pone de manifiesto la necesidad de pensar los cuidados a la luz de cuestiones como la orientación sexual y la identidad de género a los efectos de construir un modelo de cuidados centrados en la persona que no desconozca estas dimensiones constitutivas.**

El no reconocimiento de las diferencias en el cuidado a partir de la orientación sexual e identidad de género implica reproducir

una historia de violencia simbólica y material que no es admisible desde el paradigma de los Derechos Humanos.

Con este propósito, se enfatizó en la **importancia de reconocer la historia social, política y cultural reciente para comprender en qué contextos de persecuciones y resistencias envejecieron las personas mayores. Dichos contextos dejan marcas, heridas, temores, pero también aprendizajes, resiliencia y orgullo.**

Ideas Clave del Módulo

- La sexualidad constituye una faceta central en la vida de las personas, que es personal, pero al mismo tiempo tiene una dimensión social y política.
- Es necesario repensar los cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual, dentro del paradigma de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Las prácticas de cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual implican considerar en las personas mayores LGBTIQ+ el peso del estigma, la vergüenza y también de la resistencia a las opresiones. Acercarse a la práctica de cuidados con perspectiva de diversidad sexual exige reconocer la existencia de la diversidad sexual en la vejez.
- Bajo este nuevo paradigma la identidad de género la define cada persona de acuerdo a como la siente internamente, más allá del nombre que figura en el documento y del “sexo” asignado al momento del nacimiento. Esto es la identidad de género autopercebida.
- Brindar cuidados desde una perspectiva de diversidad sexual implica generar las condiciones para que la persona se sienta segura y con la confianza de poder manifestar abiertamente su identidad sexual, sin el temor de ser juzgada ni mucho menos discriminada.
- Hay trayectorias compartidas para las personas mayores LGBTIQ+. Allí se encuentran el armado de esquemas familiares propios que han ayudado a atravesar contextos adversos; por lo que el concepto de familia puede incluir a las amistades mucho más que a la familia de sangre.
- La consideración de estas cuestiones podría propiciar una actitud y el desarrollo de una mirada libre de prejuicios sobre la sexualidad en la vejez y el consiguiente despliegue de estrategias que promuevan el bienestar físico, psíquico y también emocional de las personas que han vivido sus vidas en contextos desventajosos.

Bibliografía

- ARIAS, CLAUDIA (2015). Los vínculos de apoyo de mujeres y varones en la vejez. En Roqué, M. (Comp.). Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- BUTLER, JUDITH (2004). Capítulo El reglamento del género. En Deshacer el género. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_2/optativa/deshacer_genero.pdf
- DE VRIES, BRIAN (2015). LGBT en la segunda mitad de la vida: Cuestiones psicológicas, sociales y físicas. En Roqué, M. (Comp.). Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- IACUB, RICARDO (2012). El poder en la vejez. Buenos Aires: PAMI - INSSJP. Ley 26.743 de Identidad de Género (2012). <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- LITARDO, EMILIANO (2017). Va a ser un escándalo. En Ministerio Público de la Defensa Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta propia. <https://www.mpdefensa.gov.ar/publicaciones/la-revolucion-las-mariposas-a-diez-anos-la-gesta-del-nombre-propio%20>
- LÓPEZ SÁNCHEZ, FÉLIX (2012). Sexualidad y afectos en la vejez. Madrid: Ediciones Pirámides.
- RICH, ADRIENNE (1980). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2657419>
- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Principios de Yogyakarta (2007). <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>
- WEEKS, JEFFREY (1998). La invención de la sexualidad. En Sexualidad. México: Paidós.
- ZAMORA MONGE (2011). Expectativas de cuidado en la vejez y comportamientos de salud en procesos de envejecimiento no normativos. Tesis de Maestría. España.





MÓDULO 9

Psicología de la vejez

Ricardo Iacub

Licenciado y Doctor en Psicología (UBA). Profesor Titular de Psicología de la Tercera Edad y Vejez (UBA). Profesor Titular de Psicología Evolutiva III de la Universidad del Museo Social Argentino. Director del Programa de Actualización en Psicología del Envejecimiento (UBA). Miembro de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC). Subgerente de Desarrollo y Cuidado Psicosocial (INSSJP - PAMI). Profesor invitado en universidades nacionales y extranjeras. Autor de libros y papers científicos sobre la temática.

Introducción

Este módulo está dedicado a exponer los **criterios centrales para la práctica y el desarrollo profesional de las cuidadoras y los cuidadores domiciliarios desde el punto de vista de la psicología de la vejez**. Se trata de una de las **bases de la Gerontología**, ya que permite **comprender una serie de cambios que se producen en la persona que envejece**.

Para entender la complejidad de los aspectos que intervienen en la psicología de la persona mayor, es necesario conocer las características de su desarrollo personal, los cambios físicos y sociales que determinan esta etapa vital (en donde coexisten transformaciones positivas y negativas, crecimientos y pérdidas) y también cuestiones saludables y patológicas.

En este módulo se abordarán algunos aspectos problemáticos de la vida psíquica en la vejez, ya que **las demandas de cuidado suelen aparecer, con mayor frecuencia, en los momentos de mayor dependencia y necesidad**.

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

Los contenidos del módulo están organizados en cinco grandes ejes: la

mediana edad y la vejez; la sexualidad en las personas mayores; los cambios cognitivos en el envejecimiento; los procesos de duelo en la vejez; y los trastornos de salud mental más frecuentes.

Se espera que, a partir de estos conocimientos, resulte más sencillo, para la persona que cuida, enfrentar la complejidad de cada situación que pueda presentar la persona que esté a su cuidado.

La mediana edad y la vejez

Una parte considerable de los cambios que acontecen en la vejez comienzan a gestarse en las décadas previas a esta etapa. Por ello, **es necesario analizar el proceso de envejecimiento desde la mediana edad**, entendiendo a esta como **la etapa de la vida que transcurre**, aproximadamente, **entre los 40 y los 60 o 70 años**. Estos extremos pueden variar, dependiendo de variables culturales y sociales.

La mediana edad es el momento en el que las personas empiezan a darse cuenta de que están envejeciendo. Entonces ¿por qué se habla de **crisis de la mediana edad**? Porque **la persona que transita esta etapa empieza a sentir que eso que la representaba, la definía y que formaba parte de su identidad ya no tiene las mismas características**. Por ejemplo, empieza a advertir cambios en su cuerpo, cambios en el lugar que ocupa en su familia, en el trabajo, en el modo en el que experimenta su vida, etc. Estas vivencias

suelen dar paso a una crisis que, usualmente, va acompañada de diferentes emociones, procesos reflexivos y la necesidad de realizar determinados ajustes en sus vidas.

¿Por qué en algunas personas esta experiencia puede resultar perturbadora o desestabilizante? Justamente, **porque puede poner en cuestión algunos aspectos centrales de la vida de las personas**, cierto equilibrio anterior que les daba seguridad, lo que podría generar sentimientos de incertidumbre y desconcierto. La forma en que la persona vaya resolviendo e incorporando estos cambios va a tener efectos en la manera en que, posteriormente, ingrese y transite la etapa de la vejez.

Es importante tener en cuenta que, si bien el envejecimiento es un proceso gradual, estos momentos vivenciados como disruptivos, y todo lo que la persona comienza a experimentar y reflexionar a partir de estos, van a facilitar una aproximación a cierta idea de cómo puede llegar a ser su vejez.

Las personas van experimentando lo que implica envejecer cuando comienzan a percibir cambios en su cuerpo, comentarios de los demás acerca de la vejez o la cercanía de la jubilación, entre otras situaciones.

Todo esto las lleva a renovar la pregunta filosófica ¿Quién soy? y a ensayar respuestas nuevas en diferentes niveles.



Los aportes de la psicóloga Dittmann-Kohli (2005) permiten **entender y organizar estos cambios que relatan las personas de mediana edad en diferentes dimensiones del yo**. La autora propone pensarlos desde el **yo laboral**, el **yo físico**, el **yo existencial** y el **yo temporal**. Iacub (2011) agrega otra dimensión para enriquecer el análisis, que es el **yo psicológico**.

