

2017

Perfil y aplicación de competencias en la labor cotidiana de los/las cuidadores/as formales del programa nación de cuidados domiciliarios

Mattina, Karina Paola

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/240>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Perfil y aplicación de competencias en la labor cotidiana de los/las Cuidadores/as Formales del Programa Nación de Cuidados Domiciliarios



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Tesis de Grado presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social para optar al título de Licenciadas en Terapia Ocupacional.

AUTORAS:

Mattina, Karina Paola

Rosell, Roxana Karina

Noviembre 2017

.....
Mattina, Karina Paola
TESISTA

.....
Rosell, Roxana Karina
TESISTA

DIRECTORA:

.....
Esp. Lic. TO Roumec, Bettina

Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional

CO-DIRECTORA Y ASESORA METODOLÓGICA:

.....
Lic. TO Xifra, Julia

Especialista en Docencia Universitaria

DEDICATORIAS

A mis padres fundamentalmente que siempre me apoyan y me contienen, son mis pilares y referentes. Mis hermanos que a la distancia comparten mi alegría, a mi tía Norma que es un ejemplo de superación.

A mis amigas Lu, Sol y Majo...son mi familia elegida, mi soporte, son incondicionales, son las que celebran mis avances y me alientan a seguir.

A Ro y toda la familia Abrales, cuidan de Manu y por sobre todo la aman, sin su ayuda poder llegar a esta instancia hubiese sido muy difícil.

A Andrés por acompañarme y aconsejarme para siempre seguir adelante.

A Manu...mi plegaria concedida...

Roxana

Gracias a mi hija Victoria por darme las fuerzas necesarias para lograr este objetivo tan anhelado.

Gracias a mi mitad Juan Cruz, sin vos no lo hubiera logrado, "siempre juntos a la par".

Gracias a mi hermana por ser mi gran compañera de la vida.

Gracias a mi madre por enseñarme a luchar por lo que quiero y nunca bajar los brazos.

Gracias a mis amigas Erica y Luciana por darme todo su apoyo.

Gracias a mi hermana Soledad por enseñarme lo que es tener fuerza.

Karina

AGRADECIMIENTOS

A nuestras Directoras de Tesis Bettina y Julia que nos dedicaron su tiempo, conocimientos y contención.

A los cuidadores y cuidadoras que colaboraron brindándonos su tiempo para las entrevistas y el grupo focal.

A Alito Restaurant que nos brindó su espacio para la realización del grupo focal.

A todas las personas que participaron desinteresadamente para que podamos llevar a cabo esta Tesis de Investigación y así concluir con esta etapa de la carrera y comenzar el recorrido profesional.

Karina y Roxana

Índice

	Pág.
Hoja de firmas.....	2
Listado de abreviaturas	8
Introducción.....	11
Estado actual	15
Problemas.....	25
Objetivos.....	26
Parte I. MARCO TEÓRICO.....	28
Capítulo 1. ENVEJECIMIENTO.....	29
1.1 Envejecimiento demográfico.....	29
1.2 Teorías del envejecimiento.....	31
1.3 Definición y clasificación de envejecimiento.....	36
1.3.1 Fragilidad y vulnerabilidad social en la Persona Mayor.....	44
Capítulo 2. La Vejez: sus Derechos y Políticas Sociales.....	50
2.1 Derechos de las Personas Mayores	50
2.2 Promoción de la salud y Terapia Ocupacional.....	59
2.3 Las políticas públicas relacionadas con la vejez en Argentina.....	65
2.3.1 Qué es y qué implica el cuidado.....	65
2.4 Programa de Cuidadores Domiciliarios.....	70
2.4.1 Formación de Cuidadores Domiciliarios.....	80
2.4.2 Rol del Cuidador Domiciliario.....	82
2.4.3 Funciones del cuidador.....	85

2.4.3.1 Perfil Técnico del cuidador.....	86
2.4.3.2 Perfil Laboral del cuidador.....	87
2.5 Competencias Básicas de Desempeño.....	89
2.5.1 Competencias Específicas de Desempeño.....	89
2.5.1.1 Apoyo para Aseo y Arreglo Personal.....	93
2.5.1.2 Apoyo para el vestido.....	95
2.5.1.3 Apoyo para preparación e ingesta de alimentos.....	98
2.5.1.4 Apoyo para recreación, movilidad y ayudas técnicas....	101
Parte II. METODOLOGÍA.....	109
Capítulo 1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	109
1.1 Tipo de estudio	110
1.2 Enfoque.....	110
1.3 Diseño.....	111
1.4 Población.....	111
1.5 Muestra.....	111
1.6 Método de selección de la muestra	112
1.7 Criterios de inclusión.....	112
1.8 Criterios de exclusión.....	113
1.9 Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.....	113
1.10 Procedimiento para recolección de datos.....	114
1.11 Análisis de datos.....	117
1.12 Conclusiones.....	158

Parte III. Bibliografía.....	164
Parte IV. Anexos.....	170
Anexo1 Entrevista en profundidad.....	172
Anexo 2 Consentimiento Informado	177
Anexo 3 Guion Grupo Focal.....	179

LISTADO DE ABREVIATURAS

AAVD	Actividades Avanzadas de la Vida Diaria
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ADI	Atención Domiciliaria Integral
ADL	Activities of Daily Living
ADUM	Asociación Docente Universitaria Marplatense
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AVD	Actividades de la Vida Diaria
ATTA	Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina.
CD	Cuidadores Domiciliarios
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina

CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
DINAPAM	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores
FAGG	Federación Argentina de Geriátría y Gerontología
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IOMA	Instituto Obra Medico Asistencial
MDS	Ministerios de Trabajo y de Desarrollo Social de la Nación
OEA	Organización de los Estados Americanos
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la

	Salud
PM	Persona Mayor
PAMI	Por una Argentina con Mayores Integrados
PNCD	Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios
RAE	Real Academia Española
SAGG	Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría
SENAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
SUMA	Servicio Universitario Médico Asistencial
TO	Terapia Ocupacional
UBA	Universidad de Buenos Aires
UNMdP	Universidad Nacional de Mar del Plata

INTRODUCCION

El presente trabajo surge a partir de la experiencia obtenida en la asignatura Práctica Clínica II de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Allí tuvimos la oportunidad de formar parte del equipo docente del Programa de Cuidados Domiciliarios que integró la Especialista Lic. En TO Bettina Roumec. Por otra lado, durante la etapa de revisión bibliográfica del siguiente trabajo, se encontró material relevante como el Manual de Competencias Básicas, Genéricas y Específicas de los Cuidadores de Personas Mayores del Partido de General Pueyrredón, como proyecto del Programa de Gerontología Institucional (PROGI) de la UNMdP con la dirección de la Mg. Laura Golpe, donde una de las autoras fue la Esp. Licenciada en TO Julia Xifra. La asignatura cursada y el texto anteriormente citado nos permitieron desarrollar el tema de la presente tesis: El aporte de la Terapia Ocupacional para la formación de Cuidadoras y Cuidadores Domiciliarios (CD) y, particularmente, el aporte de conocimientos de la disciplina respecto a las Competencias de Desempeño Específicas aplicadas en el ejercicio laboral como cuidador/a formal. El propósito del siguiente estudio apunta a conocer en profundidad el perfil de los CD, sus condiciones de trabajo, las competencias que desarrollan y sus necesidades formativas y perspectivas de profesionalización. Así, se intentó responder a preguntas como: ¿qué nivel de estudios poseen?, ¿qué necesitan saber para desempeñar mejor su labor? Las herramientas provistas por el método

cuantitativo nos permitieron indagar sobre los perfiles competenciales del cuidado y la aplicación de las competencias en el empleo posterior al egreso del curso.

Tradicionalmente, se ha instituido que el cuidado de las personas mayores (PM) sea brindado por la familia, en especial por las mujeres. Los cambios sociales tales como el aumento de la expectativa de vida y la expansión del rol femenino, acontecidos en los últimos años, hacen que esta tendencia haya cambiado. El aumento del número de mujeres que buscan empleo fuera del hogar ha hecho que el cuidado principal en domicilio hoy en día deba ser compartido o contratado, mucho más que en años anteriores. Sin embargo, este proceso de profesionalización del cuidado tan sólo ha comenzado y, por lo tanto, aún conviven dos tipos de personas cuidadoras en domicilio: familiares/informales y formales.

La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto a Uruguay, Cuba y Chile (Roque-Fassio 2012). En la provincia de Buenos Aires, el envejecimiento poblacional alcanza una de las mayores dimensiones. El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del Índice Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) del año 2010 indica que en Argentina el porcentaje de PM es de un 14,3%, según datos actuales de la DINAPAM para este año 2017, el porcentaje de PM es de 15,2 % un total de 6.685.086 de los cuales un 43% son hombres y 47% mujeres, y esperan para el año 2030 el número de PM en nuestro país llegue al 21,4 %.

La población total del Partido de General Pueyrredón, en el año 2010, era de 618.989 habitantes, de los cuales 119.006 eran adultos mayores de 60 años y más (19,2%) y en la actualidad ya se encuentra en el 20%. Estos datos dan

cuenta del incremento de la población de personas mayores de 60 años y, además, del aumento de la esperanza de vida. La edad puede transformarse en vulnerabilidad en la medida en que aumenta la probabilidad de padecer afecciones crónicas, con la consecuente necesidad de acudir a un apoyo social externo para resolver los problemas relacionados con las actividades de la vida cotidiana. Estos fenómenos, unidos al descenso de la fecundidad y de la mortalidad y a la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral implicaría, por un lado, el aumento de la demanda de cuidados en la vejez y, por el otro, el descenso de la posibilidad de brindar apoyo en lo que respecta a la familia en general y a la mujer en particular. Todo esto ha generado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado y también se ha convertido en tema central de investigaciones.

Para atender objetivamente a las necesidades que surgen de esta población envejeciente, en Argentina, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), promueve la calidad de vida y el envejecimiento activo, y que las PM permanezcan el mayor y más conveniente tiempo posible en sus hogares, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales. En lo que respecta a la temática del cuidado, la DINAPAM creó el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, cuyo objetivo principal es capacitar agentes que puedan desempeñarse como cuidadores/ras domiciliarios/as a través de una formación articulada por equipos multidisciplinarios, conformados, principalmente, por nutricionistas, enfermeros/as, asistentes sociales, psicólogos/as y terapeutas ocupacionales, entre otros/as.

La Terapia Ocupacional, como disciplina en el campo de la promoción de la salud, brinda la posibilidad de diseñar, gestionar y/o enseñar en cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios Formales. En este contexto, el/la terapeuta ocupacional juega un papel importante como educador/a en la formación de los/las cuidadores/as domiciliarios, ya que puede aportarles no sólo saberes inherentes a las competencias específicas (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios) para que los/las CD disminuyan el riesgo de problemas de salud de la persona mayor frágil y puedan maximizar un comportamiento autónomo y un desempeño independiente destinados a promover el bienestar, la participación social y la prevención de enfermedades de las Personas Mayores y de los propios cuidadores.

La formación de los/las cuidadores/as se realiza desde una mirada interdisciplinaria, se apoya en el Modelo de Atención Centrada en la Persona, definido como un proceso que parte del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, que busca la autodeterminación y la mayor independencia posible de las PM en situación de fragilidad o dependencia para mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Esta investigación refleja los conocimientos de las competencias específicas puestos en práctica a través del rol del cuidador/ra así como también permite caracterizar el perfil de los y las CD. Los datos suscitados a través del análisis aportaron información orientada sobre los contenidos y sobre qué temáticas necesitan ser reforzadas para lograr un perfeccionamiento del rol de cuidador/ra, para así obtener una mejora continua en el desempeño.

ESTADO ACTUAL

De las diferentes búsquedas bibliográficas realizadas se seleccionaron diversos artículos e investigaciones que se consideraron relevantes para el presente trabajo. Las bases de datos revisadas fueron (Dialnet, Latindex, Nexus Médica, Psycodoc, Psiquiatría.com, PsycLit, Psyinfo, Psyarticles, RedALyC, SAGE Publication, SAGE eReference Encyclopedia, Scielo, SeCyT, BVS etc.) la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social y la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Los documentos consultados refieren a cuidadores informales y formales de personas mayores.

En mayo del año 2006 el autor Español Pérez Peñaranda, Aníbal llevo adelante una investigación que se tituló *“El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental”*. Estudio observacional descriptivo de corte transversal. El autor tomó una población de 92 cuidadores y sus familias. Los datos se reunieron a través del Cuestionario de variables sociodemográficas del cuidador primario; Cuestionario de calidad de vida percibida; Cuestionario de salud mental percibida (Goldberg12); Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-unk; Escala de Evaluación de la dependencia funcional de Barthel y el índice de Pfeiffer.

El objetivo de la investigación fue valorar la calidad de vida del cuidador primario de familiares con dependencia funcional, identificar las características

sociodemográficas de los sujetos implicados e identificar el apoyo social y la salud mental como variables asociadas así como los niveles de deterioro cognitivo y dependencia funcional de las personas objeto de cuidados. Asimismo, el objetivo también consistió en describir la interacción entre las variables exploradas para determinar su grado de implicación en la calidad de vida del cuidador.

En las conclusiones, el autor remarcó que el perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras se caracterizaba por ser del sexo femenino, mayores de 63 años, por registrarse, en su estado civil, como “casadas”, tener por oficio el de amas de casa y tener estudios primarios fundamentalmente. En el mismo apartado, el autor indica que la calidad de vida global es percibida como positiva por la mayoría de los cuidadores, siendo el apoyo social y la satisfacción general los dominios de mayor fortaleza; los de sobrecarga y ausencia de tiempo libre, los de mayor deterioro. También afirma que los cuidadores perciben que disponen de buen apoyo social, especialmente en los dominios de apoyo afectivo (recibir amor y afecto) y apoyo en la enfermedad. Por el contrario, los dominios de menor percepción de apoyo son el auto-reconocimiento y los aspectos relacionados con las tareas domésticas. Respecto a la salud mental (escala de Goldbert), la mitad de los entrevistados presentaron índices de normalidad, aunque destaca que un cuarto de ellos mostraron alto deterioro y el cuarto restante presentó buena salud mental. Si se considera que las dimensiones de autovaloración y enfrentamiento ante las dificultades son las de mayor fortaleza y las de funciones intelectuales y fisiológicas las de mayor vulnerabilidad, es preciso tener en cuenta que la mitad de los familiares dependientes entrevistados presentaron niveles elevados tanto en

los índices de la dependencia funcional como en el deterioro cognitivo. Así, puede concluirse que la dependencia está asociada al deterioro cognitivo, es decir, que a mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia. El apoyo social y la salud mental son los principales determinantes de la calidad de vida. Respecto a la salud mental se destacan dos dominios: uno negativo, conformado por el agobio y la tensión, asociados a la sobrecarga y ausencia del tiempo libre, y otro positivo conformado por la autovaloración y la capacidad de enfrentar dificultades. El apoyo social está vinculado al respaldo ante la enfermedad y contrasta con la percepción de escasa ayuda en asuntos relativos a la casa y con la ausencia de reconocimiento y elogios. Al mismo tiempo, el autor encontró que las variables psico-demográficas y que las situaciones de dependencia o de deterioro cognitivo del paciente no parecen influir de forma determinante en la calidad de vida del cuidador. No obstante, los cuidadores de mayor edad y los solteros son los que peor calidad de vida presentan.

En diciembre del año 2006, la investigadora Española Delicado-Useros, María Victoria hizo un investigación en la ciudad de la Mancha, España que se denominó “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes ¿perfiles en transición?”

La metodología y el diseño: estudio observacional descriptivo en el cual se entrevistó 209 sujetos, mediante un cuestionario. El objetivo de este artículo fue describir el perfil sociodemográfico de cuidadores y el entorno familiar de pacientes inmovilizados en domicilio e identificar las consecuencias del cuidado en las cuidadoras. Los resultados y conclusiones más relevantes son: que más del

80% de los cuidadores eran mujeres, con una edad media de 58,7 años y el 25% tenía más de 69 años. La mayoría eran amas de casa y su nivel educativo era bajo. El 45,5% eran hijas de la persona cuidada y el 22,5% eran cónyuges. La mayoría convivía con el familiar que cuidan aunque un 25,4% rotaba en el cuidado. El 10,5% eran cuidadoras pagadas. Los cuidadores varones tenían una edad media más elevada, predominan los jubilados, cónyuges de la persona cuidada. Más de la mitad de los cuidadores padecen alguna enfermedad importante.

En marzo del año 2009, las autoras Españolas González-Valentín, Araceli y Gálvez-Romero, Carmen realizaron una investigación en la Ciudad de Málaga, España que se llamó “Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio”. El presente es un estudio de corte transversal cuya muestra estuvo constituida por 122 cuidadores de pacientes incluidos en un Programa de Incapacitados de la ciudad de Málaga, España. La técnica de recolección de datos fue una entrevista personal a los cuidadores principales en el domicilio de la persona cuidada.

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron los de conocer las características sociodemográficas y de salud, así como los factores que determinan el estado de salud y la utilización de recursos sanitarios de estos cuidadores en el desempeño del rol de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas, de relación con el cuidado, percepción del estado de salud, estado psicopatológico, nivel de

sobrecarga y utilización de recursos sanitarios.

El perfil sociodemográfico de los cuidadores, según los resultados a los que se arribaron, se caracterizó por presentar género: femenino, estado civil: casado, estado laboral: cesante, tipo de vínculo: hijo/a de la persona incapacitada, nivel de estudios: primarios, edad media: 56 años, y, generalmente, residían con la persona cuidada. Usualmente, las cuidadoras poseían otras cargas familiares: tres cuartas partes de éstas tenían otras personas a su cargo; niños, adultos y mayores de 65 años. La proporción de cuidadores hombres era baja. Más de la mitad de la muestra recibía ayuda de otros cuidadores que, en su mayoría, eran familiares. Un pequeño porcentaje recibía la ayuda de personas contratadas, y un porcentaje aún menor recibía un beneficio de carácter socio-municipal. Casi la mitad de las cuidadoras llevaban más de ocho años cuidando a su familiar, y una cuarta parte, entre cuatro y ocho años. Si bien la mayoría de las cuidadoras se sentía capacitada para desempeñar el rol de cuidador, más de la cuarta parte creyó necesario recibir información y entrenamiento en alimentación, higiene, movilidad, cambios posturales y cuidados especiales.

El estado de salud percibido estaba relacionado con el grado de dependencia de la persona cuidada. Éstos, en su mayoría, eran octogenarios; una cuarta parte de ellos eran dependientes en las seis actividades básicas de la vida diaria (según el Índice de Katz), y, más de la mitad, dependientes en siete o más actividades instrumentales (según las medidas de Lawton y Brody). Las CD que cuidaban a pacientes crónicos, padecían patologías crónicas y otras patologías relacionadas con el cuidado. El grado de dependencia, tanto en las actividades básicas como

en las instrumentales, se relacionó con la sobrecarga de las cuidadoras (los síntomas prevalentes fueron ansiedad, depresión), con la presencia de patologías relacionadas con el cuidado (dorsalgias, lumbalgias, entre otras) y la mitad de ellas percibieron su estado de salud como regular o malo.

En el año 2009 en la ciudad de Mar del Plata, los autores Golpe, Laura, Molero, Norma, Lombardi, Cristina, Giorgetti, Liliana, Pérez, Pedro., Avale, Diego., & Xifra, Julia, editaron el “Manual de Competencias Básicas, Genéricas y Específicas de los Cuidadores de Adultos Mayores del Partido de General Pueyrredón”, que reúne las experiencias de 16 años de trabajo, se utiliza en los cursos de formación y capacitación de los Cuidadores Domiciliarios de adultos mayores y que, en su momento, contó con el auspicio y subvención de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación y ADUM.

En junio del año 2015, Borgeaud-Garciandía, Natacha investigadora del Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (CONICET/FLACSO), realizó una investigación en Argentina que se denominó “*Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores*”. La presente investigación, pensada desde una metodología cualitativa, se centra en el PNCD, dependiente de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Las técnicas utilizadas fueron las entrevistas en profundidad y grupos focales. La muestra se compuso de 31 destinatarios de la prestación y 13 Coordinadores (de casos, generales, y Gerenciadores). Los objetivos de la investigación fueron:

lograr información en profundidad acerca del funcionamiento del PNCD, conocer las diversas perspectivas existentes y rescatar la visión de los diferentes actores para el análisis de las debilidades y fortalezas en la implementación del programa.

A partir de la investigación desarrollada se pudo concluir que, por diferentes motivos, el PNCD tiene una gran relevancia. De acuerdo con las recomendaciones internacionales en materia de envejecimiento, responde a una demanda creciente de cuidados: ofrece apoyo social de un modo sistemático, propicia la creación de entornos favorables, mejora la calidad de vida y el desarrollo de las personas de edad. Como política social, favorece la inclusión social y la participación en la comunidad tanto de las personas que necesitan cuidados —por lo que se evitarían ingresos innecesarios a residencias de larga estadía, además se lograría la preservación de los roles familiares y sociales—, como de los que están desocupados —al apuntar hacia una inserción en el mercado formal, al acceso al monotributo social, a una cobertura médica y a aportes jubilatorios— desde un paradigma de derechos y ciudadanía plena.

En julio del año 2015, las autoras Argentinas Deus, Mariel y Tapia, Carolina publicaron el libro *“Trayecto formativo. Cuidado y atención de personas mayores”*

El libro es una propuesta educativa para trabajadores/as interesados/as en desarrollar las competencias laborales requeridas para desempeñar en forma especializada, el cuidado de personas. Los contenidos y actividades del mismo tienen como objetivo brindar conocimientos, habilidades y actitudes específicas de

los servicios de cuidado y otro conjunto de competencias para el desempeño en diferentes ámbitos laborales.

Todas las investigaciones aquí mencionadas han servido de guía a los fines de conocer la problemática y los diferentes enfoques, la situación actual en nuestra ciudad y los posibles aportes desde nuestra disciplina.

Cabe destacar que en nuestro país, si bien se realizaron investigaciones referentes al tema de cuidadores, formales e informales, de personas mayores, no se han encontrado trabajos que traten particularmente sobre las competencias específicas de desempeño de los CD.

En el año 2016, las autoras Ceminari, Yanina y Stolkiner, Alicia realizaron un estudio que denominaron "El cuidado de personas mayores en Argentina: De cuestión familiar a cuestión de derechos", de carácter descriptivo y analítico sobre el derecho al cuidado de personas mayores en Argentina, contextualizándolo en el proceso actual de envejecimiento. El propósito fue describir y analizar el cuidado de personas mayores desde el enfoque de derechos. Se analizaron los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Calidad de vida. Este trabajo intentó poner luz sobre algunos aspectos del cuidado como que debe considerarse como un derecho garantizado e ingresar a la agenda pública.

En el año 2016, en la ciudad de Mar del Plata, los autores Della Sabia, P. Correa, G. Polizzi, L. entre otros realizaron un estudio que llamaron "*Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, resultados de la implementación*". El propósito de este trabajo fue relatar la experiencia de la instrumentación de los cursos durante los

años 2014 a 2016, los cuales se desarrollaron en trece Municipios del sudoeste de la Provincia de Buenos Aires. Resultados y conclusiones, afirman los autores que el impacto de los cursos deberá ser analizado cualitativamente. El aporte del estudio radica en la visualización del rol de Cuidador/ra domiciliario en el sistema progresivo de atención basado en el Paradigma de Derechos y la promoción a la autonomía de las PM. Los investigadores notaron en la ejecución del PNCD la aparición del fuerte prejuicio social que homologa la vez a la enfermedad esto lo visualizaron en la falta de ofertas y creencias en las instancias intermedias del SPA, como la percepción del geriátrico como salida laboral ponderada por los alumnos.

El 30 de Mayo del año 2017 se presenta el Proyecto de Ley “Creación del sistema federal de cuidados”. La Presidenta del Bloque del Partido Socialista, Alicia Cicilliani, presentó en el Congreso de la Nación un proyecto de ley sobre Creación del Sistema Federal de Cuidados (Expte. 2350-D-2017). Esta iniciativa busca construir una herramienta donde el cuidado deje de ser una cuestión individual principalmente de las mujeres, para pasar a ser un derecho de los ciudadanos provisto corresponsablemente entre el Estado, las empresas, las personas y las organizaciones de la sociedad civil. El proyecto propone la creación del Sistema Federal de Cuidados, quién será responsable de formular, implementar, coordinar, fiscalizar y evaluar políticas públicas integrales de cuidados con perspectiva de género, promoviendo el desarrollo de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. A través de este sistema se garantizará el derecho de

las personas a recibir cuidados, cuidarse y a cuidar en condiciones de calidad e igualdad en todo el territorio nacional, promoviendo una organización social del cuidado corresponsable entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como también entre varones y mujeres. El objetivo principal es proteger y garantizar el desarrollo y cuidado de los niños y niñas de 0 a 12 años y de las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia.

Problemas

- ✓ ¿Cómo es la experiencia laboral de cuidadores/as formales domiciliarios/as de personas mayores que egresaron del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet?
- ✓ ¿Cómo es el perfil de los/las cuidadores/as domiciliarios/as de personas mayores egresados/as del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet?
- ✓ ¿Cómo es la percepción acerca de la aplicación de los contenidos abordados durante el programa sobre las competencias específicas por parte de los/las cuidadores/as domiciliarios/as de personas mayores egresados/as del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet?