A continuación, describiremos cada uno.

El yo físico

Los **cambios** que aparecen **a partir de la mediana edad en el plano de lo corporal afectarán, de diferentes maneras, a las personas** de acuerdo con su género y expectativas sociales y culturales. Estas modificaciones pueden observarse tanto a **nivel estético** (las arrugas, la flacidez, ciertos dolores, etc.) como a **nivel funcional** (lo que pueden o no hacer por limitaciones del propio cuerpo) y, también, en fenómenos biológicos como la menopausia o la andropausia.

Muchas veces, las transformaciones físicas son los marcadores que utilizan las personas para dar cuenta del paso del tiempo, ya sea por lo que los otros dan a entender a través de miradas o comentarios, como por lo que ellas mismas ven, por ejemplo, al compararse con una foto de hace mucho tiempo o al mirarse al espejo.

A modo de ejemplo, se comparte el testimonio de Enrique, de 63 años: “Ya no juego todos los fines de semana al fútbol. El otro día me caí y me costó recuperarme. Entonces pienso que quizás tenga que cambiar de deporte y pasarme al golf (risas). Hay cosas para las que el cuerpo me dice basta”.

El yo temporal

En el discurso de las personas de mediana edad aparecen frecuentemente referencias temporales relacionadas con lo vivido. Esto da cuenta de que **el tiempo se comienza a vivenciar de otra manera**. De esta forma, **se puede observar una mayor conciencia de que se ha vivido mucho más tiempo del que, tal vez, quede por delante**.

Esto no siempre es transitado de una manera apesadumbrada. De hecho, en ocasiones permite que las personas puedan tomar decisiones más realistas, como la que se lee en el siguiente ejemplo que tiene como protagonista a Sonia, de 60 años: “¿Cómo te describo lo que siento que me pasa? El otro día vinieron a ponerme unas alfombras y el muchacho me dijo: «Esto, señora, le va a durar 30 años». Y ahí pensé, ¿para qué quiero que dure tanto?” (tomado de Iacub, 2010).

El yo laboral

En relación a lo laboral, se pueden observar **ciertas contradicciones donde**

conviven la experiencia, sensación de estabilidad y satisfacción laboral, junto con el aburrimiento y/o el cansancio en relación al trabajo. Por otro lado, **es muy frecuente que las personas de mediana edad realicen un balance** y observen los logros alcanzados y los que no se han podido cumplir. De este balance puede surgir la pregunta ¿Vale la pena seguir invirtiendo tanto esfuerzo con el poco tiempo que me queda hasta la jubilación? El límite de la trayectoria laboral está más cerca y permite evaluar la situación desde otra perspectiva.

En este aspecto, al igual que en los anteriores, se pueden observar diferencias significativas entre personas de distinto género.

La dimensión del yo psicológico queda de manifiesto en este testimonio de Juan, de 62 años: “Me acuerdo que estaba en una charla y me di cuenta que en 5 o 6 años me iba a jubilar. Pensé: ¿para qué tanto pelear si ya se termina? No lo había pensado antes de esta manera. Por un lado, me liberé de tanto peso, pero a la vez esto me dejó desmotivado durante un tiempo”.

El yo existencial

Se refiere al aumento en la percepción que la persona tiene de sí misma, una **mayor conciencia de su propia existencia. La idea de finitud, la percepción de la propia muerte es una**

experiencia mucho más real que en otros momentos de la vida.

La sensación de “ser el próximo en la fila”, la persona de mayor edad en su familia puede ser vivido como algo limitante o puede resultar un gran impulsor de proyectos para aprovechar al máximo el tiempo de vida.

En el ejemplo de Noemí, de 67 años, aparece esta reflexión sobre el lugar en su familia: “El otro día estábamos en la fiesta de 15 de mi nieta. Cuando hablaba con mi hermana me di cuenta y le dije: «Lucía, ¿viste que estamos en la mesa de las más grandes? Ahora nosotras somos las más viejas de la familia»”.

El yo psicológico

Esta categoría permite dimensionar **la amplia experiencia que fue adquiriendo la persona de mediana edad a lo largo de su vida.**

Comienzan a entrar en juego características psicológicas particulares. **La persona tiene una mayor conciencia de sí, es más selectiva en la toma de decisiones, revisa y mejora el control sobre el entorno y tiene una mayor madurez emocional.** Además, puede aplicar el relativismo y mejorar la capacidad de contextualización, lo que le permite alejarse de los valores ideales y absolutos. Lo mencionado puede observarse en el testimonio de Jorge, de 52 años: “Antes sentía que no tenía muy claro para dónde iba, era muy influenciado. Hoy siento que

calculo más desde mí, comparo y pienso en otras situaciones que ya me sucedieron”.

Las dimensiones desarrolladas anteriormente permiten entender cómo las personas llegan a la vejez habiendo transitado diferentes instancias reflexivas, introspectivas y de revisión de vida.

En la vejez se ponen en juego los mecanismos de control que tienen las personas porque los niveles de incertidumbre aumentan. Los cambios en el cuerpo se hacen más presentes y hay pérdida de roles. Hay que redefinir la identidad, las creencias y los marcos culturales. Algunas de las preguntas más importantes - ¿quién soy yo ahora? ¿a dónde voy? ¿qué es lo que quiero?- encuentran respuestas en espacios compartidos con pares como, como los Centros de Jubilados, clubes o lugares de estudio, recreación o participación social.

Algunos de los cambios pueden afectar de forma muy marcada la **funcionalidad de las personas mayores, tanto que puede significar una pérdida de la independencia y la necesidad de contar con ayuda.** Esta situación **puede ir acompañada de emociones como la tristeza y el enojo**, con el riesgo de que la persona comience a aislarse.

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 del cuerpo, es decir, de mayor sensibilidad, como los genitales, los pechos u otras.

Impulsos, 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 se lo proporcionen.

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

De esta manera, se explica que la satisfacción genital sea una parte importante de la vida sexual, pero está muy lejos de ser la única. Las personas que atraviesan una disminución o ausencia de sus funciones genitales no se transforman, por ello, en asexuadas, sino que vivencian su sexualidad a pesar de sus limitaciones.

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

La sexualidad no tiene límite de edad para su expresión, desde el nacimiento hasta el fin de la vida acompaña al ser humano.



Las cuidadoras y los cuidadores ante la sexualidad de las personas mayores

Los prejuicios existentes en nuestra cultura hacia las personas mayores producen una distorsión de la imagen que se tiene sobre su vida sexual. Si bien estos prejuicios comenzaron a cuestionarse en los últimos años, sigue cuestionándose la sexualidad en la vejez.

El contacto con la intimidad y la sexualidad de las personas mayores es un tema tabú que está mayormente negado por estas pautas culturales. El amor y la sexualidad pueden brindar un fuerte sentido de sí y de valoración personal.

Existe la posibilidad de que diversos integrantes del equipo de salud, o entre quienes brindan otras clases de apoyo dentro de la red social de las personas mayores, traten de evitar el tema o lo ignoren, como si no tuviera relación con

la tarea profesional. Para las personas cuidadoras, es un tema importante y cotidiano que debe ser considerado como parte de su formación.

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 en relación con la sexualidad.

- Comunicar las manifestaciones de la sexualidad de la persona mayor a familiares y profesionales (en los casos que sea una información importante en función de la situación de la persona - Ver sección “Enfermedades y sexualidad”).

- 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 encauzar la situación.
- Pensar que las conductas sexuales están dirigidas a nosotras y nosotros.
- Generar situaciones que se presten a confusión (por ejemplo, seducir o promover la excitación).
- Proponer o aceptar actividades sexuales con la persona cuidada a cambio de beneficios para la persona cuidadora, que suelen precipitar situaciones de maltrato.
- Acceder o promover contratos sexuales implícitos que rápidamente conducen al maltrato.
- Juzgar a la persona mayor por su orientación sexual.

Es importante comprender que el envejecimiento puede enlentecer la respuesta sexual humana, pero no terminar

con ella. Los deseos sexuales y la búsqueda de satisfacción continúan hasta estadios de edad muy avanzados.

Enfermedades y sexualidad

Existen patologías que pueden limitar directa o indirectamente la sexualidad de las personas mayores. Esto sucede ante **deterioros agudos o crónicos** que se manifiestan en lo físico (con debilidad, dolor o limitaciones de la movilidad) y/o en lo mental, generando reducción o inhibición en el deseo sexual.

La enfermedad puede provocar un retiro temporario de los goces, pero una vez superada o controlada suele reaparecer el deseo; el tiempo que implique el retorno del deseo estará en directa relación con el lugar que lo erótico ocupe para la persona.

A continuación, se comparten **algunas patologías y su relación con el deseo sexual:**

- **Ataques cardíacos y el temor a la “muerte por orgasmo”:** se recomienda una pausa para reiniciar la actividad sexual, posiciones menos desgastantes y realizar ejercicio físico.
- **Hipertensión arterial:** se puede tener sexo con hipertensión. Igualmente, siempre es importante controlar los factores de riesgo vascular.
- **Diabetes:** aunque puede ocasionar trastornos con la erección o el deseo sexual,

si tiene un control adecuado no debería haber este tipo de problemas.

- **Artrosis y artritis:** 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. Las personas con estas patologías pueden presentar conductas que suelen verse como “inapropiadas”, porque rompen con los códigos morales de la sociedad: presentarse desnudas, masturbarse públicamente o tener conductas de desinhibición sexual. Por otro lado, la confusión, la agitación y la angustia que tienen las personas por sentirse perdidas o sin control de su realidad las llevan a demandas de afecto que pueden ser vistas como sexuales o inappropriate.

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 mayor aparición de estas quejas ha llevado a la creencia, muy extendida, pero errónea, acerca de que la pérdida de la habilidad intelectual es parte inevitable

del envejecimiento. A continuación, se presentarán algunas respuestas a preguntas frecuentes sobre el tema.

¿Qué son las funciones cognitivas?

Son los **procesos mentales que nos permiten recibir, procesar y elaborar la información**. Por ejemplo, al estar leyendo este módulo se están utilizando funciones cognitivas como la lectura, la atención, la memoria y funciones visuoespaciales y ejecutivas.

¿Qué sucede con las funciones cognitivas en el envejecimiento? Se van produciendo cambios. Por ejemplo, la velocidad para procesar la información que se percibe, o la capacidad para recordar nombres disminuye con los años durante la vida adulta. Sin embargo, **estos cambios cognitivos no afectan el funcionamiento de la persona, de manera significativa.** Es decir, que **se tarda más en llevar a cabo una tarea, pero se logra ejecutarla.**

¿Qué significa que alguien tiene un deterioro cognitivo? Es el **deterioro en las funciones cognitivas en comparación al rendimiento anterior del individuo y con las personas de su misma edad y nivel educacional.** Es importante que se tenga en cuenta que el envejecimiento “normal” no va acompañado de un deterioro cognitivo.

Mientras los cambios cognitivos en el envejecimiento normal no comprometen la autonomía de la persona, aquellos atribuibles al deterioro cognitivo



podrán hacerlo o lo harán con el avance del tiempo.

¿Cómo se identifican los signos o síntomas de deterioro cognitivo? En el cuadro 02 se encontrarán distintos ejemplos acerca de lo que ocurre en una persona al envejecer respecto a otra que tiene un proceso de deterioro cognitivo.

Conocer la forma en que se altera la cognición con el envejecimiento normal y en el deterioro cognitivo permitirá **disminuir las consecuencias** de los aspectos más dificultosos de los cambios normales **utilizando diversos mecanismos de ayuda** (agendas, refuerzos en el aprendizaje, etc.);

e identificar signos de alarma que lleven a la consulta inmediata, evitando suponer que “son cosas de la edad”.

Causas de deterioro cognitivo

Existen diversas causas de deterioro cognitivo. **Las más frecuentes** se deben a lo que se conoce como las **4D: delirium o síndrome confusional, depresión, deterioro cognitivo leve y demencia**. Más adelante se desarrollará cada una de ellas.

¿Qué se puede hacer para disminuir el riesgo de deterioro cognitivo? Existen diferentes acciones:

1. Control de la salud: un estilo de vida saludable para el corazón reduce el riesgo de deterioro cognitivo. **Todo lo que le hace mal al corazón le hace mal al cerebro.**

Se sugiere controlar la presión arterial y los niveles de colesterol, no fumar y controlar los niveles de azúcar en la sangre: la diabetes aumenta la probabilidad de un derrame cerebral, deterioro cognitivo y demencia.

2. Mantener relaciones significativas con otras personas: familiares, amigos y amigas, vecinos y vecinas, etc. Evitar la soledad y mantenerse conectado/a socialmente.

3. Sueño suficiente: dormir entre 7 y 8 horas a lo largo del día (en un período de 24 horas). Mantener un horario regular para ir a dormir y no ver televisión en la cama ni otras pantallas digitales (especialmente teléfonos celulares) inmediatamente antes de intentar conciliar el sueño. Tampoco tomar café u otras bebidas activadoras luego del mediodía.

4. Consumir alimentos saludables: es importante consumir diferentes frutas, verduras, legumbres y proteínas sanas para crear una dieta saludable. A su vez, evitar alimentos con alto contenido de grasas saturadas y no beber alcohol o hacerlo con mucha moderación.

5. Hacer actividad física: realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada por semana. Caminar puede ser un excelente ejercicio.

6. Ejercitar la mente: aprender cosas nuevas, solo/a o con otras personas.

Estudiar un idioma, interpretar un instrumento musical o pintar pueden ser algunas de esas actividades.

7. Realizar actividades placenteras: hacer algo que permita sentirse bien con regularidad es importante para el bienestar mental.

El duelo en el envejecimiento

A lo largo de la vida, las personas deben enfrentar gran cantidad de **cambios y pérdidas**. Estas **se ven incrementadas en la vejez**, requiriendo un mayor esfuerzo psíquico para su elaboración.

Los cambios y pérdidas pueden iniciar procesos de duelo por los roles que se pierden, 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. Estas situaciones llevan a la persona mayor a tener que hacer el duelo por su propio envejecimiento. En estos casos, la persona puede verse 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 (falta de voluntad), 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.

Diferencias entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo

Envejecimiento normal	Deterioro cognitivo
No ser capaz de recordar detalles de un evento o una conversación que sucedió hace un año.	No ser capaz de recordar detalles de un evento o conversación reciente.
No recordar el nombre de una persona conocida, pero con quien no existe contacto cotidiano.	No recordar el nombre de un amigo, amiga o familiar muy cercano.
Olvidar cosas y eventos ocasionalmente.	Olvidar cosas y eventos muy frecuentemente.
Tener dificultades para encontrar la palabra adecuada muy de vez en cuando.	Tener dificultades para encontrar las palabras o reemplazarlas por otras palabras con frecuentes complicaciones para terminar la oración.
La persona se encuentra preocupada por los cambios cognitivos que le ocurren.	La persona no está preocupada por los cambios cognitivos, pero las personas cercanas, advierten esos cambios.

Fuente: elaboración propia.

¿Qué es el duelo?

El duelo es un proceso psicológico saludable que se pone en marcha a partir de una pérdida. Se acompaña de pena y puede ser seguido o no, por el establecimiento de nuevos proyectos y/o relaciones.

Es importante aclarar que al decir “objeto” se hace referencia a personas queridas, que es lo que permite entender más claramente el proceso de duelo, pero también a cosas materiales e inmateriales, como pueden ser cambios en las capacidades físicas o psíquicas y mudanzas de vivienda, entre otras

situaciones que pueden ser tanto reales como fantaseadas.