Objetivos generales:

- ✓ Describir el perfil los/las cuidadores/as domiciliarios/as de personas mayores egresados/as del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Parque Camet y Barrio Estación Camet

- ✓ Describir la experiencia laboral de los/las cuidadores/as domiciliarios/as de personas mayores egresados/as del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Parque Camet y Barrio Estación Camet.

- ✓ Conocer y describir cómo es la percepción de los/as cuidadores/as formales acerca de la aplicación de los contenidos sobre competencias específicas aprendidas en el Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan, B Justo, Barrio Parque Camet y Barrio Estación Camet.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar a los/las cuidadores/as domiciliarios/as en cuanto a edad, sexo, nivel de instrucción, nacionalidad, condición laboral y grupo de convivencia.
- ✓ Describir cómo es la inserción laboral de los/las cuidadores/as domiciliarios/as posterior al egreso del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.
- ✓ Conocer cómo fueron las estrategias de búsqueda de empleo.
- ✓ Conocer si están organizados en cooperativas.
- ✓ Conocer el perfil de persona mayor con la cual se desempeñan como cuidadores/as.
- ✓ Conocer la percepción de los/las cuidadores/as domiciliarios/as sobre la aplicación de los contenidos acerca de las competencias específicas brindadas desde las clases de TO como: higiene personal, vestido, prevención de caídas, ayudas técnicas y tiempo libre desde su experiencia laboral como cuidadores/as domiciliarios/as.

PARTE I MARCO TEORICO

CAPITULO 1 ENVEJECIMIENTO

1.1. Envejecimiento demográfico

Argentina, según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, es uno de los países más envejecidos. La jurisdicción más envejecida es Buenos Aires con un 14,9% y, dentro de ella, la Ciudad Autónoma, con un índice del 21,7%. Según los datos del Censo Nacional de población, Hogares y Viviendas 2010, la población de 60 años y más representaba el 14,3% del total de la población del país. El alto porcentaje de PM se debe al cambio demográfico de tasas como la de fecundidad y mortalidad y de índices como el de expectativa de vida. Esta transición demográfica se define como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad a otra, también de bajo crecimiento, pero con niveles de mortalidad y fecundidad reducidos.

Este proceso de transición demográfica se inició alrededor de 1920 y continuó hasta mediados de 1970. Roqué y Fassio (2012) indican, según datos extraídos del INDEC, que la esperanza de vida al nacer es de 76,13 años para toda la población, de 72,45 años para los varones y de 79,95 para las mujeres. A los 60 años, la expectativa de vida es de 19,9 años para ambos sexos, de 17,4 años para los varones y 22,3 años para las mujeres.

Esto denota la existencia de diferencias significativas entre la esperanza de vida de los hombres y la de las mujeres y, en consecuencia, un proceso análogo al de la feminización mundial de la población de adultos mayores.

La población total del Partido de General Pueyrredón, en el año 2010, alcanzó los 618.989 habitantes, de los cuales 119.006 (19,2 %) eran personas mayores de 60 años y más. De la población total del año 2010, 295.294 habitantes eran hombres y 323.695 habitantes eran mujeres. Del total de los varones, el 16,3 % era mayor de 60 años y más, y del total de mujeres, el 21,9 % era mayor de 60 años y más (INDEC, 2010).

Conjuntamente con el envejecimiento demográfico se produce un cambio denominado *transición epidemiológica*, que significa que las enfermedades agudas se convierten en crónicas. Esto quiere decir que, si bien disminuye la mortalidad de las enfermedades, éstas se prolongan a lo largo de toda la vida del individuo con sus consecuentes limitaciones, sea ya por sus respectivas secuelas o por sus derivadas formas de invalidez. Estas dos transiciones permiten advertir y sustentar la necesidad de cuidados que, si bien siempre estuvo, desde mediados del siglo XX se ha acrecentado, así como también la atención a las personas mayores dependientes. De esta manera, el cuidado se constituyó como un problema moderno debido a las particularidades de la situación. Estas particularidades, asimismo, incitan a la profundización sobre el tema, a la reconsideración de estrategias y a la readecuación de características y potencialidades que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores. Por lo tanto, el envejecimiento configura escenarios que implican el diseño de nuevas estrategias de acción integrales y la readecuación de los apoyos informales como de los formales. Estos cambios, entre otros, permiten delinear el nuevo paradigma de uno de los actores fundamentales del sistema de cuidados: **el**

Cuidador Domiciliario Formal del siglo XXI, esto es, en efecto, junto al TO como formador de las competencias que se requieren para desempeñar el rol en forma eficiente.

1.2. Teorías del envejecimiento

En la presente investigación se hizo una breve referencia de los modelos, enfoques y teorías más relevantes para el tema de estudio, de aquellos que han surgido a lo largo de la historia para abordar el envejecimiento desde diversas perspectivas: la biológica, la psicológica y la social e intentar comprender las condiciones y relaciones entre los diferentes aspectos y su influencia a la hora de construir los diferentes tipos de envejecimiento.

El paradigma positivista heredado de la modernidad, sustentado por la geriatría es aquel que identifica los cambios de la segunda mitad del ciclo vital de las personas como un proceso, principalmente, que genera pérdidas. Para Strehler (1962 citado en Villar & Triadó, 1997), el envejecimiento es concebido como un proceso universal, progresivo, irreversible y degenerativo. Gilliéron (1980 citado en Villar & Triadó, 1997) lo califica como el *Modelo de Ciclo Vital en U Invertida*, y considera al envejecimiento como un declive progresivo cuya etapa final es la muerte. De este modo, la trayectoria vital típica del ser humano presentaría tres grandes momentos: una primera fase, denominada *Desarrollo*, comprendida desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, caracterizada por la aparición, mejora y progresión general de todas las funciones y estructuras psicológicas del individuo; una fase intermedia, en la que estructuras y funciones

se mantendrían en un nivel óptimo, sin demasiados cambios significativos; y una última fase, designada *Envejecimiento*, que abarca las décadas finales de la vida, en la que puede experimentarse un declive de todas esas estructuras y funciones que habían aparecido y progresado en las primeras fases, y cuyo declive se acentuaría con el paso de los años.

Sin embargo otras teorías surgieron en la misma época en franca oposición a esta visión tradicional. La *Teoría del Desarrollo de la Personalidad* de Erikson (1950), desde un enfoque psicosocial, contribuyó con la escisión epistemológica respecto al paradigma positivista, cuya representación de la vejez era la de deterioro y déficit. La teoría describía ocho etapas, donde en cada una de las etapas o crisis vitales se daban resoluciones positivas o negativas y su superación daría lugar a nuevos recursos de la personalidad. La octava y última etapa corresponde a la PM, y es denominada "*Integración del yo versus desesperanza*". La aceptación de la vida individual, con todos los cambios y limitaciones que impone esta etapa, y su resolución positiva, darán lugar a la sabiduría y a la integración de la especie humana como parte de sí mismo. La desesperación, por el contrario, expresa la carencia de tiempo y la falta de aceptación de los cambios biopsicosociales.

Otra teoría que pertenece a la primera cohorte que discrepa con el modelo netamente biologicista es la *Teoría de la Actividad*, formulada por Havinghurst (1961) sostiene que el envejecimiento óptimo depende del esfuerzo de las personas por mantener un estilo de vida activo. Esto implicaría mantener sus roles habituales y/o modificarlos en función de sus nuevas preferencias y compensar las

pérdidas sociales (Sánchez Palacios, 2004). Lemon, Bengston y Peterson (1972) manifiestan que mientras mayor sea la actividad, mayor es la satisfacción vital que experimenta la persona. De esta manera, se describen tres tipos de actividades: informal, formal (como participar en grupos voluntarios o socio-recreativos) y solitaria, que se realiza de forma independiente, como cuidar la casa o el ocio. Para estos autores, las actividades informales son más fortalecedoras y contribuyen a una mayor satisfacción de vida que las solitarias, ya que permiten reafirmar los roles y restablecer una mirada positiva sobre ellos mismos, de manera tal que su abandono provocaría una pérdida de identidad y de autovaloración. Posteriormente, Longino y Kart (1982) confirmaron esta idea. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia de fomentar los contactos sociales y las actividades en los adultos mayores, la organización de grupos que protejan y defiendan los intereses de la mayoría y que, finalmente, puedan compensar las pérdidas de roles y de funciones. De esta forma, se promueve la actividad como el fundamento de una vejez saludable (Sánchez Palacios, 2004). La teoría descrita ha tenido relevancia en el ámbito de las políticas sociales al mismo tiempo que se ha visto fortalecida por él, puesto que es considerada una herramienta de transformación de los prejuicios y estereotipos de la vejez, además de poder generar un verdadero cambio en el estilo de vida de los adultos mayores (Iacub & Sabatini, 2012). La crítica principal que se le hace es que la realización de actividades se convierta en una obligación o demanda, es decir más allá de sus propios deseos o necesidades. También se plantea que esta teoría sitúa a las personas con limitaciones físicas o mentales que pueden implicarse en actividades

en una situación desventajosa o de marginación social. Sin embargo es importante aclarar que el término activo, más allá del hacer en sí, se destaca su condición de posibilidad y hacer significativo.

Alrededor de 1970 hasta 1985 surgió la segunda generación de teorías, elaboradas sobre la base de las anteriores, una de las que goza de mayor reconocimiento es la del *Ciclo Vital*. Distintos investigadores en Europa y Estados Unidos, como Baltes, Thomaes, Schaie y Nesselroade, entre otros, también manifestaron su desacuerdo con la aplicación indiscriminada del modelo clásico de declive a todas las dimensiones humanas, especialmente las de carácter psicológico, y divulgaron un modelo de envejecimiento en el cual se originan tanto pérdidas como ganancias, resaltando las diferencias inter e intraindividuales así como la influencia de factores no sólo biológicos y asociados a la edad sino también socio-históricos en los cuales la persona se encuentra inmersa. (Triadó & Villar, 1999). De esta forma, el envejecimiento es concebido como un proceso complejo y multidimensional en el que se deben tener en cuenta determinadas características como (Villar & Triadó, 1997):

Las *diferencias intraindividuales*, entendidas como los procesos de cambio que podrían o no afectar, necesariamente, a todas las dimensiones del ser humano, ni de la misma manera, es decir: algunas dimensiones pueden sufrir declives, como, por ejemplo, la inteligencia fluida, y otras permanecer estables o incluso mejorar, como es el caso de la inteligencia cristalizada;

Las *diferencias interindividuales*, consideradas como procesos de cambio que podrían ser distintos en cada persona, producto de su configuración concreta de

influencias, no sólo relacionadas con la edad, sino también con el entorno social e histórico, así como por el propio intento del individuo de adaptarse a los cambios.

Una *coocurrencia de pérdidas y ganancias*, donde el envejecimiento, como todo proceso evolutivo, presenta tanto pérdidas como ganancias. Este modelo concibe a la persona como un organismo activo con capacidad para adaptarse y, hasta cierto punto, compensar las pérdidas que experimenta de manera que éstas afecten lo menos posible a las actividades cotidianas (Kiegl, Smith y Baltes, 1989 citado en Villar & Triadó, 1997).

Hacia finales de los ochenta comenzó a desarrollarse la tercera generación de teorías gerontológicas desde una perspectiva analítica y crítica de los procesos sociales que cuestionan el alcance universal de los conceptos claves de la visión tradicional y la neutralidad teórica y asepsia de la Gerontología social, cuyo objetivo implícito es sostener un orden social, la distribución del poder y la legitimidad de los discursos científicos. Señalan la influencia de creencias, valores, significados contextuales y cosmovisión de una sociedad en la construcción de conceptos para describir y explicar la vejez y el envejecimiento, por lo tanto propenden a resolver cuestiones e intereses sociales e ideológicos que subyacen a la construcción de teorías. Según Yuni y Urbano (2008) a partir de este posicionamiento metateórico los estudiosos del proceso de envejecimiento han desarrollado un enfoque general, multiforme y potente denominado gerontología crítica.

A partir del desarrollo teórico realizado, se puede comprender al envejecimiento como el resultado de la interacción de los cambios que se producen a nivel

biológico, psicológico, social, cultural, histórico y contextual durante todo el ciclo vital. Resulta necesario tomar aquellos aspectos fundamentales que interesen de cada teoría para construir las definiciones e intervenciones apropiadas.

1.3 Definición y clasificación de envejecimientos

La Gerontología es la ciencia básica que estudia la vejez y el proceso de envejecimiento. Considera a este último como un fenómeno en el que confluyen condiciones biológicas, culturales, sociales y psicológicas; por ende, puede concluirse la necesidad de un abordaje interdisciplinario.

El envejecimiento es un proceso largo que comprende todo el ciclo vital de la persona; comienza cuando se nace y finaliza con la muerte. Durante el mismo se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales resultado del paso del tiempo. Es un proceso individual, inexorable, progresivo, multifactorial e irreducible. Se caracteriza, también, por ser universal, constante, irreversible y regular (Ramírez, 2008). Según la anterior definición, se lo puede considerar de acuerdo a tres distintas dimensiones: biológica, psicológica y social.

El envejecimiento biológico se refiere a la transformación que sufre el cuerpo a nivel orgánico, a partir de la pérdida y disminución de la frecuencia de la reproducción celular.

La particularidad de este proceso es que se desarrolla de adentro hacia fuera, siendo el envejecimiento físico una consecuencia del envejecimiento biológico. Es necesario aclarar que *disminución* no es sinónimo de *enfermedad*: distinción que

resulta importante a la hora de pensar políticas de salud específicas para las personas. El envejecimiento biológico es acumulativo y gradual, y ocasiona recuperaciones más lentas ante una enfermedad que en otra etapa de la vida (Scolich, 2005).

El *envejecimiento psicológico*, para Fernández- Ballesteros (2000 citado en Sánchez Palacios, 2004), es el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y entre crecimiento y declive. Así, habría funciones que a medida que aumenta la edad experimentan una mejora, como ocurre con la inteligencia cristalizada (aquello que refiere al conocimiento acumulado, a la riqueza verbal y a la comprensión del lenguaje), mientras que otras sufren un decremento, como es el caso de la inteligencia fluida (representada por las capacidades que exigen versatilidad y capacidad de enfrentarse a las situaciones nuevas). Finalmente, otras funciones se estabilizan, como ocurre con la mayoría de las dimensiones de la personalidad. En los procesos psicológicos del envejecimiento humano es posible encontrar diferentes patrones en función del tiempo según la dimensión que se trate, a diferencia de los procesos de envejecimiento biológico, que sí se caracterizan por tener la forma de una U invertida.

El *envejecimiento social* está vinculado a las actividades o interacciones que las personas tienen con la sociedad. En este contexto se hace necesario visualizar como han ido cambiando las relaciones sociales y si cuenta con redes de apoyo social.

Otra manera de clasificar el envejecimiento es la que presenta Ramírez (2008) desde un aspecto intrapersonal:

Envejecimiento normal o primario: implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.

Envejecimiento patológico o secundario: se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, hábitos, etc., y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, una patología neurológica).

Envejecimiento óptimo: es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas y sociales), si se tienen en cuenta los múltiples factores que intervienen en dicho proceso. Es deseable por todas las personas, ya que implica pocas pérdidas o ninguna, o incluye baja probabilidad de presencia de enfermedades.

Para envejecer de la manera más óptima posible es necesario mantener en la vejez los patrones de actividad de la edad adulta. Esta idea surge con la aparición de la Teoría de la Actividad, y es a partir de aquí que el significado de *activo*, vinculado al envejecimiento, se ha enriquecido y, también, gracias al desarrollo de otras conceptualizaciones con matices propios (envejecimiento saludable, productivo, satisfactorio). Sin embargo, el *Envejecimiento Activo*, concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 90, logra superar todas las anteriores y ofrece a la sociedad y a los profesionales un verdadero paradigma en el que orientarse (Causapié Lopesino, Balbotín López-Cerón, Porrás Muñoz, & Mateo Echanagorría, 2011). El *Envejecimiento Activo* se define como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las

personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados” (Lesende, Zurro, Moliner Prada, & Aguilera García, 2007, p. 4). El envejecimiento activo está basado en los principios de:

* Seguridad y Apoyo Social (implica el acceso por parte de los mayores a un ambiente saludable, desde la provisión de servicios básicos como vivienda, agua, electricidad, alimentación, seguridad física y protección contra el abuso y el maltrato. Es decir, el acceso a infraestructura o servicios básicos y a servicios sociales, de salud y legales). Entendiendo al apoyo social como un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Dichos apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

* Justicia, Equidad y Solidaridad (implica que sean respetados los derechos humanos básicos y las libertades fundamentales de las personas mayores en todos los aspectos de sus vidas bajo el principio de equidad, en función de las diferencias de género y condición social y a lo largo de las diferentes etapas de la vida).

* Dignidad (implica el mantenimiento de la dignidad y autoestima de las personas mayores y el fomento de una cultura de respeto y valoración por los mayores y su contribución a la sociedad a lo largo de su vida).

* Autonomía (supone que las personas mayores asumen la responsabilidad de velar por su propia salud, manejar sus vidas de acuerdo a sus preferencias y buscar oportunidades de desarrollo).

* Participación (la participación activa de los mayores se propone involucrar e integrar a las personas mayores de modo significativo en todos los tópicos sociales; garantizar su acceso a la educación, al esparcimiento y al trabajo voluntario y remunerado; fomentar la participación en asociaciones para personas mayores -incluso las de abogacía pública-, así como su participación en las políticas públicas destinadas al sector y el acceso a la información sobre ellos).

Según Pinazo (2012), desde que Naciones Unidas definió y acuñó el concepto de envejecimiento activo, han sido muchas las políticas sociales, los programas y los proyectos puestos en marcha.

Otra noción de envejecimiento es el *Exitoso* creado John Rowe en 1987, según Neri y Cachioni (1999) la definición posee tres connotaciones generales. La primera se refiere a la realización del potencial individual capaz de generar satisfacción física, psicológica y social según el individuo. La segunda toma como parámetros de envejecimiento exitoso el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento. La tercera idea de envejecimiento exitoso se relaciona con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño, y de la optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Mediante tales estrategias se compensarían las

pérdidas identificadas en el proceso de envejecimiento y se mantendría la estimulación para mantener comportamientos en otros dominios de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva se describe al envejecimiento exitoso como una habilidad para mantener bajo el riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas.

Una crítica realizada por Pinazo (2012) al concepto de envejecimiento exitoso y a sus dimensiones específicas es que puede favorecer a la estigmatización de las personas que no alcancen el ideal de 'envejecer bien'. Así, este incumplimiento podría recabar en un juicio no constructivo sobre aquel que falle (si el individuo es el responsable por la gestión de su envejecimiento con éxito, también lo será cuando no lo logre). Tal proposición puede haber contribuido al aumento de la estigmatización de las PM que viven en situaciones fragilidad o discapacidad.

Por lo tanto, el envejecimiento es la conjunción de diversos procesos que experimentan todas las personas en distintos momentos del curso vital, aunque los mismos no ocurran en todos por igual. Si bien el envejecimiento es un proceso individual e inexorable, lo que se debería buscar es que todas las personas transiten dicho proceso de la mejor manera posible. Enrique Amadasi (2016) plantea que existen muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores que se basan en estereotipos obsoletos; dejar que esos estereotipos sigan circulando es una afrenta no solo al conocimiento disponible, sino –algo tal vez más grave– a políticas y acciones sociales, pero también

individuales, equivocadas. Plantea que no hay “vejez”, hay “vejezes” enfatiza que no existe una persona mayor “típica”; pero añade que la diversidad resultante en las capacidades y necesidades de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida.

Otra disciplina científica clave dedicada al estudio del proceso de envejecimiento es la Geriatría. Se trata de la especialidad médica que brindó aportes a la Gerontología y que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos relacionados con el proceso salud-enfermedad de las personas mayores (Roqué & Fassio, 2012). Su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía a la cual estas personas son especialmente susceptibles. Dispone de una sistemática de trabajo que posee tres ejes principales (Touceda & Rubin, 2007): Valoración Geriátrica Integral (VGI), Equipo Interdisciplinario y los niveles asistenciales.

Es evidente que no todas las personas mayores son iguales y que pueden ser radicalmente diferentes unos de otros, aunque tengan una edad similar. Desde la Geriatría, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos (Robles Raya et al., 2006):

1. *Anciano sano*: se trata de una persona de más de 60 años de edad, con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es lo suficientemente independiente como para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemáticas mentales o sociales derivadas de su estado de salud.

2. *Anciano enfermo*: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único y no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

3. *Anciano frágil*: es aquel que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base que, cuando están compensadas, permiten al anciano mantener su independencia básica gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, viudez, entre otras) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles, la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. Con afectación de la red de apoyo social

4. *Paciente geriátrico*: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las ABVD y AIVD, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar algún tipo de alteración mental así como diferentes problemáticas sociales.

1.3.1 Fragilidad y vulnerabilidad social en la Persona Mayor

Han existido varios intentos de definición de fragilidad y vulnerabilidad, sobre todo desde los años ochenta, cuando se comienza a utilizar estos términos. Luego de una revisión bibliográfica se pudo observar, en diferentes autores, que no existe un consenso para definirlos.

Sin embargo, consideramos necesario hacer hincapié en estos conceptos por tratarse del subgrupo de PM dentro del cual se puede incluir a la población que requieren cuidados. El concepto de fragilidad aplicado a la vejez es polisémico: para unos se vincula con procesos clínicos, en cambio, para otros, se vincula con la disfuncionalidad de las actividades de la vida diaria. Finalmente, están los que lo relacionan con la necesidad de institucionalización. Desde el punto de vista clínico, la fragilidad en la vejez puede definirse como “una pérdida de reservas fisiológicas y sensorio-motrices de la persona que afecta su capacidad de preservar un equilibrio con su entorno material y social o restablecerlo a la brevedad luego de acontecimientos perturbadores” (Lalive d’Epinay, Cavalli, & Guilley, 2008, p.33). Para ampliar este concepto (debido a que sólo considera cuestiones biológicas) tomamos a Mónica, Roqué (2008), que propone, desde lo social, incluir las carencias que las PM padecen ante los cambios familiares, sociales, económicos, políticos y culturales y que causan déficits funcionales. Sostiene que el déficit funcional está influenciado por las oportunidades y/o limitaciones que brinda el contexto en el cual se desarrolla la persona. La autora plantea pensar en la fragilización de una persona mayor cuando:

- no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna;

- se lo margina, discrimina y excluye socialmente;
- se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo y amor por el sólo hecho de ser "viejo";
- no encuentra espacios de participación familiar o social;
- se cree que el único rol que puede tener una persona mayor es el de ser "abuelo", aun cuando no haya tenido ni hijos ni nietos;
- el entorno no es accesible; es decir, cuando el entorno impide que puedan salir de sus casas, tomar un colectivo, entrar a un teatro o a un cine y visitar espacios comunes de esparcimiento;
- los profesionales que brindan servicios sociales o de salud no tienen formación específica en Gerontología y Geriatria, donde existe el riesgo de que puedan cometer prácticas iatrogénicas;
- no se brindan alternativas de atención basadas en un sistema de cuidados progresivos y se prioriza su permanencia en el hogar.

Etxeberria, (2008) coincide con Roqué ya que considera que la fragilización deriva del entorno y de los obstáculos sociales a los que se encuentran expuestas las persona mayores debido a su edad avanzada (que, por lo general, pueden derivar del equívoco de igualar a la vejez con la enfermedad), y no del funcionamiento de la persona. Entiende a la Fragilidad, como un estado precursor de la dependencia que surge de la acumulación de déficit y propone reemplazar los pares binómicos Independencia/Dependencia relacionados con la capacidad/incapacidad por la concepción de interdependencia, compleja, biográficamente personalizada y

cambiante que sintetice de la mejor manera la fluctuación de momentos de dependencia e independencia a lo largo del curso vital. La dependencia es un riesgo constante en la vida del ser humano. Los individuos necesitan cuidados debido a una discapacidad, una enfermedad crónica o a un trauma, lo que limita su capacidad para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas que se deben realizar todos los días. Tradicionalmente, esas actividades se definen como actividades de la vida diaria (AVD) —comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño— o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) —preparar comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de distancias que pueden recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet. Una persona es dependiente si tiene limitaciones tanto en las AVD como en las AIVD. Aunque el número de limitaciones para definir a una persona como dependiente varía entre los países, existe consenso en que se trata de un criterio adecuado que tiene como característica la imposibilidad de vivir de manera independiente y la necesidad de ayuda de otro para llevar a cabo ciertas tareas. Para Etxeberria, (2008) la dependencia generalmente es concebida como una limitación física o intelectual que restringe el ejercicio de la autonomía, podría dejar de ser identificada como sumisión al otro para pasar a reconocer la fragilidad propia, enmarcada en la solidaridad constitutiva de los seres humanos y que la persona mayor tiene derecho al respeto de su iniciativa libre sino también al apoyo a su iniciativa fragilizada. Es así que propone el término de “autonomía acompañada” que implica en la medida de lo posible que la persona con disminución de sus

capacidades conviva con la intensificación de aquellas que se mantienen y el decrecimiento mismo con una maduración personal, interior y relacional acorde con su sentido de vida. Habitualmente se concibe a la fragilidad asociada al envejecimiento, y se utiliza de manera intercambiable con el término vulnerabilidad. Como también homologar los términos autonomía e independencia. Es necesario profundizar e investigar sobre este aspecto debido a la confusión que genera la plétora de conceptos existentes, las múltiples causas que se superponen y potencian, inicialmente silencioso, que se hace evidente al sumarse los deterioros y le confiere al individuo riesgos elevados de presentar eventos adversos (mortalidad, discapacidad, morbilidad y hospitalización). Es de suma importancia identificar a estas PM a tiempo, para intervenir y prevenir que sufran mayores sucesos desfavorables.