Cambios y pérdidas en el envejecimiento

Algunos autores plantean que hay **diversas situaciones vitales que se dan en el envejecimiento y 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 partida de los/as hijos/as del hogar familiar o la jubilación, lo que genera modificaciones en las formas de convivencia.

- **Los cambios en la sexualidad:** debido a variaciones en la capacidad sexual, nuevas maneras de relación entre los miembros de la pareja, falta de erotismo en el vínculo, entre otras situaciones.

- **La jubilación:** implica no sólo un cambio de rol, sino también en la identidad de la persona.

- **Los cambios económicos:** 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 que evidencian el paso de los años.

- **El temor frente a la hospitalización o la institucionalización:** implica abandonar ámbitos que promueven seguridad, como la casa, alteraciones 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, aunque lejano, mientras que en la vejez se hace más presente.

Con el paso del tiempo y la elaboración psíquica correspondiente, la persona en duelo 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.

Si bien esto es lo esperable, en ocasiones los procesos de duelo se complican y las personas pueden requerir algún tipo de acompañamiento profesional.

Particularidades del duelo en la vejez

En nuestra cultura, a veces se cree que las personas mayores son más vulnerables ante la pérdida de seres queridos. Esto

lleva, muchas veces, a que los hijos e hijas excluyan a sus padres y madres de los rituales que se realizan en las pérdidas por temor a que no puedan soportar el dolor. Sin embargo, lo que se observa en la práctica y la bibliografía al respecto 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.

La persona cuidadora puede orientar a quienes son familiares para que no oculten información a las personas mayores, ya que esta es necesaria para la elaboración del duelo.

Es importante tener en cuenta que:



- Las pérdidas inesperadas tienden a afectar el trabajo de duelo y están asociadas a un marcado incremento de la depresión. Además, aumentan la tendencia al aislamiento social y a la soledad.
- 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 la persona que sobrevive, si ha sido informada de la enfermedad de su cónyuge y puede cuidarla/o durante el tratamiento médico previo a la pérdida.
- La viudez es uno de los duelos que causa mayor estrés, ya que la persona no solo pierde a quien pudo haber amado, sino que suele encontrarse más sola, debiendo enfrentar situaciones cotidianas que se delegaban en la otra persona o se realizaban de a dos (el banco, los arreglos de la casa, las relaciones con los otros), lo que implica un cambio vital de proporciones.
- La viudez es un fenómeno primariamente femenino, ya que las mujeres viven más tiempo y generalmente se casan con hombres mayores.
- Las viudas mayores suelen estar mejor preparadas para arreglárselas con la pérdida, que las viudas más jóvenes.
- La viudez en las mujeres causa, frecuentemente, estrés financiero, ya que se produce una merma en los ingresos del hogar.

- Cuando la relación era muy dependiente, enviudar puede implicar mayor tensión y sentimiento de temor ante la soledad.
- El duelo no termina en seis meses o un año, todo depende de la relación, la situación en la que se encuentre la persona, las redes sociales y actividades que tenga, etc.

La modalidad de expresión del duelo varía de acuerdo con las características de la persona, el grupo sociocultural de pertenencia y el momento histórico.

Es muy importante **que la persona mayor pueda expresar su dolor según sus propias costumbres.** Cuando el individuo 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 o hijas, su proceso de duelo es más dificultoso. Por consiguiente, es clave que esté habilitada la expresión adecuada y oportuna del dolor, según los cánones culturales de la persona mayor, para transitar el proceso dentro de pautas saludables. Desde la función de la persona cuidadora se puede ayudar a que las formas de expresión del dolor sean respetadas, aunque sean diferentes a las propias.

La presencia de sostén social, amistades, familiares, una persona confidente que acompañe y la práctica activa de los rituales religiosos constituyen una valiosa ayuda para la elaboración del duelo.

En muchas personas mayores el duelo se prolonga en forma desmesurada, predominando una sensación de tristeza interminable y dificultad para conectarse con nuevas situaciones y personas. Para otras, 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.

El duelo desde la perspectiva de la persona cuidadora

Se analizarán, especialmente, **dos causas de duelo en relación con el rol de la persona cuidadora: los cambios que van surgiendo en la persona mayor que la hacen dependiente, y la pérdida por fallecimiento.**

Cuando la persona mayor no es totalmente autoválida, 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.

La persona cuidadora recibe las consecuencias de estas modificaciones. Más allá del tiempo que lleve asistiendo a la persona mayor, va generando una ligadura afectiva con ella y, quizás, con algún miembro de la familia, conociendo intimidades y enterándose progresivamente de la historia de vida.

Por un lado, se encuentra dentro de la vivencia de cambio y comparte empáticamente los sentimientos con ella. Por otro lado, en el marco de su función, intenta 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. La congoja y las emociones solo pueden permitirse en privado.

El temor a informar a la persona mayor acerca de la pérdida de un ser querido, sobre el que ya se ha hablado, 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 un obstáculo y/o una muestra de debilidad.

Sin embargo, puede ocurrir que la persona cuidadora se encuentre con un grupo

familiar que padece un “duelo eterno”. Se sabe que no solo es la persona mayor quien padece la pérdida, sino que también duelen quienes la rodean.

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

El duelo de la persona mayor interpela a la persona cuidadora sobre sus propias experiencias de duelo. Entender qué situaciones provocaron el deceso y el lugar que ocupaba la persona fallecida en ese espacio familiar puede ayudar tanto a la persona mayor como a quienes la rodean.

La presencia de una persona cuidadora, a partir del fallecimiento de alguien cercano a la persona mayor, puede ser no ser vivenciada de una buena manera. Puede existir un rechazo de esta persona, una frase que lo ejemplifica: “¿por qué tengo que relacionarme con vos, si en realidad quiero estar con quien ya se fue?”. Esto también se traduce en la idea de que “Nadie me va a querer, a mirar y a cuidar como ella/él lo hacía”.

La movilización de estos acontecimientos en la persona cuidadora, y cómo los afronte, estará teñida por la historia singular de sus duelos personales, la

Llevará a un intenso trabajo autorreflexivo y a la 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, también, frustración ante la negación de la persona mayor en duelo de recibir su ayuda para bañarse, vestirse o comer, en especial, en los primeros tiempos de la pérdida.

Cuando la persona cuidadora puede registrar y aceptar estas actitudes y sentimientos, ella misma se volverá un 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, a la persona mayor, que tiene a alguien que la mira y contiene, no igual a quien tuvo, pero sí con la expectativa de un vínculo nuevo.

Trastornos de Salud Mental más frecuentes en las personas mayores

Entre las **patologías psíquicas** que pueden afectar a las personas mayores, se abordarán las siguientes:

- 1) Depresión
- 2) Ansiedad
- 3) Deterioro cognitivo leve
- 4) Demencias
- 5) Delirium o síndrome confusional agudo

1) Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de marcada tristeza y/o dificultad para sentir placer y se acompaña de otros síntomas.

Los **síntomas** de la depresión se presentan de forma significativa y persistente, de modo que **interfieren con la vida cotidiana** de la persona produciendo un deterioro en relación con su funcionamiento previo, es decir, que **la persona deja de hacer las actividades que antes realizaba normalmente.**

Los síntomas de la depresión son:

- **Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días.** La persona se siente triste. Puede llorar o sentir ganas de hacerlo o bien presentar un carácter irritable. Es importante aclarar que, frecuentemente, en las personas mayores la depresión puede aparecer sin tristeza.
- **Disminución importante del interés o de la capacidad de sentir placer.**
- **Trastornos en el apetito** (aumento o disminución).
- **Insomnio o hipersomnias.** Aumento o disminución de sueño.
- **Entorpecimiento psicomotor.** Es habitual que se presente con agitación en las personas mayores.
- **Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.**

- **Sentimientos de inutilidad y culpa excesivos.**

- **Disminución en la capacidad para concentrarse.** También pueden referir dificultades para pensar o decidir.

- **Pensamientos negativos recurrentes,** incluso ideas de muerte o suicidio. En las personas mayores, la depresión se puede presentar enmascarada por quejas sobre el cuerpo. Por ejemplo, estar con dolor abdominal frecuente.

Como mencionamos anteriormente, **la depresión puede ocasionar deterioro cognitivo. Es fundamental no confundir una depresión con una demencia, para poder encarar el tratamiento adecuado.**

Por otra parte, es importante mencionar que actualmente existen muchos tratamientos muy eficaces contra la depresión.

2) Ansiedad

La **ansiedad** es frecuente en las personas mayores. Se trata de **una reacción emocional que anticipa la presencia de un peligro inminente. Es un sentimiento normal que se convierte en patológico cuando comienza a interferir con la vida diaria,** generando malestar. La ansiedad denota aprensión, tensión y desasosiego como consecuencia de la anticipación de peligro, que puede ser de origen interno o externo. Supone una puesta en marcha de mecanismos conductuales, corporales y cognitivos con

el objetivo de evitar enfrentarse a una situación peligrosa.

En las personas mayores, la ansiedad puede expresarse en una forma continua y generalizada o con episodios abruptos o agudos. Sus **manifestaciones clínicas** son las siguientes:

- **Cuando la ansiedad es continua o generalizada, la persona presenta una ansiedad excesiva frente a diversos sucesos o actividades.** La sensación de preocupación se experimenta como incontrolable. La persona sufre inquietud o sensación de nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

- **Cuando la ansiedad es abrupta o aguda, la persona sufre una sensación súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su expresión máxima en minutos.** Durante este tiempo pueden aparecer los siguientes síntomas: palpitaciones, taquicardia, sudor, temblores, dificultad para respirar o sensación de ahogo, molestias o dolor en el pecho, náuseas, mareo o sensación de desmayo, escalofrío o sensación de calor, hormigueos en el cuerpo, miedo a perder el control, a volverse loco o a morir.

En los distintos tipos de ansiedad comienzan a predominar los comportamientos evitativos. El repliegue en los hábitos y en la rutina de la vida diaria se convierten en la forma de evitar estos sentimientos. Cabe aclarar que en la actualidad hay tratamientos muy eficaces para controlar la ansiedad.

3) Deterioro cognitivo leve

El **deterioro cognitivo leve** es un cuadro que se presenta cuando las personas tienen deterioro cognitivo, pero **menos severo que el grado de deterioro que se presenta en personas con demencia, ya que no impacta de manera significativa en las actividades de la vida diaria (AVD)**. Este grupo de personas tiene un mayor riesgo de desarrollar demencia en el futuro. Existen distintos tratamientos que disminuyen el riesgo de desarrollar una demencia y mantenerse toda su vida con un deterioro cognitivo leve.

4) Demencias

Las **demencias** incluyen un **grupo de enfermedades crónicas y progresivas con deterioro cognitivo debido a la muerte de las neuronas del cerebro con la suficiente severidad para interferir en el funcionamiento de las personas en las actividades de la vida diaria**.

Los **síntomas frecuentes** en una demencia son:

- **Pérdida de la memoria:** por ejemplo, olvidar que fue al cine el día anterior o la comida que almorzó ese mismo día.
- **Desorientación:** ir a hacer las compras al almacén del barrio en el que siempre vivió y no encontrar el camino para volver a casa.
- **Cambios progresivos en la personalidad:** una persona que era muy

conversadora puede, gradualmente, ir volviéndose más silenciosa. Una persona que era, en general, muy tranquila puede comenzar a estar todo el tiempo irritable.

- **Alteraciones en el lenguaje:** no encontrar las palabras adecuadas para nombrar un objeto conocido, o bien estar hablando e interrumpir lo que venía diciendo.
- **Cambios conductuales:** pueden aparecer síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad, desinhibición, alucinaciones, ideas delirantes, etc.

- **Dificultad en la planificación y toma de decisiones:** comienzan a aparecer problemas con la organización y ejecución de actividades como manejar dinero, ir al banco, cocinar, etc.

Existen diversos tipos de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la más frecuente. Alrededor del 70% de las personas con demencia tiene enfermedad de Alzheimer. Otros tipos de demencia frecuentes son: la demencia vascular, la demencia mixta, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal.

5) Delirium o síndrome confusional

El delirium o síndrome confusional produce un deterioro en las funciones cognitivas como consecuencia de una causa médica. La causa desencadenante más frecuente en personas mayores es

la infección urinaria, pero cualquier tipo de patología clínica puede ocasionarlo.

En general, tiene un comienzo abrupto (repentino) y hay grandes variaciones en el desempeño de las funciones cognitivas durante un mismo día, con mayor tendencia a tener dificultades para prestar atención. El delirium o síndrome confusional es una emergencia médica y requiere una evaluación profesional inmediata. Si se trata eficazmente la causa, desaparece el deterioro cognitivo. Por ejemplo, si una persona sufre un deterioro cognitivo como consecuencia de una infección urinaria, cuando se trata y se resuelve la infección urinaria, el deterioro cognitivo cesa. No hay que dudar en contactar a un/a profesional de la salud.

Palabras finales

A lo largo del módulo se compartieron conceptos y herramientas desde la perspectiva de la psicología de la vejez con el fin de fortalecer el desarrollo profesional de cuidadoras y cuidadores domiciliarios.

En este marco, una de las cuestiones centrales para su tarea tiene que ver con la necesidad de comprender al envejecimiento desde las distintas dimensiones y aspectos que involucra.

A su vez, es fundamental que cuidadoras y cuidadores puedan reflexionar sobre la sexualidad en la vejez, los cambios cognitivos en el envejecimiento, los procesos de duelo y los problemas de salud mental más frecuentes.

Se espera que el módulo sea el puntapié inicial para continuar con lecturas que profundicen el abordaje de estos temas.

Ideas Clave del Módulo

- Una buena parte de los cambios que suceden en la vejez comienzan a gestarse en décadas anteriores. Por eso, es necesario analizar el proceso de envejecimiento desde la mediana edad, es decir, desde la etapa de la vida que transcurre, aproximadamente, entre los 40 y los 60/70 años: la persona empieza a sentir que eso que la representaba, la definía y que formaba parte de su identidad ya no tiene las mismas características.
- Se propone entender y organizar los cambios de la mediana edad en diferentes dimensiones del yo: el yo físico, el yo temporal, el yo laboral, el yo existencial, el yo psicológico.
- La sexualidad no tiene límite de edad para su expresión: acompaña al ser humano desde el nacimiento hasta el fin de la vida.
- El contacto con la intimidad y la sexualidad de las personas mayores es un tema que las personas cuidadoras deben tener presente.
- Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, procesar y elaborar la información. En el envejecimiento se van produciendo cambios que no afectan el funcionamiento de la persona de manera significativa, es decir, que se tarda más en llevar a cabo una tarea, pero se logra ejecutarla.

- Los cambios cognitivos en el envejecimiento normal no comprometen la autonomía de la persona, pero los cambios vinculados al deterioro cognitivo podrán hacerlo o lo harán con el avance del tiempo. Las causas más frecuentes son el delirium o síndrome confusional, la depresión, el deterioro cognitivo leve y la demencia.

- El duelo es un proceso psicológico saludable que se pone en marcha a partir de una pérdida: la viudez, la jubilación, cambios en la pareja o en la sexualidad; cambios económicos, pérdidas en las capacidades sensoriales y cognitivas, etc.

- La persona cuidadora puede orientar a quienes son familiares para que no

oculten información a las personas mayores, ya que ésta es necesaria para la elaboración del duelo.

- La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de marcada tristeza y/o dificultad para sentir placer y se acompaña de otros síntomas.

- La ansiedad es una reacción emocional que anticipa la presencia de un peligro inminente.

- El delirium o síndrome confusional produce un deterioro en las funciones cognitivas como consecuencia de una causa médica. Puede desencadenarse por una infección urinaria o cualquier tipo de patología clínica.