El termino vulnerabilidad, por otro lado, surge como un concepto analítico en las ciencias ambientales para el estudio de la población afectada por los riesgos naturales (Prowse, 2003). No obstante, enfoques más recientes (Hilhorst y Bankoff) han destacado la importancia de las dimensiones estructurales de la vulnerabilidad sociodemográfica y ambiental como producto de una construcción social generada a partir de desigualdades sociales, falta de oportunidades de empoderamiento y de acceso a la protección social. Asimismo, no todas las personas están expuestas de la misma forma a dichos riesgos, ni todas emplean el mismo tiempo para superar sus consecuencias (De Vries, 2007).

En este contexto resultan esclarecedores estudios como el de Blaikie, (1996) en el que se señala que la vulnerabilidad social sería el conjunto de características

que tiene una persona, grupo o comunidad que determina su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de esos acontecimientos imprevistos. Todos estos temas, y otros, han permitido que a la vulnerabilidad se le haya ido reconociendo una dimensión social, aplicándose, preferentemente, a las personas, antes que a los lugares o al contexto en el que viven (Banerreceha *et al.*, 2002), ya que son ellas las que están expuestas a riesgos y las que cuentan o no con la capacidad o los mecanismos para defenderse (CEPAL, 2002).

Cabe hablar de vulnerabilidad cuando una persona experimenta (a) desventajas sociales, (b) adversidades específicas para “controlar las fuerzas que modelan su propio destino, o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar” (Katzman, 2000) e, (c) incapacidad para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro (Katzman, 2000).

Tomando todo lo anterior nos atrevemos a plantear la interdependencia de los términos, pero que podrían diferenciarse con el acceso o no a los recursos (materiales, cognitivos, económicos, ambientales, sociales, derechos entre otros) para afrontar determinados sucesos vitales que pueden fragilizar a las personas, pero al contar con recursos no se vulnera.

Consideramos que podríamos implementar estrategias preventivas que contribuyan a evitar, retrasar y/o revertir el proceso de fragilización y la situación de vulnerabilidad social de las personas mayores. A través de intervenciones y políticas que garanticen y faciliten el acceso que favorezcan la existencia de redes sociales y facilitasen la creación de instancias de participación e integración.

Es aquí donde cobra relevancia el aporte de la Terapia Ocupacional en la formación de Cuidadores/as, ya que busca, desde una mirada preventiva, aumentar y/o mantener la independencia, la autonomía, la inclusión y la participación social de las Personas Mayores con el fin último de prevenir y/o demorar la institucionalización de los mismos.

Capítulo 2. La vejez: sus derechos y políticas sociales

2.1. DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

La revolución industrial trajo consigo cambios económicos, demográficos y sociales, fundamentalmente en diferentes modalidades de trabajo y sus consecuentes conflictos y logros. Entre fines del s. XIX y principios del XX surgieron las primeras leyes reconociendo derechos, a la jubilación, la protección a los accidentes de trabajo, enfermedades, basadas en un sistema solidario de aportes. Sin embargo, la consolidación de esos derechos se produjo con el llamado Estado de Bienestar.

A lo largo de la historia de nuestro país hemos observado diversidad de políticas implementadas por dictaduras cívico militares, de corte netamente neoliberal y articulador que sustentan diferentes maneras de concebir a las personas mayores. En los últimos años, en América Latina y en el Caribe, el “Enfoque de Derechos” ha ganado una importancia muy significativa. La vejez puede ser una etapa de pérdidas o de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y de oportunidades individuales y generacionales de las personas a lo largo de su ciclo vital, y de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad. Es posible afirmar que, aunque la edad de la vejez posea un componente biológico y cronológico ineludible, desde el punto de vista de los derechos humanos, lo más importante es su construcción social (Huenchuan, 2011).

Paradigma tradicional	Paradigma emergente
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social.	Las personas mayores son concebidas 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: Huenchuan Sandra, 2011, Los derechos de las personas mayores. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas

Por dicho motivo, resulta necesario abordar el envejecimiento a partir del enfoque de derechos, pues da cuenta de la dimensión humana y de la necesidad de políticas públicas integrales que contribuyan al cumplimiento de los mismos. El rol del Estado estará centrado en establecer prioridades y formular políticas. Las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad) en base a las cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad. Se habla de un cambio de paradigma cuando las

personas mayores dejan de beneficiarios para convertirse en sujetos activos - protagonistas-, que obligan al Estado a hacer cumplir sus derechos. Este enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y de una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades (que es como lo plantea Naciones Unidas: “una sociedad para todas las edades”).

Diferentes organizaciones mundiales brindan marcos políticos que protegen y velan por los derechos de las personas mayores. Argentina, en el año 1948, fue el primer país en el mundo en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”, incorporados en la Constitución de 1949. Estos son: Derecho a la asistencia; Derecho a la vivienda; Derecho a la alimentación; Derecho al vestido; Derecho al cuidado de la salud física; Derecho al cuidado de la salud moral; Derecho al esparcimiento; Derecho al trabajo; Derecho a la tranquilidad; Derecho al respeto.

Las Naciones Unidas, en el año 1991 (Resolución 46 de 1991), declararon los siguientes principios a favor de las personas de edad:

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

***Participación:** se refiere a la toma de decisiones, a la difusión de información y conocimientos, a los servicios a la comunidad y a la formación de movimientos y asociaciones. Puede pensarse también como la posibilidad de permanecer

integradas en la sociedad, de participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar.

***Cuidados:** este se relaciona con cuestiones de familia y de comunidad, como tener acceso a cada servicio social y jurídico que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados, o a aquellas cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento.

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

***Dignidad:** consiste en verse libre de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorado independientemente de la condición económica.

Un arduo trabajo (en el que nuestro país fue pionero) han realizado diferentes organizaciones para crear, redactar, impulsar y promulgar un documento que protege la integralidad de las PM es la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. La convención presenta los siguientes derechos protegidos: igualdad y no discriminación por cuestiones de edad; derecho a la vida y dignidad en la vejez; derecho a la independencia y a la autonomía; derecho a la personalidad jurídica; a la integridad física, patrimonial, mental, sexual y emocional; al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; a la identidad; a la documentación; a la vida familiar y

comunitaria; a la privacidad y a la intimidad; a la nacionalidad y a la libre circulación; derecho a la protección y a la seguridad social; al trabajo; a la libertad de expresión, al acceso a la información; a la libertad ambulatoria; garantías en los procesos de internación voluntaria; el derecho de acceso a la justicia, a la capacitación del personal en los derechos de las personas mayores; a la educación; a la vivienda y a un medio ambiente sano; a los cuidados de largo plazo (establecimientos de día y de larga estadía); derecho a transporte y comunicación; a la participación e inclusión comunitaria; a la participación en la vida cultural; a la recreación y al deporte. El objetivo de la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* 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 PM, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. En la misma se define a la “Persona Mayor” como aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

En mayo de 2017 la Cámara de Diputados sancionó, con fuerza de ley, un proyecto por medio del cual la Argentina ratifica la Convención adoptada por la Organización de los Estados Americanos en 2015. El documento obliga a los estados a promover, proteger y reconocer los derechos humanos de la franja de adultos de 60 años en adelante, con el fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. La iniciativa había obtenido la media

sanción del senado en julio de 2016. Tras convertirse en ley el día 9 de mayo de 2017 y luego de publicarse en el Boletín Oficial como Ley 27.360, el día 31 de Mayo se incorporó como parte del derecho vigente en nuestro país, donde podrá contribuir al fortalecimiento de medida legislativas, administrativas y judiciales y al diseño e implementación de políticas públicas de promoción de los derechos de las personas mayores.

Según Elichiribehety Silvina, García María Inés, Labatti Mónica (2015) si se considera a la temática del cuidado y de los derechos desde la perspectiva de vulnerabilidad, ya que todos los seres humanos somos cuidados y cuidamos en las diferentes etapas de la vida, implica una ética basada en la responsabilidad hacia los demás, que, además del apoyo familiar, reconoce progresivamente nuevos derechos sociales. Advierten las autoras que la provisión y organización de cuidados es muy irregular; las desigualdades en la región y en un mismo país continúan siendo uno de los mayores retos de este siglo y aún hay déficit en la consideración del derecho al cuidado y a cuidar (se).

Continuando con la Convención, el artículo 12 enmarca la temática de los cuidados en **Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo**, expresa que la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción en salud y la cobertura de servicios sociales (seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda); promueve que la persona mayor pueda decidir acerca de permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía, también se destaca que los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la

introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión, como así también los Estados Parte deben adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados se comprometen a establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.

- a Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- b Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
 - i Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos como digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales; así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.

- ii Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta todas las familias y sus relaciones afectivas.
- iii Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.
- c Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en la actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene;
- d Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- e Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos, que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

Otro artículo relevante de esta Ley es el artículo 19, a continuación citado: “Los Estados deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación

y los cuidados paliativos de la persona mayor, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.”

Se puede concluir que se ha generado un cambio de paradigma a partir del cual los sujetos pertenecientes a este grupo etario deben ser considerados como sujetos de derecho, y este nuevo paradigma implica la aplicación del enfoque de derecho a las políticas públicas. Se hace sumamente imprescindible poder lograr desde la práctica misma un cambio de paradigma, y que se comience a ver a la PM como sujeto de derechos con posibilidades y capacidades de transmitir sus conocimientos a otros. La PM deja de estar en un rol pasivo para pasar a un rol activo, protagonista, como sujeto de derechos, ciudadano, partícipe de los cambios de la sociedad, en donde se valoran sus saberes y sus prácticas y se ponen al servicio de la población. Esto conlleva integrar las redes sociales y reforzar la pertenencia al contexto social.

Dos características esenciales componen este nuevo paradigma, y se hace necesario tenerlas en cuenta a la hora de pensar políticas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de las PM: la integralidad, que implica un trabajo de unificación y articulación de recursos, y la territorialidad, que se adecúa a las necesidades de cada lugar. Podemos, no obstante, acordar que vivimos un presente en el que los modelos de atención tienden a vulnerar los derechos adquiridos.

Ante este escenario sociopolítico en desarrollo, se considera oportuno abordar la temática de cuidados ya que implica desafíos colectivos en los que la Terapia Ocupacional también debe formar parte, compartiendo y generando conocimientos

que aporten y contribuyan a la temática del cuidado, aportando al diseño de políticas en el marco del cuidado y creando estrategias para brindar a las personas mayores un cuidado de calidad desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir desde el derecho a dar y recibir cuidados.

2.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TERAPIA OCUPACIONAL

En las últimas décadas, y desde un enfoque sociocomunitario, se ha enfatizado el modelo de la promoción de la salud. El mismo concibe a la salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva a las exigencias del medio, destacando recursos psicosociales y capacidades físicas. Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud para todas las personas se crea así la Carta de Ottawa, la misma es considerada como el marco conceptual en el arte de la promoción de la salud proponiendo “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma”. (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

En el marco de la Terapia Ocupacional (T.O.), la Carta de Ottawa (1986) considera que la promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus

necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Carta de Ottawa, 1986, p.1). Desde este enfoque de la promoción de la salud, sería posible demorar la aparición de enfermedades o aliviar la sintomatología.

El trabajo de promoción de la salud presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluaciones de programas. Los modelos preponderantes destacan la intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y trabajar en colaboración.

El desafío principal de la OMS en relación a la vejez, es promover los factores que tienden a mantener la salud en la edad avanzada. La clave principal ha sido el concepto de envejecimiento activo, teniendo este como eje primordial a la participación social, enfatizando aquellos factores que permiten asegurar un bienestar en la vejez (OMS, Suiza, 1999).

La promoción de la salud resulta un proceso en el que se interrelacionan varias disciplinas, entre ellas la Terapia Ocupacional, esta última facilita el crecimiento personal, la autoexpresión y el mejoramiento de la calidad de vida favoreciendo la creación de espacios significativos donde los Personas Mayores puedan participar y lograr un envejecimiento lo más saludable posible. Se propone reforzar la

autoestima y la identidad, favorecer la preservación de la autonomía y jerarquizar el autocuidado, construyendo de esta manera una mejor resiliencia además de facilitar la creación de hábitos saludables y una mejor calidad de vida en la vejez.

En este sentido, podemos plantear que la Terapia Ocupacional, como disciplina en el campo de la promoción de la salud, brinda la posibilidad de gestionar, diseñar y aplicar cursos de formación de cuidadores domiciliarios formales destinados a promover la salud, favorecer el funcionamiento psicológico, el bienestar, la participación social y prevenir la enfermedad. Por lo anteriormente expuesto adherimos al modelo de *Atención Gerontológica Centrado en la Persona*, creado por Departamento de Empleo y Asuntos Sociales en colaboración con el Grupo Matia del país vasco, que se basó en el modelo de Carl Rogers cuyo enfoque se caracterizó, fundamentalmente, por proponer una intervención no directiva donde la persona se convertiría en sujeto activo de su cambio, y tuvo aplicaciones en diversos ámbitos (educativos, medicinales, de planificación, de discapacidad y en sectores empresariales).

La *Atención Gerontológica Centrado en la Persona*, parte del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano y busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, así como también intenta contribuir a un cambio en el enfoque de la intervención gerontológica, ya que sitúa en el centro de atención a la persona mayor, permite su autonomía, potencia su independencia y destaca el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo. (Martínez Rodríguez, 2011). Pilar Rodríguez, en el modelo de atención integral, propone principios rectores, es decir, enunciados en referencia a

las personas que orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos que han de verse cumplidos en las actuaciones e interacciones profesionales. Estos principios rectores también lo son para el modelo centrado en la persona (Rodríguez 2006, 2010):

- **Dignidad.** Las personas mayores, independientemente del estado en que se encuentren con respecto a sus capacidades, tienen derecho a que su diferencia se respete y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto al igual que el resto de seres humanos. A este principio fundador, le acompañan otros más que a continuación se enuncian.
- **Competencia.** Las personas mayores tienen capacidades, independientemente de los apoyos que precisen, para desarrollar, en mayor o menor grado, actuaciones competentes.
- **Autonomía.** Las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida y, por lo tanto, a actuar con libertad.
- **Participación.** Las personas mayores tienen derecho a estar presentes en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.
- **Integralidad.** La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- **Independencia.** Las personas mayores tienen derecho a mantener el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana y a recibir

apoyos diversos que puedan adaptarse a su situación para reducir su dependencia de los demás.

- Individualidad. Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos de ciudadanía, pero cada una de ellas es única y diferente.
- Inclusión social. Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos. Por ello, han de tener acceso y posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios como el resto de la población.
- Bienestar. Las personas mayores han de tener acceso a programas dirigidos a la promoción de su salud y a la mejora de su bienestar personal (físico, material y emocional). Las personas en situación de fragilidad o dependencia, incluso cuando presentan grados importantes de afectación y discapacidad, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación y su bienestar subjetivo.
- Continuidad de la atención. Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continua, así como también estos apoyos deben poder adaptarse permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Este modelo es una mirada hacia la autonomía y la gestión de la vida cotidiana, donde tiene influencia determinante el plan de atención que se diseña. Lo que

estos desarrollos tienen en común es la intención de dar un papel central a la autonomía de los sujetos a quienes van dirigidas las actuaciones profesionales.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA VEJEZ

2.3.1 QUÉ ES Y QUÉ IMPLICA EL CUIDADO

“El cuidado significa preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención al otro” (Waldow, 1998, p.17), (Huenchuan, 2008, pág. 8) entiende por cuidado “la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria”, por otra parte (Daly y Lewis, 2000, p. 285) lo definen como todas aquellas “actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo”. Para Golpe (2011) “Cuidar se vincula con el apoyo, el amparo, el apuntalamiento y el compromiso que todo sujeto de derecho y de deseo precisa para su desarrollo a través del curso de la vida para sentirse parte, formar parte y ser parte de una sociedad que lo incluye en sus acontecimientos”.

Esta variedad de posiciones ofrecen un marco para entender y elegir con qué paradigma trabajar a la hora de hablar del cuidado. Pudiendo ser desde un lugar pasivo-receptivo desde el cual se brindará una asistencia o una necesidad objetiva que dará paso a una nueva concepción, que involucra a la familia, a la comunidad y a los Estados, entendiendo esta necesidad de cuidado como práctica social, regulada, normatizada, concebida como una prestación que debe pensarse e

implementarse de acuerdo a cada situación personal, familiar y social. Los acuerdos internacionales en materia de envejecimiento poblacional proponen al cuidado domiciliario como una de las herramientas más efectivas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores frágiles, y sugieren su generalización como un servicio de los Estados.

El Estado introduce un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, incluyendo los pilares clásicos del Estado del bienestar —salud, seguridad social y educación—, el cuidado de los menores y de los mayores, no ya como excepción cuando no hay familia que pueda asumirlo, sino como nueva regularidad social. Esto conlleva una nueva concepción de la relación entre individuo, familia y Estado, basada en la responsabilidad social del cuidado de las personas. Desde la perspectiva normativa de la protección social propuesta por la CEPAL (CEPAL, 2006), el cuidado debe entenderse como un derecho asumido por la comunidad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado. Este es precisamente uno de los grandes desafíos en torno al cuidado: avanzar hacia su reconocimiento e inclusión positiva en las políticas públicas.

El problema a enfrentar por los países es cómo respetar los derechos de todos otorgando el cuidado necesario y garantizando el respeto de los derechos de los cuidadores. El cuidado se encuentra, principalmente, en manos de las mujeres, sea éste como trabajo no remunerado en sus propios hogares o como una de las principales actividades remuneradas de las mujeres.

A pesar que desde hace tiempo se vienen generando cambios en la división de los trabajos en función del sexo, siguen existiendo actividades laborales que se consideran típicamente femeninas o típicamente masculinas. Las primeras mencionadas, en su mayoría, se han caracterizado por tener menor jerarquía, menor remuneración y, en muchos casos, condiciones laborales precarias. Un ejemplo de esto es el trabajo de cuidado de personas. Dos conceptos que parece pertinentes dejar en claro son los de sexo y género.

La categoría de sexo se refiere a las características biológicas que traemos al nacer y que nos definen como un macho o una hembra. El sexo pertenece al orden de la naturaleza.

La categoría de género, en cambio, alude al conjunto de características sociales y culturales de “lo masculino” y “lo femenino”. Refiere al conjunto de roles, actitudes, comportamientos, valores, poder, que la sociedad establece como lo propio del varón y de la mujer, y que se aprende a través de los procesos de socialización. Estos roles, mandatos, comportamientos definidos como masculinos o femeninos “echan raíces” y adquieren “naturalidad”, es decir, suelen ser concebidos como atribuciones naturales, cuando en verdad son un producto de la cultura. Por ejemplo, el hecho de que tradicionalmente el hombre fuera el encargado de sostener económicamente a la familia mientras la mujer se encargaba solamente de las tareas de ama de casa; o bien, que determinadas profesiones, deportes u oficios sean llevados a cabo por varones (ingeniería, albañilería, jugador de fútbol), mientras que otros sean adjudicados naturalmente a las mujeres (docencia, enfermería, costura).

Las diferencias biológicas entre varones y mujeres han sido el soporte para justificar y naturalizar la asignación de roles diferenciados y la división de tareas en función del sexo, que en muchos casos colocan a las mujeres en situaciones de desventaja respecto de los varones. Un ejemplo de esto es la histórica asignación del trabajo reproductivo a las mujeres, fundamentando dicha asignación en la capacidad biológica de las mujeres para la maternidad. La identificación entre la maternidad biológica y la maternidad social funciona en nuestra cultura como un mecanismo para legitimar la asignación del trabajo reproductivo a las mujeres.

El trabajo reproductivo se realiza en el espacio privado, familiar, y no tiene reconocimiento social ni económico, es un trabajo invisibilizado y realizado mayoritariamente por mujeres. Este tipo de trabajo circunscribe a la persona al ámbito doméstico, donde generalmente sólo interactúa con la familia. Además, como es un trabajo que no está regulado a un horario formal, es "a tiempo completo". Si bien desde hace varios años esta situación viene sufriendo importantes cambios, sobre todo a partir del ingreso masivo de las mujeres en el mundo del trabajo productivo, sigue pesando principalmente sobre ellas las principales responsables del cuidado de las PM y de la aún numerosa población infantil, sin mencionar los cambios en el sistema de salud pública que dejan en manos de los hogares y, nuevamente a cargo de las mujeres, el cuidado de los procesos de salud-enfermedad.

A su vez, varios estudios explican la presencia mayoritaria de mujeres con necesidades de cuidados porque, en comparación con los hombres, ellas cuentan

con una esperanza de vida más elevada. Así, hasta los 70 años las mujeres tienen menos probabilidades de tener una discapacidad, pero a partir de esa edad, estas probabilidades se invierten.

En Argentina se ha estado trabajando en la instalación de un sistema progresivo de atención a las personas mayores. Este sistema se inicia con los cuidados domiciliarios. Es necesario distinguir entre atención domiciliaria y los servicios de apoyo domiciliarios: la atención domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Esta contiene a los servicios de apoyo dado que es un concepto más amplio. Estos últimos presentan cuatro categorías según el tipo de problemática bio-psico-social que atiendan y el estado de gravedad que presenten las personas. Dichas prestaciones consisten en:

- Servicios de alta tecnología (diálisis renales, nutrición enteral o parenteral, uso de respiradores, farmacoterapia avanzada)
- Servicios especializados (brindar atención profesional médica, fisioterapia, enfermería, T.O, nutricionista entre otros)
- Servicios para pacientes terminales.
- Servicios de baja complejidad: Se brindan a personas que por razones biológicas, psicológicas y sociales, no pueden realizar las tareas cotidianas por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal

técnicamente capacitado (cuidador) basados en criterios de prevención y promoción.

Permanecer en el propio hogar, con independencia y autonomía, en un espacio reconocido, significativo, con sus redes de apoyo y donde la persona sienta pertenecía, favorece la autoestima, ya que hay una continuidad en la trayectoria vital, se preserva la independencia y la privacidad, favoreciendo la toma de decisiones.

2.4 PROGRAMA DE CUIDADORES DOMICILIARIOS

En nuestro país, el PNCD constituye una política social. La misma se orienta tanto a mejorar la calidad de vida de las personas mayores como a posibilitar, a las personas desocupadas, el logro de una inserción en el mercado formal de trabajo. En ambos casos se favorece la inclusión social y la participación en la comunidad desde un paradigma de derechos y de ciudadanía plena en pos de “una sociedad para todas las edades” (Naciones Unidas, 2002). En lo referido específicamente a las PM, el programa forma parte de un sistema de atención que acompaña al proceso de envejecimiento, apunta a la capacitación de recursos humanos en esta temática -tal como recomendó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982)-, y se fundamenta en los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad enunciados por las Naciones Unidas a favor de las personas mayores (Naciones Unidas, 1998 y 1999). Además, de acuerdo con las recomendaciones propuestas en la Estrategia

Regional, hace hincapié en el envejecimiento activo, en el protagonismo de las personas de edad y al respeto de su heterogeneidad, posibilitando su desarrollo, mejorando su salud y bienestar y colaborando en la generación de entornos propicios y favorables. En el ámbito de los entornos propicios y favorables, el programa busca primordialmente consolidar redes de apoyo para el cuidado de la vejez y promover el envejecimiento en la casa.

El Programa de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social data del año 1997, desde el año 2003 fue adquiriendo fuerza como política de Estado con el compromiso de lograr la mayor permanencia de las personas de edad avanzada en sus hogares, evitando institucionalizaciones innecesarias. Argentina cuenta actualmente con alrededor de 50 mil Cuidadores/as Domiciliarios/as formados/as en todo el territorio nacional. En los últimos años, se profundizó el rol de los/las Cuidadores/as Domiciliarios/as mediante la firma de acuerdos con distintos actores a nivel nacional que dieron mayor importancia y visibilidad a la temática gerontológica. Durante 2004 se priorizó el trabajo para la conformación de cooperativas de cuidadores/as, en el dictado del curso de formación se brindaron conocimientos acerca de su forma de funcionamiento, gestión e inscripción en ellas. A partir de esta iniciativa, se han conformado cooperativas de cuidadores/as, de las cuales algunas se encuentran en funcionamiento y otras en la etapa de tramitación. Para ello se realizó un fuerte trabajo de articulación con el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES) para informar, facilitar y colaborar en la gestión de cooperativas de trabajo de cuidadores domiciliarios

formados en todo el territorio nacional. En 2005 se incorporó la posibilidad de que el curso de formación lo realizaran no sólo los/las titulares de los planes sociales, sino también las personas desocupadas que no los poseían. Además, se previó un cupo para aquellos/as que, sin ser titulares de planes ni estar desocupados/as, estuvieran interesados/as en hacerlo. Con estas modificaciones, se logró una mayor inclusión en el programa y, a la vez, se avanzó en la articulación con otras políticas sociales. Entre ellas se cuenta, como un importante logro, la posibilidad de que los cuidadores/as formados/as accedan al denominado monotributo social, que exige un monto muy bajo de aportes por parte del cuidador/a, ya que el dinero restante lo tributa el Ministerio de Desarrollo Social. De esta forma, los/as cuidadores/as pueden acceder al mercado formal de trabajo y a una obra social — de libre elección— tanto para ellos/as como para sus familiares a cargo, con idénticas prestaciones a las que reciben los demás monotributistas. Por otro lado, realizan aportes previsionales y se computan años de actividad para su posterior jubilación. En el año 2006 se logró la firma de un Convenio Marco entre los Ministerios de Trabajo y de Desarrollo Social de la Nación (MDS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Las partes se comprometieron a implementar y desarrollar en forma conjunta diferentes acciones territoriales, a fin de propiciar la inserción social y laboral genuina de los/as cuidadores/as.