Bibliografía

- ALLEGRI, R., LAURENT, B. Y SERRANO, C. (2006). La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. En C. Mangone et al. (Ed.), Demencia, Enfoque Multidisciplinario. Buenos Aires: Polemos.
- DULCEY - RUIZ, E. Y URIBE VALDIVIESO, C. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana. Revista Latinoamericana de Psicología, 34(1-2), 17-27.
- HERRMANN, B., BUSTIN, J. Y TRISKIER, F. (2020). ¿Cómo saber si tengo dificultades con la memoria? Guía integral para el cuidado de las personas mayores. <https://comunidad.pami.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/memoria.pdf>
- IACUB, R., MACHLUK, L, MANSINHO, M., CHIARELLO, F. Y VAL, S. (2017). Efectos subjetivos ante el envejecimiento. En C. Arias (comp.), Mediana edad y vejez. Perspectivas actuales desde la Psicología (pp. 95-121). Mar de Ajó: Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
- IACUB, R. (2012). El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento. Buenos Aires: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Pensionados y Jubilados - INSSPJ.
- IACUB, R. (2011). Identidad y envejecimiento. Buenos Aires: Paidós.
- 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. Buenos Aires: Paidós.



MÓDULO 10

El rol de las cuidadoras y los cuidadores

Constanza Fernández Salvador,
Vanesa Amatto y Marisa Rauch

Constanza Fernández Salvador

Licenciada en Trabajo Social. Psicóloga Social. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Coordinadora del Área de Cuidados en la Comunidad 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.

Vanesa Amatto

Licenciada en Servicio Social. Carrera profesional en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI) desde 2002: Jefa de Servicio Social Agencia 10, UGL VI, Jefa de Agencia Capital Federal, colaboradora de la Coordinación para la vinculación de Políticas Sociales de Nivel Central del INSSJP. Actualmente, es Jefa de la División de Evaluación y Seguimiento del Departamento de Atención en Domicilio de la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado. Tiene experiencia en el diseño y ejecución de programas sociales en el área de cuidados a personas mayores.

Marisa Rauch

Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Psicóloga Social, Escuela de Pichon Riviere. Cursó la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, de la Universidad Nacional de Mar del Plata y tiene más de 24 años de experiencia laboral en el ámbito de los Cuidados de las Personas Mayores en PAMI.

Introducción

En este mundo envejecido, hay un alto porcentaje de personas mayores de 75 años, que requerirán más apoyo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y hay una creciente feminización de la población mayor. Al respecto, es necesario preguntarnos de qué modo estos cambios impactan en el cuidado de las personas mayores.

Seguramente, cada una y uno de ustedes tiene alguna experiencia previa sobre lo que es la tarea del cuidado. En el presente módulo profundizaremos cuestiones vinculadas al rol de cuidadoras y cuidadores, teniendo en cuenta al cuidado como un derecho, tanto para quienes lo requieren como para quienes lo brindan.

Iremos reflexionando acerca de las siguientes preguntas: ¿Qué entendemos por cuidados? ¿A qué llamamos cuidados de larga duración? ¿Qué significa ser cuidador o cuidadora en los escenarios actuales? ¿Y específicamente qué significa ser un cuidador o cuidadora de personas mayores? ¿Cuál es su rol, sus funciones, su perfil y sus aspectos éticos?

En todo este recorrido es fundamental tomar como referencia la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ya que es un instrumento de carácter específico y vinculante en materia de derechos humanos de las personas mayores. Tal como menciona

el artículo 1, “la persona mayor tiene **derecho a un sistema integral de Cuidados**; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015).

¿Qué entendemos por cuidados? Los cuidados de larga duración. Principales características

El cuidado es la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y necesitan ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

Es decir, representa una dimensión central del bienestar social, que incluye el autocuidado así como el cuidado de otras personas, en aspectos tales como la limpieza, la compra y preparación de alimentos, los horarios, traslados, etc. (Mesa Interministerial de Políticas de Cuidados, 2020).

Ahora bien, ¿quiénes son los actores del cuidado? Podemos decir que **el Estado, el mercado, la comunidad y las familias**, pero también las diferentes etapas de la vida donde el cuidado de terceras personas se vuelve una necesidad para asegurar la autonomía: en el caso de la vejez, aquellas personas que requieran apoyo para las actividades de la vida diaria.

Llamamos organización social del cuidado (Rodríguez Enríquez, 2016) a la forma en que se relacionan los actores que producen y reciben cuidados. También refiere a las legislaciones e instituciones que regulan y posibilitan dichas prácticas.

Los cuidados a largo plazo son los servicios requeridos por personas mayores que precisan algún tipo de apoyo en las actividades de la vida diaria. Esta actividad puede ocurrir **en forma no remunerada** (basada en lazos familiares o comunitarios), **proveerse en el sector público o ser comercializada y adquirida en el mercado.**

El cuidado a largo plazo se debe constituir en un **servicio socio-sanitario** de apoyo a situaciones de dependencia y debe presentar las siguientes características:

- Garantizar los **derechos** de las personas que reciben los cuidados.
- Favorecer y potenciar la **autonomía** de la persona mayor en situación de dependencia.
- Estar anclados en la **comunidad** y potenciar los recursos existentes en la red (en el territorio) con el objeto de que la persona mayor siga permaneciendo en su contexto más cercano y de referencia.
- Ser **progresivos**.
- Ser **graduales**, es decir, que vaya dando respuestas a las situaciones nuevas que se presentan.

- Poder coordinar los servicios de acuerdo a las **particularidades y necesidad de cuidados.**

- **Combinarse y complementarse** teniendo en cuenta la heterogeneidad de las personas mayores y sus diferentes necesidades.

- Pueden desarrollarse en contextos **institucionales** o en **domicilios.**

El rol de las cuidadoras y los cuidadores en los escenarios actuales

La naturaleza cambiante de la sociedad en su conjunto, así como las necesidades y fortalezas de las personas mayores, son dinámicas. El escenario actual debe ser pensado como una gran oportunidad para desarrollar **sistemas progresivos de cuidados** que permitan brindar respuestas y servicios que logren enfrentar los diferentes contextos desde la perspectiva de los derechos humanos. Para ello, es fundamental tener en cuenta la importancia de las cuidadoras y los cuidadores, en función de construir una sociedad más justa y equitativa para todas las edades. Debemos pensar **el cuidado como parte del tejido social y, por lo tanto, elemento central del desarrollo social.**

Todas las relaciones interpersonales están regidas por un interjuego de roles. Entendemos el rol como el desempeño de una persona, la conducta que se ejerce en un determinado contexto, 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 o la cuidadora solo es posible en presencia de otra persona, en este caso en particular, una persona mayor que requiera servicios de apoyo.

Generalmente, en el imaginario social se suele confundir o comparar el rol del cuidador o cuidadora con el de acompañante terapéutico, auxiliar de enfermería o personas que brindan servicio doméstico. Sin desmerecer ninguno de ellos, es importante remarcar la especificidad. Por eso, aclaremos que lo específico de este rol es que, **quien se forma para brindar apoyo a las personas mayores en las actividades de la vida diaria, presta un servicio de baja complejidad**. Es decir, se espera que la persona que se forma como cuidador o cuidadora de la persona mayor, en función de los conocimientos construidos durante el Curso de Formación, realice las siguientes tareas:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, preparación de alimentos, higiene.
- Ayuda para el autocuidado de la persona mayor.
- Actividades recreativas.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional, entre otras.

El buen ejercicio del rol requiere, entre otras cosas, de la formación continua y permanente, donde se adquieran

conocimientos específicos que hacen al desempeño de su tarea. No obstante, hace falta contar con una gran motivación vocacional y actitudinal por la temática, en particular, el cuidado de personas mayores.

Cuidar es diferente de asistir, ya que requiere implicancia, conocimiento y compromiso en la tarea, fundamentales para garantizar la integridad de la persona cuidada y para la construcción de la especificidad de este rol.

El cuidador o cuidadora puede desempeñarse en domicilios particulares, en establecimientos e instituciones públicas o privadas (como hospitales, centros y clubes de día, residencias de larga estadía, entre otras) y espacios de la economía social y solidaria.