En 2011, se celebró entre el MDS y el Instituto de Obra Médico Asistencial de la provincia de Buenos Aires (IOMA) un Convenio Marco de Cooperación, con el objetivo de formar y capacitar para la inclusión socio-laboral, siendo en la

actualidad los cuidados domiciliarios una prestación de dicha Obra Social, brindada por los egresados del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

Las obras sociales PAMI, IOMA y SUMA ofrecen un subsidio social a sus afiliados para la contratación de un/a cuidador/a domiciliario/a. Cada obra social tiene una forma de cubrir el servicio, PAMI, por ejemplo, subsidia parcialmente el pago de un/a cuidador/a domiciliario/a de acuerdo al nivel de capacidad funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En el caso de IOMA, se ofrece atención domiciliaria para personas de cualquier edad que presenten -transitoria o permanentemente- la pérdida de su capacidad para la ejecución independiente de las actividades básicas de la vida diaria. Además, comprende el desarrollo de tareas de apoyo y supervisión en actividades terapéuticas indicadas por el/la profesional tratante. La cobertura básica se extiende para períodos de asistencia de 2 hasta 12 horas diarias. Para períodos más extensos, es necesaria la intervención de la auditoría de Servicios Sociales, ya que deben analizar cada caso.

El en el mes de julio del 2017 PAMI, sacó un boletín, donde se ubica la resolución 0635-17, en su anexo 1, en la cual se dispone la creación de la Atención Domiciliaria Integral con nuevos módulos y submódulos, la cual reemplaza a la prestación que se denominaba Internación Domiciliaria (ID) que previa tres tipos de nivel de cuidados para el afiliado, denominado nivel A, B, C categorizados de acuerdo a las necesidades y complejidades de la persona, y cada nivel contenía determinadas prácticas de rehabilitación, en las cuales no se incluía al CD.

Solo se accedía al servicio de tener un/a CD vía subsidio social con un trámite de caso social individual, llevado adelante por una Trabajadora Social.

En la actualidad, como mencionamos con anterioridad, PAMI define al servicio como Atención Domiciliaria Integral (ADI) del INSSJP al conjunto de acciones organizadas para la atención de patologías complejas por un conjunto de profesionales de la salud, técnicos y administrativos, bajo protocolos definidos de prestación y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio de la persona. La ADI es una prestación médica de hasta tres meses (máximo 1 año) que incluye una visita por mes de un médico, una visita semanal de enfermería y CD por 4 horas diarias de lunes a viernes en el caso del primer módulo. En los módulos 2, 3 y 4 no está incorporado el/la CD pero se puede agregar como un submódulo dentro del módulo, en este caso las horas del CD rondan entre las 4 y 8 horas. Para poder contar con ADI es indispensable como requisitos; la participación activa del grupo familiar y/o el entorno de la PM que brinde una red de contención al mismo; tener un cuadro patológico; tener grado de dependencia funcional moderado o severo, un Barthel de igual o menos 60 puntos; tiene que poder alimentarse vía oral.

Los objetivos de la ADI son: -Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia. - Favorecer la reincorporación de la PM a su entorno socio-familiar. - Evitar la institucionalización de la PM. - Promover el compromiso y la participación activa de la familia mediante su adecuada información y capacitación. -Disminuir el promedio de días de internación aumentando la

disponibilidad de camas de II nivel para patologías complejas. -Disminuir las posibilidades de infección intrahospitalaria.

El Auxiliar domiciliario o Auxiliar gerontológico domiciliario o Cuidador Domiciliario, que ahora forman parte del módulo 1 de la ADI para la atención de la PM, desarrollará tareas domésticas, de apoyo al cuidado personal, tareas relacionadas con las actividades terapéuticas y trámites, entendiéndose por tales: •Tareas domésticas: higiene ambiental, apoyo o ayuda para preparación de alimentos, ingesta de alimentos, •Cuidado personal: vestido e higiene. •Actividades terapéuticas: acompañar y asistir a la PM dentro y fuera del hogar.

Por otra parte, Argentina ha dado pasos importantes hacia la promoción del trabajo decente para los/las trabajadores/as de casas particulares, tanto nacionales como migrantes. En 2013 promulgó la Ley N° 26.844, hoy plenamente vigente, que establece un régimen de contrato de trabajo para esta ocupación, y también para quienes se dedican a los cuidados de personas sin fines terapéuticos, equivalente a las condiciones de cualquier otro desempeño laboral, restituyendo sus derechos y terminando con una situación de franca desprotección social y desigualdad. Además reconoce que el trabajo que se realiza para el cuidado y la atención de una familia es un trabajo como cualquier otro y, por lo tanto, debe quedar cubierto por la legislación nacional y que equipara sus derechos al resto de los trabajadores. Este marco normativo corresponde siempre que el cuidado no implique prestación de servicios paramédicos o terapéuticos,

para lo cual se requiere, por ejemplo, ser enfermero/a o terapeuta ocupacional y corresponde otro marco legal.

Cuando el servicio de cuidado, atención o acompañamiento de una persona se lleva a cabo en un centro de atención comunitaria, asistencial, geriátrico u otra institución que realiza la contratación del/de la trabajador/a donde la persona mayor reside o se encuentra alojada (siempre que no implique la prestación de atención paramédica o terapéutica), se aplicará la Ley de Contrato de Trabajo. También es posible que se establezca la relación laboral mediante contratos de locación de servicios, en cuyo caso el/la trabajador/a deberá adherir al monotributo y realizar los aportes según la categoría en la que se inscriba.

Cabe mencionar que en dicha Resolución se pone en conocimiento la exclusión de la intervención de los TOs de las prestaciones en los módulos 1 y 2 de internación domiciliaria, reservando la inclusión de TO a los niveles de alta complejidad 3 y 4 por submódulos (rehabilitación). El jueves 17 de agosto 2017 representantes de AATO; ATOGBA y AMTO en nombre del colectivo profesional de Terapeutas Ocupacionales concurren a una reunión programada en PAMI CENTRAL (CABA) con el objetivo de solicitar la modificación de la RESOLUCIÓN 635/17. Las representantes fueron recibidas por las Dras. Alejandra Rodríguez y Gabriela Díaz Rolón Subgerente de Prestaciones y Provisiones Especiales de la Gerencia de Prestaciones Médicas, que ante el planteo realizado sobre la exclusión de nuestra profesión de los módulos 1 y 2 de baja complejidad informaron:

a) El módulo 1 según criterio de la Gerencia se corresponde con la atención domiciliaria a través de “cuidadores domiciliarios para Adultos Mayores (AM) o asistentes domiciliarios” por tratarse de personas en condición de “vulnerabilidad social” que carecen de red familiar o que la misma es deficiente. La función del “cuidador o asistente” sería de “contención social” para los PM que no presentan una condición clínica “aguda” sino “crónica estable”.

Ante el planteo de la importancia de las intervenciones de TO desde un abordaje de promoción y prevención de la salud, para identificar a partir de un diagnóstico ocupacional posibles redes sociales que generen lazo social de acuerdo con las capacidades, destrezas, habilidades e intereses del afiliado y diferenciado el rol del Trabajador Social del TO, las representantes del PAMI señalaron que: “entendían que sería lo ideal pero que PAMI no tenía recursos para ello”.

b) En cuanto al Módulo 2 de atención domiciliaria reconocieron que hubo un error al omitir a TO y que sería subsanado con la reincorporación de TO a través del submódulo de TO mediante una circular.

Aclararon que, previa orden médica a través de los submódulos, el médico de cabecera este puede solicitar la inclusión de TO dentro de cualquier módulo.

Afirmaron que los módulos de atención domiciliaria 2, 3 y 4 están habilitados y se brindan a toda la población que se venía atendiendo, sin dejar sin tratamiento en TO a ningún beneficiario que lo requiera, teniendo la obligación el médico de cabecera de solicitar todos los recursos que el afiliado necesite de la índole que fueran.

Asimismo, destacaron que todo beneficiario que sea autónomo y pueda trasladarse por sus propios medios, de requerirlo podrá recibir atención en fonoaudiología, TO, kinesiología y médica en los Centros de Atención Ambulatoria en Rehabilitación.

Consideraron que el corte “momentáneo” de las prestaciones fue producto de desfasajes o errores administrativos o de interpretación por parte de las Unidad de Gestión Local (UGL) o que pueden haber sucedido al cargar nuevamente a los prestadores al sistema y/o reubicar a los usuarios en los módulos con la nueva clasificación.

En el PNCD se trató de impulsar y generar posibilidades educativas y nuevas oportunidades laborales para grupos de la sociedad que históricamente fueron excluidos del mercado de trabajo, con escasas posibilidades de capacitarse, como por ejemplo las personas de diversidad sexual. A partir del año 2012, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, SENNAF y DINAPAM, en articulación con el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), acuerda brindar cupos de capacitación al colectivo de diversidad sexual, en el marco de políticas de inclusión social llevadas adelante por dicho Ministerio.

Con regularidad se realizan encuentros nacionales con el objetivo de reflexionar, indagar sobre las necesidades y aportar modificaciones para mejorar el programa, como respuesta a las demandas planteadas, se decidió la incorporación de dos nuevas figuras profesionales en la implementación del primer componente: la del coordinador pedagógico y la del asesor psicológico. En el primer caso, el objetivo

principal es trabajar con el equipo docente y apoyar a los alumnos que tuvieran dificultades para el aprendizaje o, sino, para retomar los estudios luego de muchos años. La incorporación del asesor psicológico se consideró necesaria para realizar las entrevistas de admisión y efectuar la evaluación correspondiente.

Si bien durante los primeros años la Coordinación Nacional se acercaba a las distintas provincias para informar acerca del curso y lograr interés en su implementación, en la actualidad la demanda surge espontáneamente de distintas y nuevas unidades efectoras. Ellas mismas dan a conocer el programa en las localidades de su área de influencia, a través de diversos medios masivos de comunicación. Así, durante estos años, no sólo se ha generalizado el conocimiento del programa, sino que también se ha ampliado su área de cobertura, alcanzando a todas las provincias.

A comienzos del año 2017, la DINAPAM puso en funcionamiento el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Esto facilitará el acceso a información actualizada de quienes acrediten debida formación gerontológica y asegurará la idoneidad en la atención de personas mayores.

El objetivo del Registro es facilitar el acceso público a datos confiables sobre la adecuada formación de personas que brindan servicios como cuidadores/as domiciliarios/as y generar espacios de capacitación, información e intercambio para que mejoren la atención de las PM. El Registro abrió su inscripción el jueves 2 de marzo y el trámite es gratuito, está destinado a personas mayores de 18 años que posean un certificado que acredite que realizaron un Curso de Formación en Cuidados Domiciliarios (o perfil equivalente) por un total de horas teóricas igual o

mayor a doscientas (200). Deberán informar en el formulario de inscripción los datos de referencia de la Organización Formadora, a fin de que la DINAPAM pueda corroborar la validez de la capacitación y ratificar que el perfil del egresado se ajusta a las especificidades de un cuidador domiciliario.

Toda la información de quienes egresaron se incorpora en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios para poder responder a solicitudes específicas de los interesados, según provincia y tipo de atención requerida.

2.4.1 Formación de los Cuidadores Domiciliarios

El derecho al cuidado, a su vez, debe ser considerado en el sentido de un derecho universal de toda la ciudadanía desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan: es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados. El trabajo de cuidados no suele recibir suficiente reconocimiento, pese a la importancia que tiene para el desarrollo humano. En el imaginario social, este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de servicios domésticos o por el auxiliar de enfermería. Con frecuencia se piensa que el servicio doméstico puede cumplir la misma función que el de un cuidador formado, y al ser mucho más barato que este último, y contar con mayor oferta, tiende a optarse por él. Sin embargo, la falta de distinción entre ambos tipos de trabajo afecta al sujeto que recibe el cuidado y también al cuidador. Para brindar cuidado se necesitan conocimientos, experiencia y formación. Los costos físicos y emocionales del cuidador no capacitado son altos, debido a que el salario, condiciones de empleo y cobertura social son insuficientes, y ello impacta

negativamente en la calidad del cuidado que brinda, lo que genera insatisfacción tanto en el propio cuidador como en quien recibe el cuidado.

La familia puede ayudar en los momentos de necesidad temporal, pero cuando se trata de cuidados de largo plazo con seguridad se necesitará ayuda profesional para asistir de manera más eficaz a la persona mayor.

Los cuidadores domiciliarios que forman parte del programa son personas entrenadas para realizar la tarea y brindar apoyo en las actividades de la vida diaria. Tienen el propósito de que las personas mayores envejeczan en sus casas y de que se evite o demore, por el mayor tiempo posible, la institucionalización en una residencia de larga estadía.

El componente del programa que contempla la formación del cuidador, cuya normalización se encuentra amparada y legitimada por el Ministerio de Educación de la Nación y por el Consejo Federal de Educación, considera una capacitación básica de 400 horas de duración de carácter teórico-práctico. Gracias a ello, el curso tiene validez nacional y las personas de cualquier provincia pueden ingresar a él, recibirse de cuidadores/as domiciliarios/as y ejercer un oficio reconocido oficialmente en todo el territorio nacional.

El programa capacita a personas de entre 18 y 50 años, sin empleo estable o en situación de vulnerabilidad social, interesadas en cuidar y atender a miembros de la comunidad que requieran acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria (la administración de medicamentos por vía oral, la preparación de alimentos y la ingesta asistida, la higiene y arreglo personal, las

acciones preventivas de accidentes, actividades recreativas y ocupacionales y la colaboración en prácticas indicadas por profesionales).

El equipo de profesionales (que cumplen el rol de docentes) se compone por nutricionistas, enfermeros/as, asistentes sociales, psicólogos/as, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogas, kinesiólogos/as, médicos/as, podólogas/as, psicopedagogas, cuidadores domiciliarios. Los temas abordados por la Terapia Ocupacional son los de Discapacidad, Fragilidad y Vejez, Cómo Mejorar la Vida Diaria (AVD, AIVD, Ayudas Técnicas, Adaptaciones, Traslados) y Recreación y Tiempo Libre.

La metodología de trabajo consta en brindar información a través de la educación formal, responder inquietudes acerca del contenido y se nutre de la reciprocidad de sus experiencias en las prácticas.

2.4.2 Rol del cuidador domiciliario formal

El ejercicio del rol de cuidador/a domiciliario/a formal requiere incorporación de conocimientos. “Cuidar” es diferente a “asistir”, ya que posee una particular connotación que refiere al compromiso técnico.

El rol de cuidador/a domiciliario/a, como otros roles, requiere de una construcción y, para ejercerlo, se necesita de la presencia de un otro que demande sus servicios. Es importante afirmar que el rol de cuidador/ra domiciliario es aquel que se halla inserto en servicios de atención domiciliaria de baja tecnología: es un rol

que en su ejercicio brinda apoyo a la PM en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible o el tiempo conveniente, pues permite que la PM siga inserta en su comunidad y que conserve sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. (Roqué, 2010, p.57)

El/la Cuidador/a Domiciliario/a intentará prevenir situaciones de vulnerabilidad que incrementen el riesgo de dependencia mediante:

- El fomento de hábitos saludables con respecto a la higiene y a la alimentación.
 - El refuerzo de los vínculos familiares y sociales.
 - La prevención de caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos de la vivienda.
 - El apoyo para recuperar capacidades funcionales perdidas mediante el entrenamiento de habilidades para las actividades de la vida diaria.
 - La interpretación y el respeto por las indicaciones del equipo de rehabilitación, así como la supervisión y asistencia en el uso adecuado de las ayudas técnicas.

Diferencia entre cuidador formal e informal

Cuidador/a es “la persona que asiste o cuida a otra persona de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez Lozano et al, 1997).

La condición de *cuidadores/as formales*, a diferencia de los *informales*, presupone cierta capacitación, límite de horarios y, a excepción de los voluntarios, una retribución económica por los cuidados. El/la cuidador/a formal es quien recibe una capacitación teórica práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez, con una mirada atravesada por el paradigma de derechos y del envejecimiento en interacción con su entorno. Su formación, entonces, apunta a generar estrategias de autovaloración y autocuidado, desarrolla habilidades a través de las tareas diarias como cuidador/a domiciliario/a -toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan. A su vez, se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento y hace hincapié en la apropiación de conocimientos y prácticas destinadas a promover la autonomía de las personas mayores a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana. El/la cuidador/a formal no lo es sólo a partir de la capacitación específica que recibe, sino también a partir de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral. Este perfil puede definirse como la expresión de cada una de las cualidades que caracterizan a una determinada persona. . (Roqué, 2010, p.59)

El cuidador informal es la persona, familiar, cónyuge o amigo que proporciona la mayor parte del apoyo diario. Se caracterizan por su escasa o nula formación asistencial, en parte porque no son remunerados y debido a que su jornada de trabajo no tiene límites establecidos. Las desventajas de la atención por parte del cuidador familiar estarían relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, donde podrían ser causas de sobrecarga la falta de apoyo formal e informal, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos. (Roqué, 2010, p.57)

2.4.3 Funciones del cuidador domiciliario

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

Róque (2010) señala:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que se presenten como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-sociales de las personas que reciben el cuidado domiciliario.
- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada y de sus conductas resilientes y promover acciones de estimulación que

permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.

- **Educación:** esta función pretende que el cuidador domiciliario sea el interlocutor de la persona cuidada o de su grupo familiar con el fin de difundir aquellos conocimientos específicos incorporados. Es decir transmita conceptos acerca de cuidados y autocuidados; provea información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario; incida en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.

- **Asistencia:** proveer apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida de aquellas personas que reciben el cuidado.(p.59)

2.4.3.1 Perfil técnico del cuidador/a domiciliario/a

El perfil técnico es *“el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona”*. (Lombardi, 2003, p. 60). Se lo puede entender como el conjunto de requisitos requeridos, cualidades y conocimientos que deben incorporar los potenciales cuidadores con el fin de proveer en forma óptima y adecuada servicios de cuidados. Destacándose como requisitos:

- Variables psicológicas, que incluye cualidades personales y actitudinales. Con respecto a la primera dimensión incluye: características de personalidad, compromiso, autoestima, autovaloración, integridad ética y moral entre otras; las actitudinales se refieren a aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención del destinatario, conforman el conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada persona.
- Variables formativas: incluye tanto a la educación formal como informal, para el primer enunciado es necesario que cuente con herramientas como lectura fluida, comprensión de textos, redacción coherente como también deseos de capacitarse e interés por la temática.
- Variable motivacional: cómo influye en la elección del rol, porque desea y elige ser cuidador domiciliario. (Roqué, 2010, p.63)

2.4.3.2 Perfil laboral del cuidador/a domiciliario/a

El perfil laboral según Roqué “el conjunto de las tareas, funciones, acciones y características de una ocupación o trabajo determinado”. (Roqué, 2010, p.65)

Roqué señala que las tareas inherentes al perfil laboral del cuidador domiciliario propuestas desde un enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez y basado en el paradigma de derechos son:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.

- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicado y prescrito por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal y del hábitat.
- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social. (p.66)

La unión entre el perfil técnico y laboral involucra “formación, idoneidad, compromiso y disposición para trabajar en equipo, aceptación de indicación emanadas por los profesionales intervinientes, capacidad para realizar aportes criteriosos, confidencialidad, ética”. (Roqué, 2010, p.66)

2.5 COMPETENCIAS BÁSICAS

Las nuevas y variadas condiciones del envejecimiento

El cuidado de la persona mayor estaba y permanece a cargo invariablemente de la mujer, puesto que a ella le correspondían tales acciones -la industria doméstica- y se le designaban tales espacios -el domicilio-; hoy, el cuidado se produce en una realidad complejizada y es interpelado, hecho que contribuirá a la emancipación del cuidador/a y a la autonomía de la PM. Es en este sentido que la formación aporta a la prevención, al autocuidado y al crecimiento, no sólo es importante tomar conciencia e implementar la disociación instrumental y registrar síntomas emocionales y/o corporales sino también apuntar a lo colectivo, la articulación con otros posibilita el desarrollo de herramientas y disposiciones para negociar otras condiciones de trabajo por parte de los CD. De esta manera puede concebirse la posibilidad de un empoderamiento de este sector de trabajadores/as. Desde esta perspectiva se invita a asumir las tareas desde un lugar diferente, no individual ni familiar sino social.

El Manual de Competencias Básicas, Genéricas y Específicas de los Cuidadores de Adultos Mayores del Partido de General Pueyrredón transita un doble desafío: por un lado, el de servir a la formación de cuidadores/as que perfilan su dedicación laboral a las PM; por otro, el de transferir y socializar los conocimientos y una caja de herramientas, que tras años de investigación, formación y dedicación al tema de personas mayores, la Mg. Laura Golpe y todo el grupo de profesionales -entre ellos la Esp.Lic.TO Julia Xifra y estudiantes que integran el PROGRAMA DE

GERONTOLOGÍA INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA-, han logrado efectivizar en un proceso de extensión universitaria. Es un instrumento que impacta en el campo de la formación, que en su esencia articula la promoción de la salud, el fortalecimiento individual y el desarrollo de habilidades sociales. Las actividades de promoción a través de la capacitación y el desarrollo del saber personal es una de las líneas de trabajo de este Manual. El/la cuidador/a apoya a los equipos geriátrico-gerontológicos de trabajo aplicando técnicas para evitar la dependencia y prevenir accidentes, además de ser el informante clave de posibles alteraciones físicas o mentales en las personas mayores bajo su cuidado.

La formación de cuidadores/as gerontológicos/as tiende a solucionar una demanda social, sanitaria y cultural, el desarraigo familiar. Destinada a la formación y capacitación, cumple de esta manera no sólo con una labor educativa, sino que genera la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y de rescatar la dignidad de los grupos vulnerables, así como también la inclusión capacitada en el mercado laboral de aquellos que por diversas razones han quedado fuera del mismo. Dado que la demanda de cuidadores/as domiciliarios/as se incrementa cada día es necesario contar con una capacitación constante basada en un sistema de competencias básicas, genéricas y específicas:

1. Las **Competencias Básicas**: se refiere a conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes que precisan las personas para desempeñarse

en sus actividades ocupacionales: capacidad de lectura, interpretación de textos, aplicación de sistemas numéricos, capacidad de expresión oral y escrita, capacidad de comunicación, interpretación de consignas, etc.

2. Las **Competencias Genéricas**: se refiere a los conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes vinculados al área ocupacional: analizar y evaluar información, trabajo en equipo, seguridad e higiene en el área de trabajo, planificar acciones, etc.
3. Las **Competencias Específicas**: se refiere a aquellas competencias asociadas a conocimientos, habilidades técnicas, destrezas, valores y actitudes del campo de cuidados en salud gerontológica necesarios para desempeñar las funciones de cuidador domiciliario e institucional: lenguaje específico y uso de técnicas y procedimientos propios de la tarea de brindar ayuda a las actividades de la vida cotidiana de la vejez frágil.

2.5.1 Competencias Específicas De Desempeño

1. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD GERONTOLÓGICA
2. VINCULACIÓN CON EL MERCADO DE TRABAJO DE CUIDADOS GERONTOLÓGICOS
3. GESTIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
4. APOYO SOCIAL Y FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA

5. APOYO PARA EL ASEO Y EL ARREGLO PERSONAL
6. APOYO PARA VESTIRSE
7. APOYO PARA LA PREPARACIÓN E INGESTA DE ALIMENTOS
8. APOYO PARA LA SALUBRIDAD E HIGIENE
9. APOYO PARA LA RECREACIÓN, MOVILIDAD Y AYUDAS TÉCNICAS
10. COMPROMISO CON EL TRAYECTO FORMATIVO

Las competencias específicas o técnicas de los/as Cuidadores/as de Personas Mayores son aquellos conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para llegar a ciertos resultados exigidos en una circunstancia determinada, y se vinculan a la misión de su área particular dentro del campo gerontológico. Como bien señala Ducci (1997): “La competencia laboral es la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene, no sólo a través de la instrucción, sino también mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo” (p. 5). La competencia laboral se configura en base a una “compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño en situaciones específicas. Nos permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente.” (Gonzci, 1996, p. 4).

Las calificaciones laborales son un conjunto de unidades de competencia integradas en el ámbito de una función de producción o de servicios que, a su vez, están constituidas por varias unidades de competencia. Las unidades de competencia están conformadas por elementos de competencia, especificados

mediante criterios de desempeño, rango de aplicación, evidencias de conocimiento y evidencias de desempeño.

El/la cuidador/a supervisará o asistirá la higiene personal de la PM de acuerdo a su grado de dependencia, aunque buscará que ésta mantenga la mayor independencia posible. La formación y capacitación del cuidador de personas mayores aspira a que adquieran conocimiento, destrezas y a que dispongan de una tipología de recursos necesarios para el correcto manejo de la higiene corporal, del arreglo personal e higiene del hábitat gerontológico y de las medidas preventivas para brindar seguridad y evitar accidentes, de acuerdo a los dispositivos con los que cuenta y sus características personales y culturales .

2.5.1.2 Apoyo para el Aseo y Arreglo Personal

En el año 2009, Golpe y cols, publican en el Manual de competencias básicas, genéricas y específicas de los cuidadores de adultos mayores en el Partido de General Pueyrredón, que:

La higiene es una tarea que cumple una triple función: conservar el estado de salud, prevenir enfermedades y mantener la imagen personal. Tanto la higiene como el arreglo personal se relacionan con la autoestima y el estado anímico.

La higiene incluye la ropa, las manos, el aseo bucal, nasal y la atención y el cuidado de las heridas en el caso de que las hubiere. La

higiene del hábitat gerontológico implica tanto limpieza (eliminar la suciedad visible de las superficies, mediante el uso de agua, detergentes, esponja, cepillos, etc.) como desinfección (eliminar la suciedad no visible de las superficies, como los microorganismos, mediante el uso de productos químicos desinfectantes, vapor y agua caliente) previos a la realización de tareas de higiene corporal de la PM y arreglo personal, se sugiere además en lo que respecta a la higiene del entorno Evitar y eliminar líquidos o fluidos en el suelo, prever el orden y la ausencia de objetos caídos puede prevenir accidentes y caídas.

En resumen, la higiene personal incluye una serie de pasos para su completa realización: desvestirse, entrar y salir de la bañera, mantenerse en equilibrio de pie o sentado, manejar el jabón, manejar la esponja, alcanzar todas las partes del cuerpo, lavarse el cabello, enjuagar el cabello, secarse y vestirse. Durante todo este proceso debe promoverse la autonomía y poner en práctica técnicas de asistencia cuando es requerido. El/la cuidador/a puede informarse y sugerir la implementación de adaptaciones o ayudas técnicas para facilitar la actividad. Algunas de estas pueden ser superficies o alfombras antideslizantes, tabla de madera para transferencias, asiento plástico, ventosas o dispositivos de succión para el jabón, esponja tipo manopla de algodón con banda ajustable a la muñeca, esponja de mango largo, protector impermeable de plástico para

proteger el yeso o la piel cuando esta no se puede mojar, etc. Deben evitarse desplazamientos innecesarios, así como cambios de temperatura bruscos que puedan poner en riesgo la salud o generar accidentes. Es fundamental brindar medidas de seguridad y apoyo. Más allá del desempeño de la función y su variabilidad interpersonal, requiere de privacidad con el/la cuidador/a, debe tenerse en cuenta que este es un momento de intimidad entre el cuidador y la persona mayor en el cual se debe considerar el pudor del PM y sus características personales y culturales, las que en la mayoría de los casos se van estereotipando con el transcurso de los años.

2.5.1.2 Apoyo para Vestirse

Vestirse es una de las actividades que la persona realiza habitualmente y que se constituye como una rutina diaria. Implica la selección, colocación y extracción de las prendas de vestir y calzado, así como su cuidado (evitar que se arrugue, destiña, encoja, manche, hacerle arreglos mínimos, etc.). Esta actividad requiere de capacidades y habilidades mínimas para desarrollarse. La impresión que uno hace de otros individuos depende en gran parte de su vestuario y de una combinación apropiada de la ropa según la ocasión (si es para permanecer en el hogar, ir al médico, hacer trámites o gestiones, realizar actividades recreativas, etc.). El vestido, al igual que la higiene y el arreglo personal, se relaciona con la

autoestima y el estado anímico. La actividad de vestido puede llevarse a cabo en el dormitorio, en el baño, o en algún otro ambiente de la casa que cumpla con las características necesarias, es decir, según higiene, temperatura ambiental y privacidad. La tarea incluye una serie de pasos para su completa realización que conllevan sus requerimientos físicos y cognitivos. Mantenerse en equilibrio de pie o sentado, alcanzar todas las partes del cuerpo, vestirse y desvestirse. Durante todo este proceso debe promoverse la autonomía. Es importante observar a la persona mayor, informarse acerca de sus posibilidades, limitaciones y grado de dependencia, para poner en práctica técnicas de asistencia para el desarrollo de la actividad e implementar adaptaciones sugeridas por el profesional idóneo.

Es fundamental brindar medidas de seguridad y apoyo, debe planificarse la tarea de vestido, controlando e inspeccionando las prendas en función de su estado e higiene antes de ser colocadas y realizando la disposición previa de la ropa, calzado y recursos necesarios. Se debe sugerir cambiar diariamente la ropa interior y, en adultos dependientes que permanecen en cama, asegurar el mantenimiento de sábanas, frazadas y acolchados limpios. Cuidar la higiene y el estado de las prendas incluye el conocimiento y la utilización de productos específicos como jabón en polvo, jabón líquido, enjuague, cloro, quita manchas y jabón neutro, como el jabón blanco, necesario en adultos mayores alérgicos o con sensibilidad en

la piel. Se debe tener en cuenta para la selección de ropa la temperatura ambiental, dentro y fuera del hogar, que determinarán escoger entre prendas livianas y prendas de abrigo, calzado abierto o cerrado, así como ropa adecuada y cómoda en el caso de realizar actividades físicas o deportivas. El calzado, particularmente, debe brindar seguridad, prevenir resbalones y caídas, recomendándose suelas de goma. La función de vestido requiere privacidad, debe tenerse en cuenta que este es un momento de intimidad entre el cuidador y el adulto mayor. Las características personales y culturales y las diferencias de género determinarán la selección de las prendas de vestir, por lo tanto, deben respetarse las diferencias generacionales respecto a la elección de las prendas, colores, formas, talles.

Debe fomentarse, para que la persona mantenga su propio estilo, que lleve complementos y accesorios con los que se sienta identificado (pañuelos, collares, anillos, gorros, chalinas, etc.).

El cuidador debe encargarse de facilitar los accesorios personales que forman parte de la elección de la persona. La formación y capacitación del cuidador domiciliario aspira a que el sujeto adquiera conocimiento, destrezas y disponga de una tipología de recursos necesarios para el correcto manejo de la actividad de vestido, cuidado y limpieza de las prendas de vestir, según la demanda del adulto mayor frágil o el nivel de dependencia, los dispositivos con los

que cuenta, las características personales, culturales y el respeto por su pudor e intimidad. Acogiendo estos parámetros, puede garantizarse calidad en el servicio a una población vulnerable.

2.5.1.3 Apoyo para la Preparación e Ingesta de Alimentos

Existe una diversidad de factores relacionados con la fragilidad biológica en la PM. Entre los determinantes clínicos vinculados al envejecimiento patológico se encuentran la pérdida de peso-malnutrición y la pérdida de masa muscular (sarcopenia). El deterioro de la vista, del oído y de la coordinación puede provocar disminución en el deseo de alimentarse, sea por falta de incentivo visual o por dificultades para comer en forma independiente. La pérdida del gusto y del olfato implica disminución en la salivación, lo que dificulta la digestión. De esto depende el lugar que se seleccionará para dicho objetivo, la postura adecuada, la disposición de elementos necesarios, las estrategias para favorecer la independencia y los requerimientos de adaptaciones o ayudas técnicas. La preparación de alimentos demanda la puesta en práctica de normas básicas de higiene del hábitat, utensilios, personales (lavar las manos con agua preferentemente caliente y jabón, sobre todo luego de ir al baño, haber tocado dinero, haber sacado la basura o haber realizado tareas

de limpieza o desinfección) y la correcta administración de los recursos disponibles. La revisión y selección de los alimentos que se prepararán debe incluir la observación del buen o mal estado de los mismos (apariencia, olor, color, condiciones higiénicas, existencia de materiales extraños, productos dañados y envases rotos), necesidad de conservar en frío (heladera) y las fechas de elaboración y vencimiento de cada producto. También es importante guardar los restos de la comida elaborada y parcialmente consumida durante almuerzo o cena en la heladera. Los alimentos, según sean crudos o cocidos, también precisan requerimientos especiales. Por ejemplo, se sugiere el correcto lavado de manos entre la manipulación de alimentos crudos y los segundos mencionados. Separar físicamente los alimentos durante su preparación. Se deben usar mesadas, bandejas, platos, tablas de picar diferentes para alimentos crudos y productos cocidos o listos para consumir o ser limpiados o desinfectados completamente entre uso y uso. La población de adultos mayores es considerada de riesgo respecto a la *Escherichia coli*. Con ese nombre se menciona a una gran familia de bacterias. Si bien en su mayoría son inofensivas, algunas pueden enfermar, como la *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC). Las STEC son la causa de un tipo de diarrea con sangre que puede complicarse en los adultos, generando trastornos de coagulación, especialmente en aquellos con sistema inmunológico deprimido. Las STEC se

encuentran generalmente en el intestino de animales bovinos sanos y otros animales de granja, también puede encontrarse en agua, leche y verduras. Deben tomarse las medidas de seguridad pertinentes para que no se produzca el contagio. La correcta cocción de los alimentos, especialmente las carnes picadas (hamburguesas, albóndigas, pastel de carne, empanadas, salchichas parrilleras, chorizos, arrollados de carne, etc.), asegura la eliminación de STEC. Una adecuada cocción se refiere a respetar intervalos de tiempo y temperatura. Además del consumo de alimentos se debe prestar atención a la ingesta de líquidos. Los líquidos se toman durante o entre las cuatro comidas diarias, desayuno, almuerzo, merienda y cena. Pueden ser agua, infusiones (té, mate), jugos, gaseosa, caldos, etc. El agua que se utilizará, tanto para ingerir como para lavar alimentos, debe ser potable.

La segunda función que cumple la alimentación, placentera/gratificadora, también se torna fundamental. La alimentación, en la vejez, es mucho más que una necesidad corporal. La persona mayor frágil, en especial aquél que tiene un grado de dependencia, sigue el ritmo de las comidas, es decir, que los diferentes horarios durante la jornada no son establecidos por la real cronología del tiempo, sino por los momentos de ingesta. Por lo tanto, estos deben generar placer o gratificación. La planificación, la organización y la generación de un clima adecuado, tanto en el entorno como en lo referente a la

comunicación, el respeto en los tiempos y en las elecciones del adulto mayor favorecen esta función. El cuidador supervisará o asistirá de acuerdo al grado de dependencia del anciano aspirando a mantener la mayor independencia posible.

La formación y capacitación del cuidador de PM aspira a que el mismo adquiera conocimiento y destrezas y que disponga de una tipología de recursos necesarios para el correcto manejo de la alimentación y preparación de alimentos, según la demanda de la persona mayor frágil o con cierto grado de dependencia, teniendo en cuenta la dieta indicada por el profesional y familiares y las características personales y culturales. Acogiendo estos parámetros, puede garantizarse calidad en el servicio a una población vulnerable.

2.5.1.4 Apoyo para la Recreación, Movilidad y Ayudas Técnicas

El hombre ocupa su tiempo en actividades orientadas a responder a sus deseos, intereses y necesidades. Pueden diferenciarse distintas áreas de desempeño ocupacional: tareas básicas que comprenden el cuidado de sí mismo, así como la interacción con el medio, la vida en el hogar y la comunidad, área laboral y de ocio o tiempo libre. Allí es donde la salud y la ocupación se relacionan y cobran sentido. Los procesos de salud/enfermedad se encuentran íntimamente ligados a la capacidad para comprometerse en el desempeño de actividades. La recreación y el esparcimiento, inherentes al área de desempeño

de tiempo libre, son imprescindibles para la salud física y mental de las personas.

Sería insuficiente pensar que las actividades recreativas deben cumplir una función de entretenimiento, pueden propiciar la modificación de conductas, como a aspirar, mediante el aprendizaje, a mejorar la calidad de vida. Se trata del uso de la actividad con intención y propósito. En la PM frágil, el desempeño en las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el desempeño en el área de tiempo libre cobran real importancia y relevancia respecto al área productivo/ laboral.

Algunos de los objetivos de las actividades recreativas en la PM son: evitar el aislamiento y favorecer la interacción social, favorecer la autoestima, la coordinación de aspectos motores, cognitivos y emocionales, la estimulación sensorial, el reconocimiento y aceptación de limitaciones, descubrir potencialidades, mantener o mejorar la autonomía física y social, minimizar y prevenir el deterioro, fomentar la imaginación, evitar el uso excesivo de la televisión, evitar el sedentarismo, entre otros. Todas ellas podrían incluirse en la siguiente clasificación: lúdicas/juego, expresivas, físicas/deportivas, intelectuales/culturales. La selección de las actividades estará determinada por el reconocimiento y respeto por las características personales, costumbres e historia de vida de la persona. Las actividades lúdicas y las actividades intelectuales y/o culturales ponen

en juego funciones cognitivas. Entre ellas, la memoria podría definirse como aquella facultad destinada a registrar, fijar y restituir información. Para poder registrar requerimos de un buen funcionamiento de la actividad sensoperceptiva y de la capacidad de atención. Para poder procesar, necesitamos de nuestras posibilidades intelectuales de organización, juicio y el grado de adquisición anterior, ya que se memoriza de acuerdo con referentes ya establecidos. Al recordar intervienen procesos atencionales, es decir, que incluyen la percepción, búsqueda y selección de los estímulos como la focalización y la inhibición. En el proceso de envejecimiento se van produciendo cambios en el desarrollo del funcionamiento sensoperceptivo y cognitivo que influyen a su vez en la memoria. Las actividades lúdicas e intelectuales permiten estimular las funciones cognitivas. Favorecen la atención y concentración, estimulan la observación, imaginación y la fluidez del lenguaje, estimulan la función de cálculo y operaciones matemáticas, desarrollan la flexibilidad y la deducción lógica. Se debe motivar al adulto mayor para el desempeño de estas actividades, solicitar información y poner en práctica las indicaciones sugeridas por los profesionales. La vejez conlleva cambios corporales. En el adulto mayor los huesos van perdiendo consistencia, agregándose dolencias articulares y posturales (osteoporosis, artritis, artrosis), así como el equilibrio, los músculos y todo el cuerpo se va desgastando, generando

disminución en la capacidad de movimiento y dolor. El conjunto de estas características muchas veces desencadena situaciones de angustia y desánimo, elevando el sedentarismo y la negativa a movilizarse. La falta de equilibrio genera inseguridad y riesgos para la salud del adulto mayor. El apoyo está íntimamente ligado con la seguridad. Debe sugerirse y motivar al adulto mayor para realizar salidas, caminatas, participar en clubes y asociaciones vecinales de fomento en las cuales se proponen actividades físicas y deportivas, evitando los esfuerzos desagradables o con posterior secuelas de dolor.

Algunas actividades, en las PM frágiles, pueden requerir el uso de adaptaciones para favorecer la autonomía. Por ejemplo: engrosamiento del mango de elementos (tijeras, agujas de tejer), confección de un atril para la lectura, dispositivos de succión o ventosas para fijar los materiales a la mesa de trabajo, etc. Se deben reparar y evaluar los posibles riesgos que pueden devenir en el desempeño de la tarea, producto de elementos cortantes, punzantes, elementos abrasivos o tóxicos y poner en práctica estrategias de seguridad para prevenir accidentes y favorecer la salud del adulto mayor. El momento en que se desarrollan las actividades recreativas, generando un buen clima, es ideal para favorecer el establecimiento del vínculo con el adulto mayor y promover la comunicación. La selección y planificación de las tareas, cuando son fuera de su hogar,

debe llevarse a cabo minuciosamente en cuanto a las condiciones y recursos que necesita particularmente el adulto mayor frágil dependiente o semidependiente (sitio donde higienizarse, baño adaptado, pañales, llevar la medicación requerida, etc.), anticipando el tiempo, las posibles barreras arquitectónicas y cómo se llevará a cabo el traslado, tanto para la ida como la vuelta al hogar. La ausencia de éstos puede generar frustración y la consecuente negativa posterior a realizar este tipo de actividades. La correcta organización refuerza la autoestima y la confianza en sí mismo y en el cuidador.

En el caso de PM semidependientes o dependientes, de acuerdo con la afección que padezcan, puede ser necesario el uso de ayudas técnicas.

Éstas pueden definirse según la norma ISO 9999 (UNE EN 29999) como “Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico, utilizado por una persona con diversidad funcional, para aumentar, mantener y mejorar una habilidad. Fabricado especialmente o disponible en el mercado que procura compensar o equiparar oportunidades de tal forma que promueven la independencia en todos los aspectos de la vida diaria de la persona”.

***Clasificación de las ayudas técnicas:**

-Ayudas para el tratamiento y entrenamiento.

- Ortesis y prótesis.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para la movilidad personal.
- Ayudas para las tareas domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para la manipulación de productos y mercancías.
- Ayudas y equipamiento para la mejora del entorno, herramientas y máquinas.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.

Las ayudas técnicas pueden facilitar la interrelación con los demás y con el entorno y deben ser absolutamente imprescindibles. La evaluación debe ser llevada a cabo por el profesional, junto con el adulto mayor y el familiar y/o cuidador. Deben ser sencillas y lo más normalizadas posibles para que no se transformen en un elemento diferenciador del resto de los otros individuos. La clasificación de ayudas técnicas utilizada en el ámbito europeo (ISO 9999) distingue dentro de las mismas -además de las ortesis y prótesis- la ayuda de una tercera persona. Cuando hay un ligero problema de equilibrio, marcha o coordinación, pueden utilizarse como ayudas técnicas bastones, muletas y andadores para facilitar la deambulación. También pueden utilizarse tablas de transferencia, telas deslizantes o discos giratorios para facilitar el pasaje a cualquier superficie

horizontal, favoreciendo así la independencia de movimiento por parte del adulto mayor. Para la movilidad se utiliza como ayuda técnica la silla de ruedas. Las sillas de ruedas existen en modelos variados, según peso o accesorios que presenta (altura del asiento, almohadones especiales, apoya pies, apoya brazos, tipos de ruedas, colocación de las ruedas, tipo de tapizado, etc.). La selección y prescripción de la misma es fundamental para que aporte la mayor cantidad de ventajas posibles, para prevenir gastos de energía innecesarios, proyectar una imagen corporal saludable y vital, alcanzar la máxima independencia funcional, facilitar la movilidad y la plena inserción de la persona en la comunidad. El/la cuidador/a debe solicitar información para la correcta utilización de ayudas técnicas comprendiendo realmente cómo, cuándo y dónde debe utilizarlas, de manera que las mismas se conviertan en un elemento rehabilitador y no favorezcan deformidades o dañen estructuras corporales. (p.106 a 115 y p. 125)

A los fines de este proyecto, tomamos como unidad de análisis a las competencias específicas mencionadas anteriormente debido a que incumben a la TO. Consideramos importante que las mismas sean brindadas en los cursos de formación de CD para generar un marco de referencia en su rol de agentes ejecutores de recursos capacitados para la atención en las actividades de la vida cotidiana de las PM. Las competencias básicas, genéricas y específicas optimizan

el desempeño de los/as cuidadores/as de las PM que brindan sus prestaciones en el campo de la salud gerontológica.

PARTE II ASPECTOS METODOLOGICOS

CAPITULO 1. ASPECTOS METODOLOGICOS

1.1 Enfoque: Se utilizó un enfoque cualitativo con el fin de estudiar la realidad en su contexto natural, intentando obtener una comprensión profunda sobre el perfil de los/as cuidadores/as domiciliarios formales, su inserción laboral, la experiencia laboral y la aplicación de las competencias específicas de desempeño. De este modo, la tarea fundamental del investigador cualitativo es entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, buscando una comprensión holística y profunda del fenómeno de interés. En el mismo, los individuos estudiados y el investigador se involucran en un proceso interactivo, en el que entra en juego la subjetividad e interesa lo que los mismos dicen o expresan (Salgado Lévano, 2007) (Polit & Hungler, 2000). Este tipo de enfoque permite introducirse en diversas formas de entender y conocer las realidades que configuran lo humano, en este caso, la realidad de los/las CD. Su intencionalidad apunta a un esfuerzo por comprender la realidad social visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna.

1.2 Tipo de estudio: *Exploratorio-Descriptivo.*

Según la profundidad del análisis y el alcance de los resultados, se efectuó un estudio *exploratorio*, ya que la presente tesis examina un tema de la realidad poco estudiado, como es conocer el perfil sociodemográfico, la aplicación de las

competencias específicas de desempeño en la posterior inserción laboral, la experiencia laboral, el tipo de PM con la cual trabajan los/las Cuidadores/as Domiciliarios del Programa de Nacional de Cuidados Domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan.B. Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet, posibilitando realizar indagaciones y familiarizarse con este fenómeno; siendo el punto de partida para otros estudios más profundos, ya que permitió identificar tendencias, y descubrir variables.

1.3 Diseño: Es transversal, debido a que se indagó a los sujetos en su ambiente natural, en un sólo momento, en un tiempo único. Se recolectaron datos brindados a través del testimonio y la experiencia de las/os CD, las/os cuales relataron cuestiones de la manera en que aplicaban sus conocimientos.

1.4 Población: Cuidadores/as Formales de entre 20 y 56 años del Programa de Nacional de Cuidados Domiciliarios de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan. B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet, de la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de agosto y septiembre 2017.

1.5 La muestra estuvo constituida por 26 personas, por 2 varones, 24 mujeres entre las se contó con una persona trans, quienes se habían capacitado de cuidadores/as en el Programa Nacional de cuidados domiciliarios de las cohortes

2015-2016 de las sedes del Barrio Juan. B. Justo, del Barrio Parque Camet y del Barrio Estación Camet en la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de agosto y septiembre de 2017.

Unidad de análisis: cada uno de los cuidadores formales del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan, B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet.

1.6 Método de selección de la muestra. Se trató de un muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

1.7 Criterios de inclusión

- ✓ Personas que, con consentimiento informado aceptaron participar en la realización de la investigación.

- ✓ Personas que están o estuvieron en el ejercicio del Rol de Cuidador Formal luego del egreso del Programa de Cuidadores Domiciliarios.

- ✓ CD que pertenezcan a las cohortes 2015- 2016 de las sede del Barrio Juan, B Justo, Barrio Estación Camet y Barrio Parque Camet.

1.8 Criterios de exclusión

- ✓ Personas que no desearon participar en la investigación.
- ✓ Personas que tuvieron dificultad para comprender o responder las preguntas.
- ✓ Pertenecientes a otras sedes de formación.
- ✓ No haber tenido experiencia laboral como cuidador formal luego del egreso del Programa.

1.9 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se aplicaron fueron:

a) *Entrevista en profundidad*: La misma permitió conocer el perfil sociodemográfico de los cuidadores/as domiciliarios del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016, así como también se pudo explorar la inserción laboral de los cuidadores/as domiciliarios, y conocer cómo aplicaron los conocimientos acerca de las competencias específicas brindadas desde TO como: higiene personal, vestido, prevención de caídas, ayudas técnicas y tiempo libre desde su experiencia laboral como cuidadores/as domiciliarios, mediante el guion o guía temática con los temas y subtemas a bordar (Anexo 2) estos contenidos se pudieron corroborar de acuerdo a los objetivos propuestos en este estudio, consistiendo en un encuentro con los cuidadores/ras domiciliarios.

b) Grupo focal: Participaron un grupo de personas, en un espacio de opinión grupal y discusión, en el cual los participantes realizaron comentarios y respondieron a cuestiones relevantes a la investigación.

Es una técnica propia de los estudios cualitativos, de recolección de datos; que se llevó a cabo en un único encuentro con un grupo de CD seleccionadas/os de acuerdo a los criterios referidos con anterioridad. Tal grupo, estuvo constituido por 8 CD, 2 varones y 6 mujeres.

El objetivo fue pragmático, macrosociológico y extra grupo: el grupo interesó como medio de expresión, dando cuenta de su experiencia acerca de las actividades de apoyo de vida cotidiana con la PM en el hogar.

Se realizó con una co-coordinación de las tesis. El desarrollo de las preguntas se realizó de acuerdo al guion (Anexo 3)

1.10 Procedimientos para la recolección de datos

En primer lugar, se obtuvieron los datos de las personas egresadas del Programa de las sedes mencionadas anteriormente. Luego se puso en contacto con los mismos mediante llamadas telefónicas durante las cuales se les hizo una presentación formal de la investigación, en la misma se coordinó un encuentro para la realización de la entrevista (Anexo 1). En éste, se explicaron los objetivos y fundamentos del trabajo, y se entregó un consentimiento informado (Anexo 2) a cada una de las personas, quienes a través de su firma manifestaron la aprobación de su participación en la investigación (que fue redactado conforme

con la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales y de acuerdo con los “Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades” elaborado por el Comité de Ética-CONICET (2857-06) siguiendo la Ley de protección de datos y Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial) (Asociación Médica Mundial, 2008). Se comenzó con el pedido de datos de carácter socio-demográficos (edad, sexo, nacionalidad, estado civil y nivel educativo), y luego se procedió a indagar sobre el empleo de las competencias adquiridas en el programa y su aplicación en el ejercicio del rol.

Las respuestas fueron grabadas, previa autorización de los/las participantes, y luego transcritas literalmente para su análisis. La duración de las entrevistas fue de 1 hora aproximadamente.