Diferencias entre el cuidado formal e informal. Las funciones de las cuidadoras y cuidadores

Uno de los ejes primordiales a la hora de mirar la situación de las personas mayores es visualizar cuáles son sus redes de apoyo y comprender cómo está armada la estructura familiar.

El cuidado informal generalmente se encuentra representado por **familiares, amigos/as o vecinos/as que no disponen necesariamente de una capacitación y, la mayoría de las veces, no perciben remuneración por**

las tareas de cuidado que realizan.

Asimismo, este conjunto de redes suele caracterizarse por su compromiso afectivo en la relación, su reducido tamaño y por brindar los cuidados perdiendo objetividad en la tarea.

En general, las fuentes primarias de apoyo a las personas mayores son informales, voluntarias y surgen de lazos de parentesco, amistad y vecindad.

Históricamente, han sido las mujeres (esposas, hijas o nueras) sobre quienes recae el cuidado y el mandato social de cumplir con la función de “servir” a otros integrantes de la familia, entre ellos, las personas mayores. Cabe aclarar que aún hoy se encuentra socialmente naturalizado y cuesta romper con determinados estereotipos preestablecidos.

De un tiempo a esta parte, venimos observando un cambio en los roles sociales, con mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo, lo que incide en los cuidados informales y lleva a la necesidad de generar nuevas alternativas de cuidados.

Paradójicamente, cuando se contratan personas externas a la familia, así como servicios de instituciones dedicadas al cuidado de la persona mayor, se observa que estas tareas son brindadas por mujeres en la mayoría de los casos. Ello permite inferir que aún existe una feminización de las tareas de cuidado que es necesario deconstruir.

Podemos decir que la aparición del rol del cuidador y la cuidadora formal está íntimamente ligado al envejecimiento poblacional, el aumento de la expectativa de vida, las nuevas configuraciones en el mundo del trabajo y la necesidad de generar políticas y estrategias de atención para las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos.

Entonces, **¿qué diferencia al cuidador o cuidadora informal del formal?** Lo que los diferencia es **la formación**. La capacitación teórico-práctica incluye una diversidad de temáticas con el fin de promover una mirada integral sobre la vejez, que posibilite generar abordajes específicos, acordes a las particularidades y necesidades de todas las diferentes vejeces. Esta formación es la que le permite al cuidador y la cuidadora formal desarrollar habilidades para el apoyo en las actividades de la vida diaria, tomar decisiones, prevenir situaciones de riesgo y derivar a los/as profesionales que corresponda ante circunstancias que lo excedan. Asimismo, planificar, reflexionar e intervenir en cada momento concreto, considerando a la persona mayor desde su singularidad y respetando la situación personal, familiar y social.

Una persona es cuidador o cuidadora formal a partir de la capacitación específica que recibe, de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico laboral.

Es fundamental una formación integral que aporte diversas herramientas y nutra

las intervenciones que se llevan a cabo, ya que de ellas dependerá la riqueza de los abordajes y las posibilidades de que estos den cuenta de los derechos de las personas como un valor esencial.

Funciones de una persona cuidadora formal

Cualquiera sea el ámbito de desempeño de los cuidadores y cuidadoras formales, podemos identificar cuatro grandes funciones inherentes a su tarea:

- **Prevención:** acciones que permiten advertir y detectar, de forma precoz, situaciones que conduzcan al deterioro

biológico, psicológico y social de la persona mayor que recibe el cuidado.

- **Promoción:** identificación y optimización de las potencialidades existentes en cada persona cuidada, de su capacidad de resiliencia, promoviendo acciones de estimulación que fortalezcan y potencien su integración social, en pos de mejorar su calidad de vida.

- **Educación:** transmisión de conocimientos de cuidados y autocuidados, brindando información sobre recursos comunitarios existentes, así como también contribuyendo a desmitificar prejuicios y estereotipos de la vejez.

- **Asistencia:** provisión de apoyo y acompañamiento a aquellas personas que cuidan para el desenvolvimiento de las



actividades de la vida diaria, el cuidado de la salud y la rehabilitación cuando sea necesario. Se trata de planificar, respetando las particularidades y la singularidad de cada persona a cuidar.

Habilidades requeridas para brindar apoyo al cuidado con calidad. Perfil técnico y laboral de cuidadoras y cuidadores formales

Para hablar de habilidades, es necesario definir qué entendemos por perfil del cuidador o cuidadora formal. Nos referimos a la expresión de las cualidades que definen a una persona, en este caso, las funciones que hacen al rol específico de las cuidadoras y cuidadores de personas mayores. **El cuidador o cuidadora formal debe lograr ser un experto o experta en el campo del apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.** En este sentido, se desarrolla el **perfil** desde una doble perspectiva: **técnica** y **laboral**. La conjunción de ambos perfiles implica idoneidad, compromiso, responsabilidad, preparación y predisposición para el trabajo en equipo.

El **perfil técnico de las cuidadoras y cuidadores** se desarrolla a partir del conjunto de cualidades, habilidades, aptitudes, técnicas y conocimientos que deben incorporar, con la finalidad de proveer, de forma óptima y adecuada, servicios de apoyo al cuidado de personas mayores. Algunas de ellas son:

- Flexibilidad en el trato personal ante situaciones de cambios en la persona mayor y de su entorno.

- Capacidad de trabajo en equipo.
- Adaptación acorde al desempeño de sus funciones como cuidador o cuidadora.
- Respeto de la autonomía de la persona mayor, propiciando el acompañamiento desde un lugar de escucha y comprensión sin avasallar sus derechos.
- Amplitud de criterio frente a situaciones límite.
- Actitud participativa en función de propiciar la autoestima de la persona mayor.
- Tolerancia ante situaciones de frustración personal.

Un ejemplo de ello son las cuidadoras y cuidadores que se forman en temáticas específicas como cuidados paliativos, discapacidad y deterioro cognitivo. La incorporación de estos conocimientos permite desarrollar aptitudes y habilidades específicas para brindar apoyo con calidad a la persona mayor que así lo requiera, teniendo en cuenta sus particularidades y su singularidad.

El **perfil laboral de las cuidadoras y cuidadores** está formado por el conjunto de tareas, funciones, acciones y características del trabajo específico. Las tareas a desarrollar por el cuidador o cuidadora deben estar en concordancia con los conocimientos y prácticas adquiridos durante la formación. Las mismas son:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos indicados por profesionales.
- Preparación de alimentos.
- Ingesta asistida.
- Higiene y confort.
- Autocuidado de la persona mayor.
- Uso del tiempo libre, actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el/la profesional.

- Detección de barreras arquitectónicas, adecuación de hábitat y prevención de accidentes.
- Prevención del síndrome de burnout.

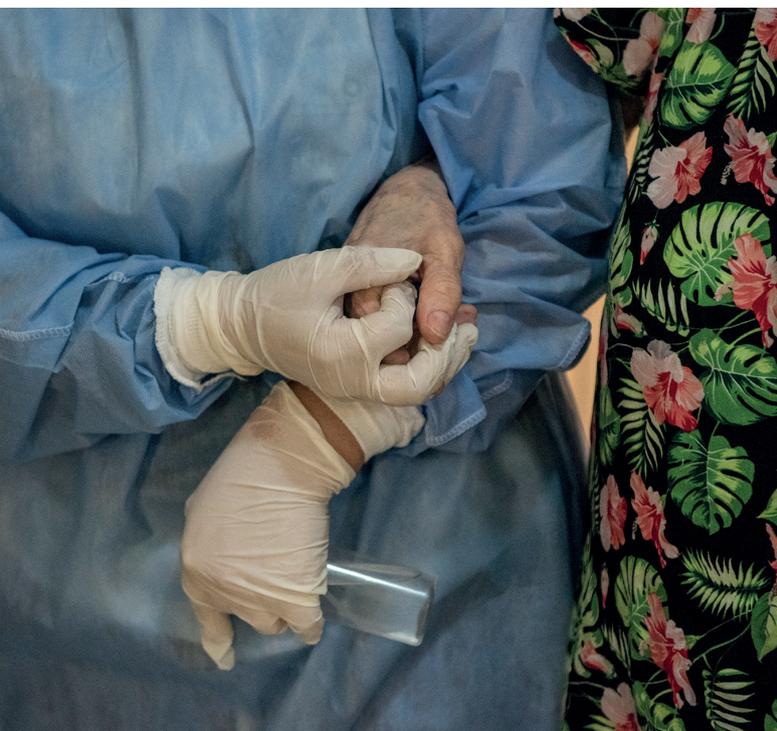
Aspectos éticos de las cuidadoras y cuidadores

Los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1991) establecen **cinco principios fundamentales**:

- 1) Independencia** (acceso a bienes que le permitan a las personas mayores su autosubsistencia).
- 2) Participación** (las personas mayores deben permanecer integradas a la sociedad con participación activa).
- 3) Cuidados** (cuidados, protección de la familia y comunidad, acceso a los servicios de atención).
- 4) Autorrealización** (desarrollo del potencial).
- 5) Dignidad** (trato digno).