En segundo lugar, se realizó el grupo focal para el cual se convocó 8 CD, el mismo estuvo constituido por 2 varones y 6 mujeres, se llevó a cabo en Alito Restaurant, cuya intención fue dar lugar a la expresión y compartir pensamientos y opiniones. Una de las características principales fue la posibilidad de tener un carácter colectivo.

Se dice que es focal, porque se centró en el abordaje de un reducido número de tópicos, en este caso de acuerdo a tres ejes: búsqueda de empleo, situación laboral actual y formación.

La entrevista focal tuvo la característica de ser en profundidad, la misma se fue enriqueciendo y reorientando a lo largo de todo su proceso.

La situación de grupo favoreció a que las respuestas o intervenciones surgieran como reacción a las respuestas o intervenciones de otros miembros que

se hicieron presentes en la reunión. Se habla así del “efecto de sinergia”, provocado por el propio escenario grupal y que resulta de la producción de información, o “efecto audiencia”, donde cada participante es estimulado por la presencia de los otros. (Valles, 1997).

La función de las investigadoras fue externa durante todo el proceso, guiando el encuentro, dando la palabra o trayendo la conversación hacia la temática en cuestión cuando había dispersión o resultaba necesario, ejerciendo las funciones de coordinador y co-coordinador cada una de ellas.

Las participantes fueron recibidas con una merienda, se dispusieron en ronda alrededor de una mesa, círculo dentro del cual participaron también las tesis, la directora y la codirectora. A medida que iban llegando, se las fue identificando con una tarjeta con su nombre.

Luego fueron presentadas las tesis, la directora y la co-directora, así como el tema y objetivo de estudio de la tesis, y la dinámica general del encuentro en cuestión, invitando a cada una de ellas a presentarse.

Se estableció una pregunta inicial, que sirvió como disparador comenzando de ese modo la actividad; teniendo como fin la búsqueda de la información.

En el grupos focal se utilizó un guion (Anexo 3) que contenía los temas principales (Perfil sociodemográfico y Competencias de CD) y subtemas que se cubrieron de acuerdo a los objetivos de la investigación. El mismo se utilizó a modo de esquema, con los puntos a tratar, pero no se consideró cerrado, por el contrario vario o se modificó a los largo de la reunión. El grupo focal tuvo una duración de 1 hora y 30 minutos aproximadamente.

El encuentro finalizó en una fase de conclusiones, brindándoles información acerca del *Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios*, explicándoles cómo ingresar a la plataforma del mismo, se agradece la presencia, dejando abierta la posibilidad de una nueva convocatoria para dar a conocer los resultados alcanzados.

1.11 Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis cualitativo de los datos obtenidos, a partir de la entrevista y de la ejecución del grupo focal.

El objetivo del mismo se centró en generar una síntesis a partir de las narraciones efectuadas por los/las CD, acerca del perfil sociodemográfico, la inserción laboral y las competencias de desempeño. Se determinaron ejes de análisis, de acuerdo a los temas y subtemas abordados.

A partir de los testimonios recogidos, se elaboraron categorías, con el fin de explicar situaciones, hechos y acontecimientos relatados por los/las participantes.

Finalmente se efectuó un análisis comparativo de los resultados, según los testimonios correspondientes.

A continuación presenta el análisis de la investigación acerca del perfil y competencias de desempeño de los/las CD que egresaron del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Los datos obtenidos fueron analizados en 5 ejes. El primer eje, el perfil sociodemográfico de las/los CD. El segundo eje presenta la información alcanzada de situación laboral, el tercer eje trayectoria laboral, el

cuarto eje, consideraciones acerca de la profesión. Finalmente en el quinto eje, se presenta un análisis del grupo focal realizado con los/las CD abordando diferentes temáticas.

1. Eje Análisis del Perfil Sociodemográfico de los CD

Los CD, tras la entrevista en profundidad, fueron consultados con respecto a sus datos sociodemográficos, a continuación se presenta la información más relevante conseguida.

El perfil de las 26 CD de nuestra muestra se presenta en cuestión de género con 2 varones, 24 mujeres entre las que contamos con una persona trans, con respecto al estado civil de todas esas personas hay 7 separadas, 10 solteras y 8 casadas, la mayoría tienen hijos y son de nacionalidad argentina, a excepción de una CD de nacionalidad Peruana y otra Ucraniana. La edad de los CD se encuentra entre los 20 y los 56 años, siendo el promedio de 40 años de edad, realizaron la capacitación entre el 2015-2016. En gran parte completaron sus estudios secundarios.

Cuadro 1. Estado civil de las/los CD

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CD
Soltera/o	10
Casada/o	8
Separada/o o Divorciada/o	7
Viuda/o	1
Total	26

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 2. Nivel de educación alcanzada por las/los CD

NIVEL EDUCACIONAL	NUMERO DE CD
Primaria Completa	3
Primaria Incompleta	1
Secundaria Completa	15
Secundaria Incompleta	1
Estudios Terciarios	1
Estudios Universitarios	5
Incompletos	
Total	26

Fuente: Elaboración Propia

El ingreso que perciben por su trabajo de cuidadoras/es se puede considerar como insuficiente para cubrir los gastos del núcleo familiar. El ingreso de las cuidadoras que se encuentran en pareja completa el salario del marido, más elevado que el suyo, sin embargo 14 son jefas de hogar, viven solas con los hijos y completan este ingreso con diversas fuentes como planes, AUH (Asignación Universal por Hijo), ayudas familiares, participación económica (inestable cuando la hay) del padre de los hijos.

Están en contacto con las instituciones de capacitación donde se formaron, que funcionan de intermediarias entre personas en busca de CD y las trabajadoras/es, a la vez que mantienen para estas/os últimas/os cierta función de contención. Como así también algunas de los/las CD forman parte de grupos en

redes sociales donde comparten solicitudes de puestos de trabajo a cubrir (como por ejemplo alguna guardia en domicilio o en alguna institución).

2. Eje Análisis de la Dimensión de la Situación Laboral Actual

2.1 Subeje Situación laboral actual

Uno de los temas abordados era conocer la situación laboral al momento de la entrevista. Gran parte de las personas se desempeñaban como CD formal en domicilio de PM, mientras que dentro de este grupo había dos CD que trabajaban con personas con discapacidad, el resto de las/os cuidadoras/res trabajaban en institución geriátrica. Solamente dos entrevistadas realizan otras ocupaciones. Otras dos personas no trabajan, una por no encontrar empleo según refirió y la otra por enfermedad personal.

Si trabaja:

“Trabajo como cuidadora domiciliaria hace 8 meses, en diferentes domicilios por medio de la empresa”. (CD Mujer, 38 años)

“Ahora estoy trabajando con una persona que tiene una discapacidad”. (CD Mujer, 34 años).

“En la actualidad estoy en un geriátrico, 8hs con un franco”. (CD Mujer, 20 años.)

No trabaja:

“La última vez que trabaje fue en febrero en un geriátrico acá cerca haciendo una suplencia de dos semanas y antes en otro que esta por Ingenieros”.
(CD Mujer, 39 años).

A través del análisis de los testimonios se pudo observar que la mayoría trabajan como Cuidadoras/es Domiciliarios Formales dando cuenta de la demanda creciente del sector.

Observamos que lograron ingresar en el mercado formal consiguiendo una cobertura médica, y aportes jubilatorios desde un paradigma de derechos.

2.2. Subeje Decisión de Trabajar como CD

Dentro de los de los discursos de los entrevistados se reconocen básicamente dos motivaciones para asumir la tarea del cuidado: el agrado y la demanda laboral.

Agrado: decisión propia por la necesidad del cuidado del otro, gran parte de los testimonios.

“Porque me gusta, me gusta ayudar y mis hijos ya crecieron y surgió un día un trabajo para cuidar a una señora, y necesitaba personas de confianza y yo me ofrecí.” (CD Mujer, 56 años)

“El cuidado me gusta y se fue dando lo de paliativos, empecé con un doctor que estaba enfermo de ELA, cuando empecé él no estaba mal, entonces me enseñó muchas cosas para su posterior cuidado, así que lo cuide hasta que falleció y a raíz de eso se dio que la empresa me puso para otro paciente terminal

y así fue que me van dando pacientes en ese estado, y a mí me gusta” (CD Mujer, 55 años.)

“Porque me gustó, es lindo trabajo, hay que tener vocación para el cuidado de los mayores”: (CD Varón, 36 años).

Demanda laboral: Algunas personas realizan la labor de cuidado de PM por necesidad laboral. Debido a la existente demanda de cuidados en la vejez, en la ciudad de Mar del Plata en el 2010 según INDEC el porcentaje de mayores de 60 años y más representaba el 19,2 %. En esta población hay posibilidad de poseer afecciones crónicas, por lo cual puede necesitar de apoyo externo para resolver los problemas relacionados con las actividades diarias.

‘Arranqué en esto por necesidad económica, me había separado, estaba sola y necesitaba trabajar y después me gusto”. (CD Mujer, 37 años.)

“Por necesidad pero me gusta”. (CD Mujer, 39 años).

2.3 Subeje Elección de otra Profesión

Dentro de las narraciones se pueden apreciar dos distinciones, los que continuarían trabajando como CD por la satisfacción y/o el agrado de realizar la tarea, y pocos elegirían tener otra ocupación. Se puede visualizar que la misma estaría relacionada con las áreas de la Salud (enfermería, instrumentadora quirúrgica y mesoterapeuta).

Sí tendrían otra profesión: pocos casos optarían por otra labor.

“Me gustaría estudiar enfermería”. (CD Mujer, 20 años.)

“Si, tengo otra profesión, soy masajista”. (CD Mujer, 37 años).

No tendrían otra profesión: gran parte de las expresiones refieren que continuarían con el rol del cuidador/a.

“Si, me gusta poder brindarles a las personas un cuidado digno en el último tiempo de vida”. (CD Mujer, 55 años)

“Me encanta este trabajo, me gusta cuidar a la persona sobre todo a los adultos mayores, yo fui comerciante toda mi vida pero como que hoy hago lo que me gusta porque con el dinero que te pangan como cuidadora no podrías mantener una casa nunca”. (CD Mujer, 42 años.)

2.4 Subeje Valoración Social

Las expresiones de los entrevistados/ as coinciden en que no se encuentran bien valorados ni económica ni socialmente, tanto por la familias/empleadores ni por la comunidad en general. Solamente un testimonio refirió sentirse valorado y únicamente uno afirmó sentirse más o menos valorado.

No valorados socialmente:

“Nunca... nunca... creo que no... no... no. Siempre te tiran un poco a bajo y no se dan cuenta, todo lo que implica cuidar a una persona incluso a veces los familiares, no la persona. “Ya que estas hace otro cosita, ya que estas sentada, no te limpias” así te dicen los familiares. No valoran que ellos (los familiares)

pueden hacer su vida porque hay alguien acompañando a su mamá”. (CD Mujer, 49 años.)

“La profesión para nada está bien valorada”. (CD Mujer, 42 años.)

“No está valorada ni social ni económicamente, muchas veces las familias no saben cuál es nuestro rol”. (CD Mujer, 38 años.)

Sí valorado socialmente

“Sí, en mi caso sí, tanto económicamente como socialmente”. (CD Varón, 46 años.)

Más o menos valorada socialmente:

“Más o menos” (CD Mujer, 33 años).

A través de las diferentes respuestas hemos podido encontrar que la valoración del cuidado es fundamental, marca la visualización de la sociedad. Para que esto suceda se deben dar tres acciones según Pérez Orosco (2011):

- Redistribución
- Revalorización
- Reformularización de los cuidados.

La primera significa contribuir a una responsabilidad colectiva en torno a los cuidados, y por lo tanto, lograr el acceso universal a cuidados dignos. La revalorización implica dignificar los cuidados como trabajo y reconocerlos como una dimensión esencial del bienestar. Reformular remite a desnudar los cuidados de su asociación con la feminidad y la familia exclusivamente. Estos tres

elementos son dependientes. Redistribuir sin revalorizar será imposible y viceversa. Mientras cuidar no este valorado, solo lo hará quien menos capacidad de elección tenga, quien no cuida no puede valorar el cuidado porque seguirá naturalizándolos. (Pérez Orosco, Amaia, 2011)

3. Eje Análisis de la Dimensión de la Trayectoria Laboral

3. 1 Subeje Trayectoria Laboral

En las narraciones de los / las cuidadores /as encontramos que han ejercido profesiones variadas. Las mencionadas fueron, en gran parte, *empleadas doméstica, cuidadoras informales y empleados/as de comercio*. Mientras que *otros/as aludieron tareas* como la del pescado, el campo, estética corporal, frigorífico, seguridad y trabajos de la nocturnidad. El programa generó posibilidades educativas y oportunidades laborales para grupos de la sociedad excluidos del mercado de trabajo, favoreciendo la inclusión social.

“Antes de estudiar Cuidados domiciliarios me dedicaba a la atención al público en local de ropa y almacén” (CD Mujer, 38 años).

“En fábrica de pescado, cuidado formal en España”. (CD Mujer, 49 años).

“Antes de hacer el curso cuidé a una señora que tuvo un acv, fui empleada doméstica, en mi país trabajé 8 años en un laboratorio de fármacos”. (CD Mujer, 34 años).

3.2 Subeje Relación entre Trayectoria Laboral y el Cuidado

Mediante el análisis pudimos descubrir que entre los diferentes discursos de los entrevistados/as la mitad de los mismos habían tenido actividades anteriores relacionadas con el cuidado.

Trayectoria laboral relacionada con el cuidado

“Empecé por necesidad cuidando a mi tía, me pagaban por hacerlo y después dejé ahí, y cuando mi prima consiguió trabajo, por una conocida de su empleadora me sugirió para otro familiar, ya hace 5 años, después me enteré del curso, lo hice junto a mi prima”. (CD Mujer, 56 años.)

“Desde que ayudé con el cuidado de mi abuelo, me gustó la tarea, también fue con lo que empecé a trabajar, por necesidad”. (CD Mujer, 46 años.)

“Más lo hice por cariño a la persona, era mi vecina, la veía sola. La empecé a cuidar hasta que ella me dijo si quería trabajarle y lo acepté pero más lo hice por una cuestión personal, yo la veía sola”. (CD Mujer, 39 años.)

Trayectoria laboral no relacionada con el cuidado

“De seguridad, en el campo y empresa de limpieza”. (CD Varón, 36 años.)

“Por mi condición sexual y por necesidad, realicé trabajos en la nocturnidad”. (CD Mujer, 40 años.)

“Trabajé en locales de ropa, tuve mi negocio (un kiosco)”. (CD Mujer, 55 años.)

3.3 Subeje Motivos por los que se han dedicado al Cuidado de Manera Profesionalizada

De acuerdo a las características de los discursos emitidos por nuestros/as entrevistados/as, podemos afirmar que realizan la actividad de cuidado de forma profesional por dos motivos, en mayor medida, es el agrado por la tarea y el otro es por necesidad económica y laboral. Este último puede ser compensado por el hecho de que cada vez más se necesita de personas formadas para poder acompañar a la creciente población envejeciente. Ambos motivos se entremezclan.

Agrado: la mayoría de los testimonios concuerdan en que sus acciones son tendientes al bienestar del otro, al cuidado, a la ayuda, al acompañamiento y a brindar una mejor calidad de vida.

“Entré en este mundo, me gustó, descubrí que me gustaba aunque aquí hay muchos prejuicios todavía. Te dicen “cuidas a viejos!!” esa palabra no me gusta, me cae mal. “Todos necesitamos, todos vamos a llegar” siempre les contesto. Todos necesitamos que nos cuiden y nos acompañen, no que seas mayor quiere decir que te abandonen, prefiero que me cuide una cuidadora y nunca un geriátrico”. (CD Mujer, 49 años).

“Me gusta cuidar y dar buena calidad de vida porque pienso en mi vejez y en cómo me gustaría envejecer en mi casa y bien cuidada”. (CD Mujer, 56 años.)

“Porque lo siento, me gusta cuidar a las personas y ayudarlas”. (CD Mujer ,20 años.)

Necesidad económica: Algunas narraciones aluden a una buena salida laboral, a una herramienta de ingreso económico.

“Me gusta, es un laburo lindo y la vamos piloteando. Tener un laburo ahora como están las cosas también es importante”. (CD Varón, 36 años).

“Bueno, es una herramienta más para mí. Estoy tratando de que sea eso, mi herramienta de ingreso económico”. (CD Mujer, 34 años).

4. Eje Análisis de la Dimensión acerca de las Consideraciones de la Profesión.

4.1. Subeje Descripción del Trabajo en Materia de Cuidados

Según el total de narraciones se puede hallar que las funciones más mencionadas fueron aseo, alimentación, apoyo psicológico, arreglo personal y luego siguieron actividades recreativas y suministro de medicación.

4.2. Subeje Tiempo de Dedicación de la Jornada Laboral

Los/las CD trabajaban todos los días con un franco semanal. La mitad de los/ as entrevistados/ as se ocupaban de su labor profesional *entre 4 a 6 horas diarias* y la otra mitad *entre 8 a 12 horas diarias*. Todos trabajan con retiro, es decir, cumplen su jornada laboral y se retiran a su domicilio.

4.3. Subeje Formas de contratación

La mayoría, dentro del grupo que trabaja como cuidador/a en domicilio por medio de agencias que proveen atención domiciliaria, están como monotributistas, pocos/as “en negro”, es decir, tipo de contratación informal, con beneficios como vacaciones y aguinaldo. De los/las que trabajan en instituciones geriátricas, la mayoría está en condiciones informales con beneficios como aguinaldo y vacaciones, las/los CD dicen que trabajan “*en gris*” porque poseen los beneficios de un empleo formal pero sin esa condición de regularidad y únicamente dos CD están contratadas de manera formal, lo que se dice comúnmente “*trabajan en blanco*”.

“8hs de trabajo con un franco semanal, soy monotributista, trabajo de 14 a 22hs, tengo en el piso 27 PM, somos 4 cuidadores por piso, yo tengo 4 pacientes fijos. Tengo compañeras que no han realizado el curso y se nota en el trato hacia los PM, ellas son como “más brutas”, no comprenden que tienen derechos los PM, o no los dejan elegir, no les preguntan, en cambio yo como esas cosas las vi en el curso, les pregunto qué les gusta”. (CD Mujer, 24 años)

“Trabajo a la mañana de 8 a 14hs con la señora de 58 años de lunes a viernes y con la otra los domingos de 21 a 7am, en los dos hogares estoy en negro pero me pagan aguinaldo y me tomo 10 días de vacaciones, me considero bien paga, me cuidan.” (CD Mujer, 51 años)

“Lunes franco, viernes de 22hspm a 7hs am y un día doble turno de 15pm a 7 am”. (CD Varón, 36 años)

Se puede analizar, a partir de los datos, que los/ las CD realizan sus funciones de aseo, alimentación, contención emocional, arreglo personal, recreativas y el suministro de la medicación dentro de una jornada laboral de promedio 6hs diarias, con diversos tipos de contratación. Para las PM estos cuidados implican poder subsistir, aliviar sus dolencias y tener una vida digna. Dado que presentan diversas limitaciones y necesitan de la ayuda de otro para alcanzarla.

El tiempo de dedicación al trabajo es adecuado debido a que poseen periodos de descanso, lo que les permitiría a los /las CD mantener una salud óptima.

4.4. Subeje El rol de los cuidadores formales a nivel general

Las opciones más elegidas entre los testimonios fueron acompañamiento, asistencia y prevención y algunos testimonias refirieron los de promoción y educación. Solo dos agregaron otra opción que fue la de contención.

“Acompañamiento y asistencia”. (CD Mujer, 39 años)

“Prevención, promoción, educación, asistencia y acompañamiento” y

“contención” (CD Mujer, 33 años).

‘Acompañamiento, asistencia y prevención’ (CD Mujer, 33 años)

Se pude corroborar con las narraciones de los/ las cuidadores/as que la función central para ellos/as consiste en acompañar y apoyar a las personas mayores en la realización de las actividades de la vida diaria, colaborando en lo que sea necesario, además de tener acciones preventivas. Siempre preservando al máximo la autonomía, con el propósito de que las personas mayores envejecan en sus casas y así evitar, por el mayor tiempo posible, la institucionalización en una residencia de larga estadía.

4.5. Subeje Competencias de Desempeño

Cuando se indagó a los/as CD acerca de las ocupaciones cotidianas pertenecientes a la realización de AVD (comer, vestirse, acotarse, bañarse, levantarse de la cama e ir al baño) e IADL (preparar comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse de lugares más allá q puedan recorrer a pie, ir de compras, gestionar asuntos de dinero y utilizar teléfonos o internet) y la recreación y ayudas técnicas, se desprendieron las siguientes categorías:

Supervisa e interviene medianamente en partes de las actividades de AVD Y AIVD.

- Incentiva a que la PM realice el baño.
- Pregunta y muestra, el CD a la PM las prendas para ser seleccionadas para colocarse.
- Vestido: ayuda en partes (supervisa el momento de la tarea).

- Baño: el CD prepara los elementos de baño y realiza partes que la PM no puede ejecutar.
- Colaboran las personas mayores en la preparación de los alimentos.
- El/la CD colabora en partes de la preparación del alimento.
- CD realiza junto con la persona las compras o sólo.

La mayoría de los/las cuidadores/as se ubica en esta categoría, el perfil de la persona mayor es lo que amerita menor/mayor intervención. Los/las cuidadores/as posibilitan que las PM ejecuten de manera independiente la mayor cantidad de actividades de acuerdo a la capacidad funcional que presentan.

“En el aseo solo lo asisto, el señor tiene total autonomía e independencia, elige la ropa bien, se viste solo, yo superviso únicamente, se baña todos los días cuando se levanta” (CD Mujer, 56 años).

“La paciente colabora con la higiene de tronco y MMSS y yo hago la de MMII y cabeza” (CD Mujer, 38 años).

“Le preparo todo, ella se baña sola.” (CD Mujer, 33 años).

“Ella me dice que es lo que quiere ponerse y yo la ayuda a vestirse” (CD Mujer, 37 años).

“Ella quedo muy depresiva después de fallecer su marido. Me ayudaba a picar la cebolla, pelar las papas. Era independiente.” (CD Mujer, 34 años).

Lo que se pudo observar es que las PM realizan en mayor parte las actividades de la vida diaria de manera independiente o semi-dependiente, en ocasiones motivados y supervisados por los/las CD.

Interviene en mayor medida en las actividades, y supervisa partes de la actividad de AVD realizadas por la persona mayor.

- Pregunta y muestra, el CD a la PM las prendas para ser seleccionadas.
- Vestido: el CD lo viste.
- Baño: CD realiza el aseo completo.
- Los CD le hacen la comida e higienizan utensilios.
- Las PM comen solos alimentos previamente cortados.
- Los/las CD realizan las IADL.

“Le preparaba todo, le calentaba el baño para que cuando se despertara de la siesta la bañara” (CD Mujer, 49 años)

“ella se pone las medias, la ropa interior yo la ayudo con el corpiño por supuesto por que no puede”. (CD Mujer, 47 años)

“hago las compras, preparo la comida, lo que ella quiera comer” (CD Mujer, 41 años)

“Algunos tienen bomba para la alimentación” (CD Mujer, 55 años)

Dentro de este grupo pudimos constatar que los/las CD asisten en mayor medida en las AVD, sobre todo el aseo y la higiene personal.

Apoyo para la recreación y ayudas técnicas, con respecto a esta actividad tan importante dentro de las áreas ocupacionales, lo que se pudo observar es que cada cuidador/a propone diversas tareas que dependen de los gustos, características personales, costumbres, e historia de vida de la persona mayor, entre las que mencionan, se encuentran actividades como la jardinería, lectura de libros, paseo, caminatas, juego de cartas, escuchar música, cantar, pintar. Sin embargo la recreación no es tomada en cuenta por las/ los CD como una actividad importante en lo cotidiano, ni forman parte de la rutina, siendo que algunos de los objetivos de las actividades recreativas en la PM son: favorecer la interacción social, favorecer la autoestima, minimizar y prevenir el deterioro, evitar el uso excesivo de la televisión, evitar el sedentarismo, entre otros.

“Tiene muchas plantas, le gustan las plantas, las cuida poco.... pero como al estar sola está un poco depresiva, yo la incentivo a que vaya afuera, al sol... Yo le propuse a la hija que la lleve a un centro de jubilados, pero no me llevó el apunte, a cuatro cuadras de ahí, así que voy a tener que ponerme firme y decirle a la hija que hoy miércoles hay un taller de memoria y un taller de folklore” (CD Mujer, 47 años).

*‘A veces, cuando vamos al médico, aprovechamos para ir a tomar un café’
(CD Mujer, 51 años)*

En cuanto a las **Ayudas Técnicas** para la movilidad personal: mencionaron los/as CD: andador, trípode, bastón y silla de ruedas. Los/las CD tienen en cuenta

de las diferentes maniobras de pasaje dependiendo del perfil de PM a la que cuidan. Luego se pudo apreciar que la mayoría conoce adaptaciones ya sea para la alimentación, baño, como para los ambientes. La selección de las mismas es fundamental para que aporte la mayor cantidad de ventajas posibles y alcanzar la máxima independencia funcional. Se pudo comprobar que los/las CD obtuvieron, durante el curso, la información necesaria para la correcta utilización de estas.

“Utilizo la maniobra de levantarse de la cama, primero bajan las piernas después se sienta ella y de ahí se levanta” (CD Mujer, 34 años).

“La estoy animando a salir del domicilio a dar una vuelta, la PM utiliza andador para distancias cortas y silla de ruedas para más trayecto, por ahora no quiere salir con ninguno de los dos elementos, me dice q por el frio pero yo creo q es porque tiene miedo de caer” (CD Mujer, 38 años).

El cuidado es una de las categorías fundamentales del análisis que desarrollamos en esta investigación, de acuerdo a las características de los discursos emitidos por nuestros entrevistados/as podemos afirmar que las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales (alimentación, aseo, apoyo para el vestido, preparación de alimentos, recreación) son supervisados y/o realizados en mayor parte por los/las CD, quienes poseen la información para la correcta utilización de las ayudas técnicas, comprenden cómo, cuándo y dónde utilizarlas. Aunque se puede apreciar que es necesaria una capacitación en esta área para brindarles mayor conocimientos.

Análisis del Grupo Focal

5. Eje Perfil y Competencias de los/as CD

Se llevó a cabo un análisis de la ejecución del grupo focal. El objetivo del mismo se centró en generar una aproximación a partir de las narraciones efectuadas por los/las CD, acerca del perfil de la PM con quienes trabajan, la inserción laboral, conocimiento de los familiares de la PM con respecto al rol de CD, selección de horarios laborales y las competencias de desempeño que llevan a cabo diariamente en la jornada laboral. El grupo focal estuvo conformado por 8 CD, 2 varones y 6 mujeres; la mayoría trabaja en la actualidad de CD, a excepción de una participante que se desempeña como telefonista para el servicio SAME de la ciudad de Mar del Plata.

Se determinaron ejes de análisis, de acuerdo a los temas y subtemas abordados.

A partir de los testimonios recogidos, se elaboraron categorías, con el fin de explicar situaciones, hechos y acontecimientos relatados por los/las participantes.

Finalmente se efectuó un análisis comparativo de los resultados, según los testimonios correspondientes.

5.1 Subeje Búsqueda de Empleo

De acuerdo con los datos analizados, se obtuvieron las siguientes opciones; algunos registro en cooperativa de CD, otras personas repartieron folletería para darse a conocer, otros fueron seleccionados durante la práctica

profesional, una situación única de entrega de CV a empresas de cuidados domiciliarios, algunos por recomendación, y por otras causas.

“El año pasado por sugerencia, me dijeron mira que hay pocos hombres que se dediquen a esto hay algunos pacientes que son pesados tanto hombres como mujeres, y muchas mujeres y pocos hombres. Me sugirieron una cooperativa de cuidadores donde ahora pertenezco, y me anote. En ese momento cuando yo me anote eran 120 mujeres y 8 varones. Llevó un par de meses de espera pero hoy estoy en tres domicilios distintos”. (CD Varón, 36 años).

“Hice folletos con un grupo de chicas y empecemos a repartir. Se fue dando”. (CD Mujer, 47 años.)

“Es largo y corto a la vez, empecé el curso y a los tres días ya empecé a trabajar. No presente curriculum en ningún lado hasta hora. Por una compañera, le dije que estaba sin trabajo y que había empezado el curso. Ella le habla a una señora que era enfermera, y de ahí nomás entre en un geriátrico”. (CD Mujer, 52 años)

“En el caso mío y de otra compañera más, entramos a trabajar mientras estábamos haciendo las prácticas, que fue el único lugar donde podíamos hacer las prácticas. Porque en realidad fue así, las instituciones de la ciudad de Mar del Plata, no permitían por así decirlo entre comillas, que personas de la diversidad de género, pudieran realizar las prácticas en las instituciones. Ahora se autogestionó, hay un avance por medio de un decreto y las leyes que nos protegen, porque obviamente como cualquier persona podíamos estar a la altura de un trabajo y

poder responder en la práctica. Mar del Plata tiene una plaza bastante abarcativa con respecto a la asistencia en gerontología o geriatría como se le dice, hacia el adulto mayor y una sola institución nos permitía poder realizar las prácticas. Y la verdad que era triste. 5 fuimos las que nos recibimos. Había un límite para que pudieran a ingresar compañeras a hacer el curso porque bueno, no todas, estaban preparadas, capacitadas o tenían herramientas para poder volcarlo en la parte laboral. Era prescindible el conocimiento o tener estudios básicos, y la mayoría no cuenta con los conocimientos de estudios. A la mayoría les daba cosa, adquirir esta herramienta y después saber que hoy por hoy lo podían tener como una herramienta para poder defenderse en la vida". (CD Mujer, 40 años).

Dificultad de en la búsqueda de empleo

Solo un CD manifestó haber tenido problemas en la búsqueda de trabajo, sin embargo luego de unos meses lo consiguió.

"A mí me costó un poquito tiempo conseguir, llevaba curriculum para todos lados, y no me salía nada de laburo. Hasta que llegué a Dar Salud, donde estoy ahora. Dejé mi curriculum y al otro día me llamaron para trabajar". (CD Varón, 36 años.)

5.2 Subeje Situación laboral actual

A través de las narraciones pudimos constatar que gran parte de los/as se desempeñaban como cuidadores/as de PM, solo una CD trabajaba con una

persona de alrededor de 35 años con patología funcional, y otra al momento del grupo focal se desempeñaba en otra actividad (atención telefónica de SAME).

Trabajan como CD

“estoy en paliativos terminales. Hace un año y seis meses que estoy trabajando en esto”. (CD Mujer; 55 años).

Trabaja en otra ocupación

“Fueron oportunidades que se me fueron dando, en las prácticas de cuidadora quedé trabajando en el hogar Ipanema, fui jefa de piso, y por mis conocimientos, que pude adquirir gracias al curso y otras cosas que estudié, concursé para este puesto en el SAME” (CD Mujer, 40 años).

5.3 Subeje Perfil de la Persona Mayor con la cual trabajan los/as CD.

Mediante los testimonios se pudo obtener que las características que presentaba la mayoría de las PM era déficit motor, mientras que en algunos era déficit cognitivo.

Déficit Motor

“Es su vía motora mecánica, no puede caminar. Tiene 88 años. Está pasando por un duelo”. (CD Mujer, 41 años).

“Es persona que no tiene movilidad, solamente mueve un brazo. Cambio pañales, lo pongo en la silla de ruedas. Apunte a la parte de movilidad. No todos

los pacientes los tengo que movilizar. Hay personas que viven solas que me necesitan más de compañía o alguien que le cocine, que le charle sino lo que hacen no lo comen y se echan al abandono". (CD Varón, 36 años)

'Ahora estoy en un domicilio de noche con un paciente de HIV y en otro con un paciente que tiene ACV". (CD Mujer, 55 años).

Déficit cognitivo

"Trabajo con ella de martes a sábado tiene 84 años, tiene un Alzheimer incipiente". (CD Mujer, 53 años)

5.4 Subeje Percepción de los/las CD acerca de los contenidos aplicados.

Dentro de los diferentes discursos podemos darnos cuenta que emergieron como opciones, en la mayoría, "**todos los contenidos**" salvo una CD que destacó el concepto de distancia óptima como el que más importancia tuvo para ella y que le parece que es el más importante a aplicar en la labor cotidiana.

Aplicación de Todos los contenidos

"Todos, los movimientos, como rotar a una persona, la forma de higienizar a la persona, el tema de como se le da la medicación, por qué motivo se le da, a qué horario se le da hay que anotarlos en un reporte. Todas esas cosas nos sirvió,

a parte estábamos bien enseñados teníamos a una buena profesora”. (CD Varón; 36 años).

“Creo q todas las herramientas forman parte del cuidado de la PM, algunas se utilizan más, dependiendo de la patología del AM y como uno puede desenvolverse ante las problemáticas que pueden surgir. No es lo mismo uno que tiene movilidad a uno que no la tiene, o que tenga rigidez, una persona con demencia, son distintas situaciones, uno tiene que tratar de asistir de la mejor manera posible. No es lo mismo aquel que usa chata, papagayo, que va al baño solo, que usa pañales, o aquel que necesita una transferencia de la silla al inodoro, también la organización de la medicación, el horario en el que uno lo cuida, también están los que consumen procesado y los que consumen solido o aquel que necesita un plan nutricional armado por un profesional”. (CD Mujer, 40 años).

Concepto de distancia optima

“Cuando se trató el tema de la “distancia óptima” (todos asienten), fue muy interesante. A mí me sirvió mucho, Porque a uno lo pone en perspectiva de cómo tiene que hacer las cosas y entonces se puede asumir la responsabilidad como corresponde para poder trabajar tranquilo con el adulto mayor, eso me pareció fundamental”. (CD Mujer, 53 años).

5.5 Subeje Temáticas para agregar al curso

En las narrativas de los/las cuidadores/as un aspecto concebido como importante fue la relación con la familia de la persona que cuidaban.

Trato con la familia

“No sé, el trato a la familia, que siempre es lo más complicado”. (CD Varón, 36 años).

“La familia a veces juega a favor, a veces en contra... ahí creo q la distancia optima se pone con la familia. Porque si bien uno tiene corazón, se encariña con la persona que asiste pero a veces la familia no logra entender esto de que nosotras cumplimos una función, un trabajo, prevenimos, a pesar de que no somos enfermeras, hay cosas que se pueden prevenir... apalear, se le puede buscar la vuelta, y a veces la familia confunde esto, creen que estas y tenés que si o si salvaguardar esa responsabilidad q tenés”. (CD Mujer, 40 años).

5.6 Subeje Conocimiento del Rol de CD por parte de la Familia.

En los discursos podemos denotar que surgieron dos elecciones, la mayoría concordó que la familia desconoce el rol. Mientras que algunos pocos refirieron la existencia entre ellos y la familia de un intermediario, como es la cooperativa o la agencia prestadora de servicios de salud, quienes ya dan a conocer previamente a la familia la función del CD.

Los familiares No conocen el rol.

“Los q tenemos particulares, la familia piensa q estas para limpiar, no está claro, no entienden o no quieren entender”. (CD Mujer, 41 años).

“En mi caso, yo de favor, cuando llegaba barría la entrada y sacaba la basura, por x motivos lo deje de hacer, entonces un día el marido de la señora me pregunta por qué no lo estaba haciendo y le respondí q era muy temprano para andar abriendo a puerta de entrada y que además tenía q dejar sola a la paciente, a lo q el señor responde de que eso era trabajo mío, yo le digo q no, y el señor me dice que “la vida tiene vueltas”, como queriéndome decir que me iba a hacer echar”. (CD Varón, 36 años)

Intermediario facilitador del conocimiento del rol

“En el caso nuestro, me atrevería a decir, el tema es que la conexión nuestra con la familia es a través de la cooperativa, esta cooperativa tiene pautas, hay una entrevista, hay una visita al domicilio para conocer a la PM, a la familia, para conocer el perfil del adulto mayor, entonces eso allana mucho ese tema y se puede conectar desde otro lugar con el adulto y la familia, Porque hay una gran ayuda de parte de la organización”. (CD Mujer, 53 años).

“Hay algo que se llama acuerdo de partes, donde esta detallado qué función tenemos y cuáles no, ahí está clarísimo. Porque sos cuidador, no empleado doméstico. Esas reglas de juego tan claras facilitan mucho la tarea. Tenemos un respaldo de la cooperativa. Se firma un acuerdo entre el cuidador y un familiar de la PM q se tiene q hacer cargo. Con el que firma es con quien uno

va a tener contacto, es el q avala nuestra función, siempre nos comunicamos con ese familiar en caso de ser necesario". (CD Varón, 36 años).

5.7 Subeje Elección de los Horarios de trabajo

En la mayoría de los/as entrevistados/as se produjeron dos alternativas, la primera fue que no tenían libre elección de horarios mientras que solamente una CD tenía libre elección de horarios.

No tienen libre elección

"Yo no, yo trabajo para la empresa Dar Salud, ahí te van rotando de horarios, o si falta la persona que tiene q venir luego me tengo q quedar, la paciente nunca puede quedar sola. Por ejemplo, 2 o 3 veces me he quedado hasta las 15hs, cuando mi horario es de 22 a 7hs y los viernes entro a las 19hs y salgo a las 10 am del sábado. (CD Varón, 36 años).

"En mi caso, si bien los horarios no los elegí yo, en la cooperativa, me llaman y me proponen que hay una persona que necesita determinada franja horaria, con tal patología, "te interesa o no?" y bueno, uno elige. Hasta el momento, si me tengo que tomar un día por x motivo, yo no hablo con la familia, hablo con la cooperativa, les digo, y ellos buscan reemplazo". (CD Varón, 36 años).

Tiene libre elección de horarios

“En mi caso, elegí los horarios porque estudio, entonces ellos ya saben que determinados días en determinados horarios yo no puedo tomar pacientes, y ellos me lo respetan. Cuando ingrese a la cooperativa y presencie las charlas informativa que duran 2 o 3 meses, les pedí si se podía respetar ese horario mío de estudio porque para mí es importante. Entonces en mi trabajo contemplan ese horario y puede ocurrir obviamente que un compañero tenga un inconveniente y un compañero se tenga que quedar, la cooperativa te consulta y si no puedes hacerlo viene una persona a reemplazar a esa compañera que no pudo llegar”.
(CD Mujer, 53 años).

5.8 Subeje Dificultad en lo Cotidiano con la PM

Entre las distintas narraciones observamos que la mayoría coincidía con la falta de atención por parte del personal médico.

Falta de atención por parte del personal médico

“Los médicos también, no les prestan la atención al AM, la atención que le tienen q prestar. Van 5 los revisan así nomás y se van. Van una vez x semana. Me ha pasado de decirle que la paciente tiene dolores, justo mi paciente no habla,

pero yo me doy cuenta por su expresión que le duele y el médico me dice que no, si él no está todos los días, no la conoce”. (CD Varón, 36 años).

“Los que seguimos la evolución somos nosotros más que el médico, que no está tanto en contacto”. (CD Varón, 36 años).

5.9 Subeje Utilización de actividades recreativas

En las/os entrevistadas/os encontramos la utilización de actividades recreativas, las nombradas fueron canto, jardinería, cartas, lectura, tejido, juegos de mesa y caminatas.

“Yo hago actividades, yo veía q se aburría, le pregunte que le gustaría hacer, y me dijo las cartas, le encanta! Y las caminatas, también las plantas, le encantan! Ella se sentía mal porque decía q las plantas se iban a morir, entonces le ponemos las plantas arriba de la mesa y ellas las cuida, le mueve la tierra, les saca las hcjas feas, las limpia”. (CD Mujer, 52 años)

“Con mi paciente de la noche miramos novelas, que le encantan, pero como llego a las 23hs, compartimos un ratito nomas porque luego se duerme. Pero con mi paciente de la mañana cantamos en italiano, para ampliar el repertorio buscamos canciones nuevas en YouTube, le gusta jugar al tuti- fruti q le encanta y jugamos al bingo. No logro ganarle nunca jajá. Y ahora, como no puede pintar como hacía antes, tiene su casa decorada con sus cuadros hermosos, con

diferentes técnicas, entonces ahora pinta mándalas y las colgamos en el pasillo y esta fascinada”. (CD Mujer, 56 años)

“Jugamos a las cartas, tejemos, leemos”. “Trabaje en un hogar, que había un chico joven que había tenido un accidente, perdió masa encefálica, y me decía que no iba a poder hacer nada, yo le decía que sí, entonces empezamos a hacer manualidades y él se sentía mejor”. (CD Mujer, 53 años)

5.10 Subeje Uso de adaptaciones

Algunos testimonios ilustran como adaptación utilizada las referidas al baño como el asiento y el duchador. Mientras que únicamente una CD refiere el uso de adaptación en la alimentación.

“Duchador y silla para el baño” (mayoría de Cuidadores/as domiciliarios).

“Mi paciente tiene esclerosis múltiple, así que adapto el vaso, a medida q va avanzando la enfermedad vamos buscando la manera de que pueda hacer las cosas, tiene 39 años, ahora se tiene q mudar, porque vivía en un primer piso y como ya no puede subir escaleras, como tiene muchas actividades como hidroterapia, kinesiología, To, viene muy cansada entonces con el andador esa escalera ya no la puede subir así q a hay q adaptar la nueva casa, mas q nada el baño para q sea seguro para ella, yo le fui dando sugerencias que son las q vimos en el curso”. (CD Mujer, 37 años)

Según lo expresado por los/las CD en el grupo focal podemos decir que cuentan con las herramientas necesarias para el desempeño de sus tareas cotidianas, las mismas fueron adquiridas durante el curso de Cuidador Domiciliario. Al oír los discursos de las/los CD formados/as, aparece que la capacitación es muy valorada, por lo que significó en su trayectoria, por el profesionalismo de los docentes, por la contención recibida. Manifestaron con énfasis las dificultades que se les presentan con los familiares de algunos de las PM y su disconformidad ante los honorarios que perciben. Además de los temas planteados en el guion del grupo focal, surgió como la temática de la diversidad género y su inclusión laboral:

“Fue sumamente hermoso, gratificante porque poder llevar un plato de comida a la casa, poder ayudarte económicamente sin tener que estar que estar expuesta a otras realidades que conlleva lo que es el colectivo de mujeres trans en la ciudad, que desgraciadamente hoy en día favorablemente quizá para otras, sacarlo por medio del cuerpo. Esa es la realidad nuestra, y bueno fue un avance, subir un escaloncito en materia de igualdad, de derechos por que el trabajo es un derecho para todas y todos. Que se nos haya reconocido, que se nos haya incluido dentro de lo que es el campo laboral. Es sumamente hermoso, lindo, gratificante te llena. Pero bueno triste a la vez porque era una sola institución la que nos permitía hacer las prácticas. Hoy en día, se cuenta con más de 23 instituciones. Hogar de Ipanema es una institución bastante conocida, una de las

más importantes, y la firma en sí permitió que se pudiera conocer esto.” (Cd Mujer, 40 años).

Al cierre del grupo se les brindó información hacia el registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios y se les brindó una explicación de cómo ingresar a la plataforma para poder realizar la inscripción en el mismo. Se los/las pudo observar atentos e interesados ante dicha cuestión y algunos solicitaron más información al respecto de forma privada.

La experiencia de la capacitación representa un gran enriquecimiento para las/los CD pero también representa un eslabón en la trayectoria que proyectan. Sus objetivos, en la mayoría, consisten en continuar incorporando conocimientos del área, trabajar de CD con una mejora continua, las formaciones ocupan un lugar importante en el camino que quieren seguir, camino que debiera permitirles finalmente, tener un empleo más estable, declarado, con un sueldo fijo y no tener que estar pensando “tengo miedo de quedarme sin un paciente y cobrar menos plata”.

Se puede apreciar que realizan su labor con responsabilidad, con expectativas, con ganas de seguir incorporando conocimientos y sobre todo con mucha dedicación hacia la PM que asisten.

Entrevista en Profundidad

EJES	SUB EJES	CATEGORIAS
Situación laboral actual	Situación laboral actual.	<ul style="list-style-type: none"> • Si trabaja • No trabaja
	Decisión de trabajar como CD.	<ul style="list-style-type: none"> • Agrado • Demanda laboral
	Elección de otra profesión	<ul style="list-style-type: none"> • Si tendrían otra profesión. • No tendrían otra profesión.
	Valoración social.	<ul style="list-style-type: none"> • No valorados socialmente. • Si valorados socialmente. • Más o menos valorados.
Trayectoria laboral	Trayectoria laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Empleadas domésticas, cuidadoras informales y empleados de comercio. • Otras tareas; relacionadas como la del pescado, estética corporal, frigorífico, seguridad, y trabajos de la nocturnidad.
	Relación entre la trayectoria laboral el cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Trayectoria laboral relacionada con el cuidado. • Trayectoria laboral no relacionada con el cuidado.

	Motivos por los que se dedica al cuidado de manera profesionalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Agrado • Necesidad económica.
--	---	--

Consideraciones acerca de la profesión	Descripción del trabajo en materia de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones de aseo, arreglo personal, alimentación, contención emocional, recreativas y el suministro de medicación.
	Tiempos de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • De 4 a 6 horas diarias Con retiro. • De 8 a 12 horas diarias con retiro.
	Forma de contratación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador domiciliario en domicilio, monotributo. • Cuidador domiciliario, en negro. • Cuidador domiciliario en institución, en negro. • Cuidador domiciliario en institución en blanco.
	Rol de los /las CD a nivel general	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento, asistencia y prevención • Promoción y educación. • Contención.
	Competencias de desempeño específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisa e interviene medianamente en partes de las actividades de AVD y AIVD • Interviene en mayor medida en las

		<p>actividades de AVD y supervisa partes las actividades de AVD realizadas por la persona.</p> <ul style="list-style-type: none">• Actividades recreativas: jardinería, lectura de libros, paseo, caminata juego de cartas, escuchar músicas, cantar y pintar.• Ayudas técnicas: para la movilidad personal, la alimentación y adaptaciones para el hogar.
--	--	---

Grupo Focal

EJE	SUB EJE	CATEGORÍAS
<p>Perfil y competencias del CD</p>	<p>Búsqueda de empleo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Folletería • Registro de cooperativa. • Entrega de CV • Recomendación. • Otras opciones. • Dificultad en la búsqueda de empleo
	<p>Situación laboral actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja como CD. • Trabaja en otra ocupación.
	<p>Percepción de los/as CD acerca de los contenidos aplicados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los contenidos • Concepto de distancia óptima.
	<p>Temáticas para agregar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trato con la familia
	<p>Perfil de la persona mayor con la cual trabajan los/as CD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit motor. • Déficit cognitivo.
	<p>Dificultad en lo cotidiano con la persona mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención por parte del personal médico.
	<p>Conocimiento del rol de CD por parte de la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia no conoce el rol de CD. • Intermediario facilitador del rol.
	<p>Elección de los horarios de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen libre elección de horarios. • Tiene libre elección de horario.
	<p>Utilización de actividades recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canto, jardinería, tejido, juegos de mesa y caminatas

	Adaptaciones	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación.• Hogar: baño
--	--------------	---

Subcategoría

A) Maltrato

En el transcurso de las entrevistas y grupo focal emergió como tema el maltrato hacia las PM, nos encontramos situaciones de negligencia de profesionales que los asisten, por familiares y por parte de la institución.

‘A veces veo el trato que ella le da delante mío la trata bien, las primeras veces vi como las trato mal, la segunda vez le dije no la trate así delante mío sino voy a tener que informar, y ahora se cuida.’ “Pero hoy por ejemplo a la mañana, le vi un moretón en la frente y le pregunte ¿usted se cayó? Y respondió “no no....”. Después al rato volví a insistir y me dijo “seguramente me choque contra un puño”. (CD Mujer, 47 años).

“Los médico también, no les prestan la atención al AM, la atención q le tienen q prestar. Van 5’los revisan así nomás y se van. Van una vez x semana. Me ha pasado de decirle que la paciente tiene dolores, justo mi paciente no habla, pero yo me doy cuenta por su expresión que le duele y el médico me dice que no, si él no está todos los días, no la conoce”. (CD Varón, 36 años).

“Yo he estado en un geriátrico en el que se bañaban de a 2 o 3 pacientes juntos, con la misma esponja, se le ponía ropa que muchas veces no era de ellos, si podía hacerlo solo o no importaba, había que hacerlo rápido”. (CD varón, 36 años)

Según Toronto (2002) se define al maltrato hacia las personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa

daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.

Tipos de maltrato

Existen distintos tipos de maltratos a personas mayores:

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

- **Psicológico:** causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales.

- **Sexual:** comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.), o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento.

- **Económico:** utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor.

- **Negligencia:** no atender las necesidades básicas de una persona mayor como son la salud, la alimentación, el vestir, la higiene personal y la vivienda.

La negligencia puede ser no intencionada o intencionada, según la conciencia o conocimiento que tenga el que la ejerce. Puede ser activa o pasiva (por omisión, cuando se deja de hacer o de actuar en un momento en que se debería).

- **Obstinación terapéutica:** realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para

el mismo, o utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

Los/as cuidadores/as domiciliarios son personas claves a la hora de detectar las situaciones de vulneración de derechos. Por lo tanto nos parece primordial hacer mayor hincapié sobre esta temática durante el dictado de los cursos o en futuras capacitaciones para brindarles un panorama más amplio sobre la cuestión.

Conclusiones

El ámbito de los cuidados domiciliarios formales en nuestro país resulta un área poco estudiada. Por este motivo se llevó a cabo esta investigación cualitativa que nos permitió obtener datos de alta densidad. La misma se desarrolló con el propósito de profundizar el conocimiento acerca del perfil sociodemográfico y la aplicación de las competencias en la labor cotidiana de los cuidadores domiciliarios formales egresados del curso de Cuidadores Formales del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

A modo de síntesis podemos llegar a una conclusión general, los cuidados en nuestro país sigue siendo responsabilidad de la mujer pero también se ve la incorporación paulatina de diversos géneros. El perfil de las/los 26 CD de nuestra muestra se presenta en cuestión de género con 2 varones, 24 mujeres entre las que contamos con una persona trans, de todos esas personas hay 7 separadas, 10 solteras y 8 casadas, la mayoría tienen hijos y son de nacionalidad Argentina, a excepción de una CD de nacionalidad Peruana y otra Ucraniana. La edad de los CD se encuentra entre los 20 y los 56 años, siendo el promedio de 40 años de edad, en gran parte completaron sus estudios secundarios, realizaron la capacitación entre el 2015-2016.

Hemos podido comprobar que la mayoría de los/las cuidadores/as formales se encuentran ejerciendo su rol. Resulta esencial impulsar los procesos de formación profesional y jerarquización de estos sectores de actividad, promoviendo el trabajo productivo y seguro, con respeto a los derechos laborales, ingresos adecuados y protección social, es decir, trabajo decente. En cuanto a los tiempos de dedicación

los mismos trabajan todos los días con un franco semanal. La mitad de los/ as entrevistados/ as se ocupan de su labor profesional entre de 4 a 6 horas diarias y la otra mitad entre 8 a 12 horas diarias.

Entre las/los trabajadoras/es que siguieron la capacitación y recibieron información sobre la formación de cooperativas, prevalece el escepticismo. Las cooperativas implican una cuota social que las/los cuidadoras/res no se sienten dispuestas a pagar. Aun baja, la cuota social se suma a diversos “pequeños” gastos como el monotributo social sumado a sus responsabilidades económicas. Más allá de eso, algunas impulsaron la idea de armar un “grupo laboral” en las redes sociales (whatsapp, Facebook) donde comparten ofertas laborales.

En cuanto al monotributo social, suele ser valorado positivamente por las/los cuidadoras/es. Para algunas, les permite tener una proyección hacia el futuro que no tenían, tener una obra social, proteger los hijos, contribuir para una jubilación. A diferencia de las manifestaciones que hacen las/los CD que han naturalizado la informalidad laboral, muchas de ellas tienen experiencias laborales anteriores en las cuales estaban en relación de dependencia. Y aun cuando las/los trabajadoras/res están acostumbradas/os a trabajar “en negro”, algunas consideran que su trabajo es en “en gris” porque poseen los beneficios de los días correspondientes a vacaciones y el cobro de aguinaldo, aunque sin la realización de los aportes necesarios para el registro de un empleo formal.

El perfil de la persona mayor con la cual trabajan los/as CD presentan características de déficit Motor, mientras otros/as déficit cognitivo, con una edad promedio de 75 años, con apoyo familiar en la mayoría.

En relación a los significados que los/las cuidadores/ras le dan a la tarea de cuidar, estos están directamente relacionados con la motivación de trabajar como CD debido al agrado que sienten por la tarea y a su vez por la alta demanda que hay por parte del sector, muchos siguen eligiendo esta profesión para su futura trayectoria laboral.

Las expresiones de las/los entrevistados/ as coinciden en que no se encuentran bien valorados ni económica ni socialmente tanto por la familias/empleadores ni por la comunidad en general. La valoración del cuidado es fundamental, para que esto suceda se deben dar tres acciones, la primera, redistribución, significa contribuir a una responsabilidad colectiva en torno a los cuidados, y por lo tanto, lograr el acceso universal a cuidados dignos. Otra acción es la revalorización implica dignificar los cuidados como trabajo y reconocerlos como una dimensión esencial del bienestar. Por último, reformular los cuidados, remite a desligar los cuidados de su asociación con la feminidad y la familia exclusivamente. Estos tres elementos se asocian entre sí. Redistribuir sin revalorizar será imposible y viceversa. Mientras cuidar no este valorado, solo lo hará quien menos capacidad de elección tenga, quien no cuida no puede valorar el cuidado porque seguirá naturalizándolos. (Pérez Orosco, Amaia, 2011)

En cuanto a la visión que ellos/as tienen del rol de cuidador/a formal a nivel general, pueden mencionarse las de acompañamiento, asistencia y prevención y algunos testimonios refirieron los de promoción y educación.

En el proceso de la entrevista los/las CD fueron consultados por las ocupaciones cotidianas pertenecientes a la realización de AVD (comer, vestirse,

acotarse, bañarse, levantarse de la cama e ir al baño) e IADL (preparar comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse de lugares más allá q puedan recorrer a pie, ir de compras, gestionar asuntos de dinero y utilizar teléfonos o internet). Lo que se pudo observar es que las PM realizan en mayor parte las actividades de alimentación, vestido e ir al baño de manera independiente o semi-dependiente, motivados y supervisados por los CD. Los CD realizan en gran medida las IADL y de las AVD el aseo y la higiene personal.

Con respecto al apoyo para la recreación y ayudas técnicas, actividad importante dentro de las áreas ocupacionales, lo que se pudo observar es que cada cuidador/a propone diversas tareas que dependen de los gustos, características personales, costumbres, e historia de vida de la persona a la que cuidan. Sin embargo la recreación no es tomada en cuenta por las/los CD como una actividad importante en lo cotidiano, ni forman parte de la rutina.

En algunas de las experiencias investigadas, se observó maltrato desde un familiar hacia la PM, en forma de maltrato psicológico y físico, y negligencia por parte de profesionales de acuerdo a los relatos recogidos.

El cuidado de personas mayores supone el manejo de saberes técnicos específicos, de competencias para la atención profesional de personas y de habilidades para la comunicación interpersonal.

Para ello se sugiere promover:

- La equidad, especialmente, en cuestiones de género, alentando la participación de hombres, mujeres en todos los cursos. Continuar con el

Programa de Nación de Cuidados Domiciliarios y que no tenga limite el cupo de personas de la comunidad ATTTA. El género no resulta una condición determinante para ingresar a una formación o seleccionar un perfil ocupacional.

- La construcción del proyecto ocupacional de los/las participantes, que permita mejorar su situación en el mundo del trabajo o elegir nuevas caminos de formación mediante capacitación laboral: -Capacitación acerca de la temática de maltrato hacia la PM -Capacitación por sobre diferentes patologías (demencias, patologías reumáticas, etc.), -Capacitación sobre Técnicas de movilización, -Uso de ayudas técnicas específicas, -Técnicas alternativas de comunicación y –Primeros Auxilios
- Regulación de tareas de cuidado, el reconocimiento de sus derechos y obligaciones con el objetivo de mejorar sus condiciones laborales.

Se pudo percibir mediante esta investigación que las competencias específicas que realizan las/os CD en su labor cotidiana fueron conocimientos apreñados, temáticas brindadas desde Terapia Ocupacional con alto valor para su desempeño profesional brindándoles las herramientas necesarias para dar cuidado a la PM, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible con independencia y valorando su autonomía.

Ante lo mencionado, consideramos oportuno que la Terapia Ocupacional debe formar parte, compartiendo y generando conocimientos que aporten y contribuyan a la temática del cuidado, aportando al diseño de políticas en el

marco del cuidado y creando estrategias para brindar a las personas mayores un cuidado de calidad desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir desde el derecho a dar y recibir cuidados.

PARTE III BIBLIOGRAFIA

Acosta Quiroz, C., Dávila Navarro, M., Rivera Iribarren, M., & Rivas López, J. (s.f.). *Actividades de la Vida Diaria y Envejecimiento Exitoso*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2016, de Instituto Nacional de Geriátría: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/15.pdf>

Alegre Ayala, J. (2010). *Fundamentos teóricos de la Terapia Ocupacional. La ocupación en la vejez*. En A. I. Corregidor Sánchez, *Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología* (págs. 11-18). Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Amadasi, E., Salvia, A., Salvia, A. M. A., Espínola, S. R., Espínola, S. R., Hermida, J. C., & Tuñon, I. *Observatorio de la Deuda Social Argentina*. Recuperado en 27 de junio de 2016, de <http://www.uca.edu.ar/index.php/site/index/es/uca/observatorio-de-la-deuda-social-argentina/publicaciones/presentaciones/>

Barahona Riera, R. (2012). *Nivel de vida adecuado, derechos humanos y envejecimiento*. En S. Huenchuan, *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafío*. (págs. 229-242). Ciudad de México, México: Naciones Unidas CEPAL.

Borgeaud-Garciandía, N. (2015). *Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores*. *Trabajo y sociedad*, (24), 285-313.

Causapié Lopesino, P., Balbotín López-Cerón, A., Porrás Muñoz, M., & Mateo Echanagorría, A. (2011). *Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO.

CEPAL/ECLAC/Naciones Unidas (2009): *Proyección de población*. Publicación del Observatorio demográfico para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/38297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf. Consultado el 29-8-16.

Comisión Técnica Profesional AMAOTE. (1 de Diciembre de 2005). *Aportes para un Plan Gerontológico*. Recuperado el 25 de Julio de 2016, de Comisión Americana del Adulto Mayor CADAM: www.ciss.org.mix/cadam/?id=publicaciones

Corregidor Sánchez, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología*. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Ergon.

Della Sabia, P. Correa, G. Polizzi, L. y Otros (2016). *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, resultados de la implementación con la Facultad de Psicología*. Jornadas de intercambio de Experiencias Gerontológicas. Universidad Nacional de Psicología, Mar del Plata, Argentina.

Ducci, M. A. (1997). "El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional", en: *Formación basada en la competencia laboral*, Montevideo, Cinterfor/OIT,.

González, J. G. H. (1993). Hacia una gerontología social crítica. *Reflexiones*, 8(1), 1. Recuperado en 27 de abril de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100003&lng=es&tlng=en

Gonzci, A. & Athanasou, J., (1996) "Instrumentación de la educación basada en competencias. *Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia*" en *Competencias laboral y educación basada en normas de competencias*, Mexico, Limusa.

Golpe, L., Molero, N., Lombardi, C., Giorgetti, L., Pérez, P., Avale, D., & Xifra, J. (2009). *Manual de competencias básicas, genéricas y específicas de los cuidadores de adultos mayores en el Partido de General Pueyrredón*.

Hasselkus, B. (2001). Envejecimiento y salud. En H. Hopkins, & H. Smith, *Williard/ Spackman Terapia Ocupacional* (Octava ed., págs. 733-741). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Havighurst, R. J. (1987). Gerontological Society of America. En Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging* (págs. 251-252). New York: Springer Publishing Company.

Huenchuan, S. (2011). *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Módulo 1. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación (págs. 2-14). Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huenchuan, S. (2012). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. México, México: Naciones Unidas CEPAL.

Iacub, R. (2012). *Teorías y perspectivas sobre la identidad en la vejez*. En R. Iacub, & B. Sabatini, Módulo 3. *Psicología de la mediana edad y vejez* (págs. 68-71). Argentina.

Iacub, R., & Acrich, L. (2007). *Psicología de la mediana edad y vejez*. Módulo 3. Carrera de especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

Iacub, R., & Sabatini, B. (2012). *Psicología de la mediana edad y vejez. Módulo 3*. Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, 3° edición. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

INDEC. (2010). *Censo 2010. Año del Bicentenario*. Recuperado el 19 de junio de 2016, de <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

Instituto Daedalos. (15 de Marzo de 2009). *Teorías psicosociales sobre el envejecimiento*. Recuperado el 24 de Julio de 2016, de Instituto Daedalos. Para la salud y el Bienestar Emocional: <http://institutadaedalos.blogspot.com.ar/2009/03/teorias-psicosociales-sobre-el.html>

Kirchner, A., Lerner, G., & Roqué, M. (2007; 2012). *Avances Nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia*. Recuperado el 11 de diciembre de 2012, de CEPAL: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina_MIDES.pdf

Lalive d'Epinay, C., Cavalli, S., & Guilley, E. (2008). *Recorrido de vida y vejez: sobre la noción de fragilidad*. En S. Molina, *Estrategias comunitarias para el trabajo con adultos mayores* (págs. 21-43). Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús.

Lesende, I., Zurro, A., Moliner Prada, C., & Aguilera García, L. (2007). *Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir*. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42 (Supl 2), 4-6.

Ley 27.360. *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Promulgada: 31 de mayo del 2017. <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/164386/20170531>

OPS-OMS. (2012). *El creciente número de adultos mayores crea inquietudes particulares en materia de salud y derechos humanos*. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7867%3A%3Aseniorsin-growing-numberspresent-special-health-and-human-rights-concerns-&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=1926&lang=es

OEA, A. G. (2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Cuaderno Jurídico y Político, 2(7), 65-89.

Penzín, M., Campisi, M., Fernández, V., & Rossi, M. (2002). *Definición de variables*. Mar del Plata: Cátedra de Metodología de investigación para T.O.

Pérez Peñaranda, A. (2015). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental.

Pinazo, S (2012). *Las personas proveedoras de conocimiento y cuidados*. El papel de los programas intergeneracionales. Educación social. Revista intervención socioeducativa, 51, 45- 66

Polonio López, B. (2002). *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. España: Médica Panamericana.

Regazzoni, C. J. (2011). *La Argentina y el envejecimiento poblacional*. Connotaciones estratégicas para la educación, la economía y el desarrollo. Centro Argentino de Estudios Internacionales.

Robles Raya, M., Miralles Basseda, R., Llorach Gaspar, I., & Cervera Alemany, A. (2006). *Definición y objetivos de la especialidad de Geriatría*. Tipología de ancianos y población diana. En A. Guillen Llera, I. Salgado, & I. Ruiperez Cantera, *Tratado de Geriatría para residentes* (págs. 25-32). Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Roqué, Mónica Laura. *“Manual de cuidados domiciliarios”*. Cuadernillo N° 1. Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. – Pág. 31. 1a ed. - Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010

Roqué, M. (2008). *Una Mirada Social de la Fragilidad en la Vejez*. (IMSERSO, Ed.) *Enlace en Red* (12), 28-39.

Roqué, M. (2012). *De la necesidad y fundamento de un tratado internacional sobre personas mayores*. En S. Huenchuan, Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. (págs. 397-406). Ciudad de México, México: Naciones Unidas CEPAL.

Roqué, M., & Fassio, A. (2012). *Gerontología Comunitaria e Institucional*. Módulo 2. Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, 3° edición. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

Sánchez-González, D.; Egea-Jiménez, C. (2011). *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales*. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*, Julio-Diciembre, 151-185.

Triadó, C., & Villar, F. (1999). *Teorías implícitas del cambio evolutivo en diferentes cohortes*: representación de pérdidas y ganancias en la adultez. *Infancia y aprendizaje*, 86, 73-90.

Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2008). *Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino*. *Revista argentina de sociología*, 6(10), 151-169.

Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2013). *Envejecimiento activo y dispositivos socio-culturales: ¿una nueva forma de normativizar los modos de envejecer?* Doi: 10.5212/PublicatioHuma. v. 21i2. 00011. Publicatio UEPG: Ciências Humanas, Lingüística, Letras e Artes, 21(2), 259.

Villar Posada, F. (2005). *El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento*. En S. Pinazo Hernandis, & M. Sánchez Martínez, *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid, España: Pearson Educación.

Villar, F., & Triadó, C. (1997). *Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Waldow, V. (1998). *Cuidado Humano*. O Resgate Necessário. Editorial Sagra Luzzatto. Brasil. p. 17

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL ESTADO ACTUAL

Borgeaud-Garciandía, N. (2015). *Capacitación y empleo de cuidadoras en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Adultos Mayores*. *Trabajo y sociedad*, (24), 285-313.

Ceminari, Yanina y Stolkiner, Alicia. (2016). "El cuidado de personas mayores en Argentina: De cuestión familiar a cuestión de derecho". VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII. Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. . Recuperado el 2 de Noviembre de 2017, de <https://www.academica.org/000-044/546.pdf>

Della Sabia, P. Correa, G. Polizzi, L. y Otros (2016). *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, resultados de la implementación con la Facultad de Psicología*. Jornadas de intercambio de Experiencias Gerontológicas. Universidad Nacional de Psicología, Mar del Plata, Argentina.

Delicado-Useros, M Victoria. *Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes ¿perfiles en transición?* Praxis Sociológica, Castilla La Mancha, n. 10, p. 200-234, 2006. Recuperado en 30 de mayo de 2017, https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Caracter%ADsticas+sociodemogr%C3%A1ficas+y+motivaci%C3%B3n+de+las+cuidadoras+de+personas+dependientes+%2BFperfiles+en+transici%C3%B3n?&author=DELICADO+USEROS+Mar%ADa+Victoria&publication_year=2006&journal=Praxis+Sociol%C3%B3gica&issue=10&pages=200-234

Deus, M. y Tapia, C. (2015). *Trayecto formativo. Cuidado y atención de personas mayores*. Recuperado en 10 de agosto de 2017, de [http://search?source=hp&q=Deus%2C+M.+y+Tapia%2C+C.+\(2015\).Trayecto+formativo.+Cuidado+y+atenci%C3%B3n+de+personas+mayores.&oq=Deus%2C+M.+y+Tapia%2C+C.+\(2015\).Trayecto+formativo.+Cuidado+y+atenci%C3%B3n+de+personas+mayores.&gs_l=psy-ab.12...3556.3556.0.4989.1.1.0.0.0.112.112.0j1.1.0....0...1.2.64.psy-ab..0.0.0....0.SuQZYk4GUvc](http://search?source=hp&q=Deus%2C+M.+y+Tapia%2C+C.+(2015).Trayecto+formativo.+Cuidado+y+atenci%C3%B3n+de+personas+mayores.&oq=Deus%2C+M.+y+Tapia%2C+C.+(2015).Trayecto+formativo.+Cuidado+y+atenci%C3%B3n+de+personas+mayores.&gs_l=psy-ab.12...3556.3556.0.4989.1.1.0.0.0.112.112.0j1.1.0....0...1.2.64.psy-ab..0.0.0....0.SuQZYk4GUvc)

PARTE IV ANEXOS

Anexo 1

Guion de la entrevista a CD

Temas	Subtemas	Preguntas
<p>Perfil socioeconómico</p>	<p>Edad</p> <p>País de Origen</p> <p>Formación y Nivel de Estudios</p> <p>Situación Familiar y Estado Civil</p>	<p>¿Me podría decir su edad?</p> <p>- ¿Cuál es su país de origen?</p> <p>- ¿Hace cuánto llegó a esta ciudad?</p> <p>- ¿Qué estudios tiene?</p> <p>- ¿Considera que la formación que ha recibido es suficiente para la posterior labor del cuidado?</p> <p>- ¿Cuál es su estado civil: casada, soltera, divorciada, viuda...?</p> <p>- ¿Tiene hijos/as?</p> <p>- ¿Qué personas de su familia viven con usted?</p> <p>- ¿Además de su trabajo como (...) tiene usted experiencia en el cuidado informal hacia un familiar, amigo...?</p> <p>- Además del cuidado de esta persona dependiente, ¿debe hacerse cargo del resto de las tareas del hogar?, ¿recibe ayuda de otros familiares o profesionales contratados?</p> <p>-¿Es usted responsable de los ingresos en su hogar?</p>

<p>Situación laboral</p>	<p>Ocupación</p> <p>Modalidad de contratación</p>	<p>- ¿En qué trabaja?</p> <p>-¿Qué modalidad de contratación tiene? (trabajo Formal, Informal o Monotributo)</p> <p>- ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?</p> <p>- ¿Le gusta su trabajo o tendría otra profesión?</p> <p>- ¿Cree que su profesión está bien valorada socialmente?</p>
<p>Trayectoria profesional</p>	<p>Ocupaciones</p>	<p>¿En qué más ha trabajado?</p> <p>¿El resto de su (posible) trayectoria laboral está relacionada también con el cuidado? ¿En qué más ha trabajado?</p> <p>¿El resto de su (posible) trayectoria laboral está relacionada también con el cuidado?</p> <p>- ¿Cuáles son las causas por las que se dedica a alguna forma de <i>cuidado</i> de manera profesionalizada</p>
<p>Consideraciones acerca de su profesión</p>	<p>Descripción de funciones de CD</p> <p>Jornada laboral</p> <p>Rol del CD</p>	<p>- ¿Puede describir su trabajo en materia de cuidados?</p> <p>- ¿Qué tiempos de dedicación le supone?, ¿cómo es su jornada laboral? ¿Trabaja con retiro o sin retiro?</p>

		<p>-¿Cuál es el rol de los cuidadores formales a nivel general?</p> <p>. Prevención. Promoción. Educación. Asistencia. Acompañamiento</p> <p>.Otros ¿Cuáles?.....</p>
	<p>Competencias de desempeño específicas</p>	<p>Apoyo para el aseo y arreglo personal</p> <p>Cuénteme como efectúa la siguiente actividad ¿Cómo organiza la actividad?</p> <p>¿Necesita alguna ayuda técnica?</p> <p>¿A la hora del baño, tienen una rutina estipulada en cuanto a horarios o sigue el deseo de la PM?</p> <p>¿La familia le asignó una rutina o la estableció junto a la PM?</p> <p>¿Supervisa la higiene o lo la PM necesita que lo hagan por él?</p> <p>Apoyo para el vestido</p> <p>¿Tiene en cuenta la opinión y preferencias de la PM?</p> <p>¿La ayuda en todo lo posible o la orienta y anima a realizar aquellas partes del vestido que puede hacer por si sola?</p> <p>¿Le ayuda a elegir la ropa y calzado adecuados?</p> <p>¿Le ayuda a vestirse o lo</p>

		<p>viste?</p> <p>Apoyo para la preparación de alimentos</p> <p>¿Cuénteme como efectúa la actividad de preparación de los alimentos? ¿Cómo la organiza? ¿Qué normas de higiene utiliza? en relación a lo personal; en el espacio donde realiza la actividad de preparación de alimentos; en a los instrumentos de cocina; o en los alimentos como las verduras.</p> <p>¿La persona mayor con la que trabaja tiene alguna dieta alimenticia indicada por un profesional? ¿Consume agua la persona con la cual trabaja? ¿Cuánta agua toma? ¿El agua es de tanque o corriente? ¿Sugiere en caso de que sea de tanque la limpieza correspondiente? ¿Cómo se elige lo que se va a preparar para comer? ¿Observa alguna dificultad en la PM durante la alimentación? ¿Utiliza adaptaciones? ¿Cuáles?</p> <p>¿Pone en práctica estrategias de prevención para evitar accidentes e intoxicaciones? ¿Cuáles? ¿Qué pautas de higiene realizan luego de la alimentación? ¿Cuáles?</p> <p>Apoyo recreación y ayudas</p>
--	--	--

		<p>técnicas</p> <p>¿Realizan actividades de esparcimiento con el PM?</p> <p>¿Cuáles? ¿Cómo la organiza? ¿Cuáles actividades le gustan? ¿Necesita de motivación para realizarlas?</p> <p>¿Usted lo motiva de no ser así? ¿Busca información acerca de los posibles lugares donde realizar actividades recreativas (Asociaciones vecinales de fomento, centros de jubilados y pensionados, Clubes, Centros que nuclean inmigrantes, entre otros)?</p> <p>¿Informa al familiar responsable, solicitando el consentimiento en el caso que la actividad fuese fuera del hogar?</p> <p>¿Qué estrategias de seguridad utiliza para prevenir accidentes y favorecer la salud del adulto mayor?</p> <p>¿Qué lugar se selecciona para llevar a cabo la actividad recreativa? ¿Por qué?</p> <p>¿Quién elige la vestimenta y calzado adecuado para el desempeño de la actividad?</p> <p>¿Qué técnicas asistencia maneja? o ¿cuáles conoce?</p> <p>¿En qué momentos los emplean? ¿A que apuntan?</p>
--	--	--

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Iniciales de la persona:

Nombre de las evaluaciones: Entrevista En Profundidad y Grupo Focal

Se me ha invitado a participar de una entrevista y/ o grupo focal y se me ha explicado que consisten en la realización de unas preguntas para Describir la experiencia laboral de los cuidadores domiciliarios del Programa de Nacional de cuidados domiciliarios de la ciudad de Mar del Plata de las cohortes 2015-2016 de las sede del Barrio Juan, B Justo y Barrio Estación Camet; son verbales y no implican ningún tipo de examen físico ni la administración de medicamentos. Se me ha explicado también que este estudio es sin fines de lucro, que se desarrolla en el marco de una tesis de grado que forma parte de un requisito curricular para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional y que está a cargo de las Srtas. Mattina, Karina y Rosell, Roxana. Las evaluaciones no provocarán ningún efecto adverso a mi persona ni implicarán algún gasto económico. Los datos que se obtengan serán anónimos. He comprendido lo que me explicaron las Srtas. Mattina, Karina y Rosell, Roxana y he tenido oportunidad de realizar preguntas. La firma de este consentimiento no implica la pérdida de ninguno de mis derechos que "legalmente me corresponden como sujeto de investigación de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo.....he recibido de las
alumnas Mattina, Karina y Rosell, Roxana información clara y en mi plena
satisfacción sobre esta evaluación de la que voluntariamente quiero participar”

Firma de la persona

Aclaración

Fecha

Firma de las tesisas

Aclaración

Fecha

ANEXO 3

Guion Grupo Focal

Tema: Perfil y Competencias de CD	Subtemas	Preguntas
	Búsqueda de Empleo	-¿Cómo realizaron la búsqueda laboral? -¿Se les presentaron dificultades?
	Situación laboral actual	-¿Están trabajando en la actualidad con PM? - ¿trabajan en cooperativas? ¿Eligen horarios? -¿Qué características presenta la PM con la que trabajan en este momento?
	Formación	-¿Qué contenidos aplicaron al momento de trabajar? -¿Cuál es su percepción en cuanto a la formación? ¿Les sirvió? ¿Cómo? -¿Qué dificultades encontraron en el momento de desempeñarse como CD formales? ¿La familia conoce su rol de CD? -¿Qué temáticas consideran que se deberían agregar? ¿Qué actividades recreativas realizan con la PM?