El **respeto a la integridad de la persona mayor y sus derechos** son fundamentales. Nos referimos al **pleno respeto de su individualidad y sus necesidades personales**:

- Respetar la intimidad y privacidad de la persona mayor.



- Proteger su identidad y su imagen personal.
- Respetar y apoyar su proyecto de vida.
- Guardar secreto profesional y mantener la confidencialidad.
- Tener una relación amable, sustentada en el buen trato.
- Atender de forma personalizada e individualizada.
- Priorizar sus necesidades y preferencias, teniendo en cuenta factores culturales y religiosos, no ser objeto de discriminación por cuestiones vinculadas al sexo, edad, raza, orientación sexual, entre otros.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (OEA, 2015) es un documento central en la formación de quienes prestan atención directa a las personas mayores y acompañan sus actividades esenciales de la vida diaria.

Las cuidadoras y cuidadores deben generar un vínculo de intercambio sostenido con la persona que cuidan. Ese vínculo tiene que ser de respeto recíproco y confianza. Deben mantener la confidencialidad, rechazar cualquier tipo de discriminación y comunicar con claridad para evitar situaciones confusas con la persona cuidada y su entorno más cercano. A su vez, evitar situaciones de confrontación o protección que alteren

el ambiente. Es fundamental el respeto por la integridad de la persona, así como mantener una relación respetuosa y amable con las personas asistidas y sus familias, sustentada en el buen trato. Deberán estar en permanente consulta y colaboración con otros/as profesionales actuantes y denunciar ante la autoridad de aplicación los casos de violencia y vulneración de derechos de las personas que cuidan.

Las personas mayores tienen que recibir toda la información necesaria y prestar conformidad con la persona que se encarga de su cuidado. Es fundamental que cuidadoras y cuidadores promuevan su autonomía y la mejora de su calidad de vida, entendiendo que la persona mayor es un sujeto de derechos, es decir, una persona protagonista de su propia historia.

El trabajo de cuidadoras y cuidadores se encuentra amparado y regulado por la Ley 26.844 (régimen especial de contrato de trabajo para personal de empleados de casas particulares). Dentro de ella, hay un apartado específico que hace referencia al cuidado de personas y se describen los derechos que tienen los trabajadores y trabajadoras.

La remuneración mensual y horaria, las jornadas de trabajo, los derechos y deberes de las partes, y todo lo relacionado con la situación laboral, debe ser convenido entre el cuidador, cuidadora o cooperativa de cuidadores y la persona empleadora

o institución, de acuerdo a los montos y categorías establecidos en las leyes laborales y los convenios colectivos de trabajo. Se tratará este tema en profundidad al final del Manual.

Palabras finales

El trabajo o rol del cuidador y de la cuidadora formal de personas mayores, tiene una larga historia desde la tarea informal hasta la formal, en la que media la formación inicial y la capacitación permanente.

Tiene ámbitos específicos de acción: la casa de una persona mayor (que puede vivir sola o con otras personas), la Residencia de Larga Estadía u otros centros en los que se reúnan personas mayores y obtengan los servicios de cuidadoras o cuidadores durante un lapso de tiempo.

Un cuidador o una cuidadora tiene tareas específicas de apoyo y acompañamiento, según las necesidades de la persona mayor, en todos los casos, su intervención tiene por finalidad colaborar en actividades de la vida diaria, respetando y promoviendo la autonomía de la persona mayor, cualquiera sea su situación de deterioro físico o cognitivo.

Hay una dimensión social y una personal en esta tarea, si bien la relación de cuidado es íntima y por periodos de tiempo más o menos prolongados, la familia, las instituciones y finalmente las políticas públicas están involucradas, con diferentes grados de responsabilidad y de atención. Por estos motivos la persona

cuidadora formal debe ser consciente de la importancia de realizar un trabajo desde un sentido ético y profesional.

Finalmente, es importante destacar, como mencionamos anteriormente, que el trabajo de un cuidador o cuidadora formal aparece con la importancia de formar parte de una política pública, desde que la población mundial está envejeciendo, el mundo del trabajo formal se ha ido feminizando y hay legislaciones que rigen las políticas que garantizan los derechos humanos de las personas mayores.

Ideas Clave del Módulo

- El cuidado es la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y necesitan ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.
- El cuidado a largo plazo es un servicio sociosanitario de apoyo a situaciones de dependencia. Es de baja complejidad y es totalmente distinto del de un/a acompañante terapéutico/a, del enfermero o enfermera y del servicio doméstico.
- Cuidar es diferente de asistir, ya que requiere conocimiento y compromiso en la tarea, fundamentales para garantizar la integridad de la persona cuidada y para la construcción de la especificidad de este rol.

- El cuidador o cuidadora puede desempeñarse en domicilios particulares, en establecimientos e instituciones públicas o privadas (como hospitales, centros y clubes de día, residencias de larga estadía, entre otras) y espacios de la economía social y solidaria.
- Cuidado informal, recae sobre las mujeres (esposa, hija o nuera) como un mandato social.
- Cuidador o cuidadora formal: lo es a partir de la capacitación específica que recibe, de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico laboral.
- El perfil técnico y laboral de un cuidador o cuidadora formal es el de un/a experto/a

en el campo del apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- Aspectos éticos: el trabajo del cuidador o cuidadora se debe basar en el respeto a la integridad de la persona mayor, tanto en su individualidad como en sus necesidades personales.
- La Convención es un documento central en la formación de las cuidadoras y cuidadores de personas mayores.
- Las personas mayores tienen que recibir toda la información necesaria y prestar conformidad con la persona que se encarga de su cuidado.



Bibliografía

- CASADO D. Y LÓPEZ, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectiva de futuro. Barcelona, España: Colección Estudios Sociales N° 6, Fundación La Caixa.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Santiago de Chile, Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3859-envejecimiento-sistemas-cuidados-oportunidad-o-crisis>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Ciudad de México, México. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37523-autonomia-dignidad-la-vejez-teoria-practica-politicas-derechos-personas-mayores>
- HUENCHUAN, S. (2014). Cuidados en la vejez, autonomía e igualdad. Santiago de Chile, Chile: CELADE.
- Mesa Interministerial de Políticas de Cuidados (2020). Hablemos de Cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Argentina Presidencia.
- Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- RODRÍGUEZ, P. (2003). Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de Formación para Auxiliares. Madrid, España: Panamericana.
- RODRÍGUEZ ENRIQUEZ, C., MARZONETTO, G. (2016) Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Planificación y Políticas Públicas; Revista Perspectivas de Políticas Públicas; 4; 8; 4-2016; 105-134



Estrategias de apoyo y cuidado a personas mayores en el domicilio

Manual de formación

Cuadernillo I

Las personas mayores en el mundo actual



Ministerio de
Desarrollo Social
Argentina

Secretaría Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia

