



Sistema
de Cuidados

Humanización de los Cuidados

CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA

Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención
de personas en situación de dependencia



Ministerio
de Desarrollo
Social

Secretaría Nacional
de Cuidados
y Discapacidad



cuida
un servicio para vos



Sistema
de Cuidados



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

Secretaría Nacional
de **Cuidados
y Discapacidad**

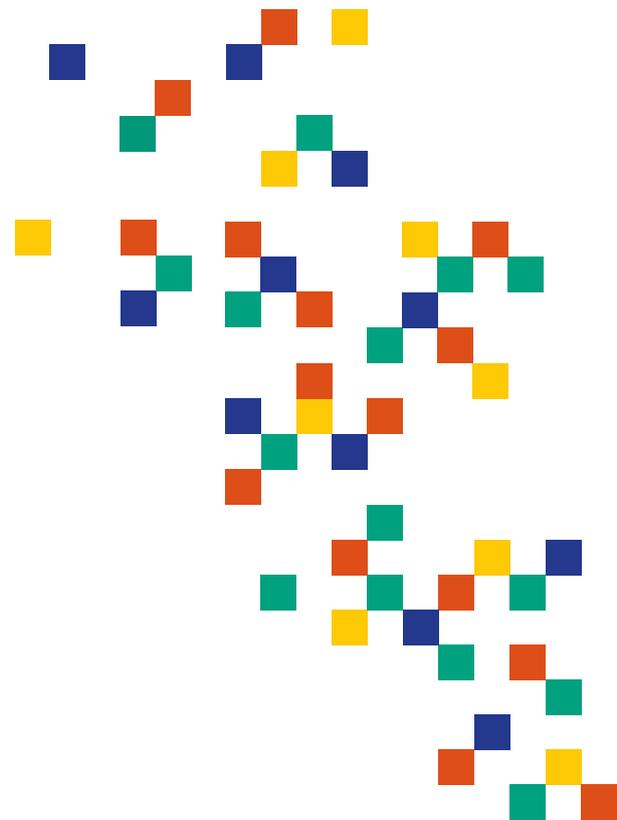
APOYA:

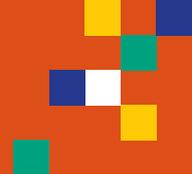


Humanización de los Cuidados

CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA

Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención
de personas en situación de dependencia

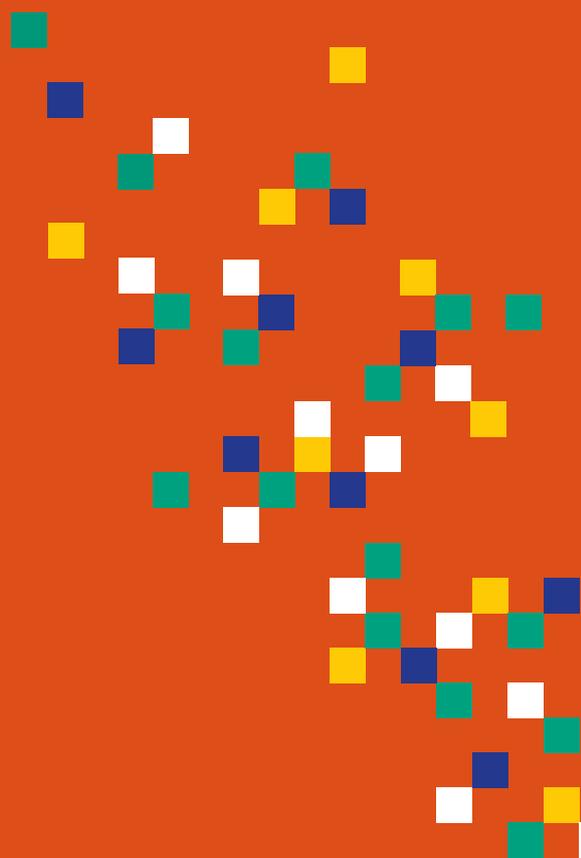




PRÓLOGO: Humanizar los Cuidados	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. ¿QUÉ ES CUIDAR?	10
2.1. Conceptualización de los cuidados	11
2.2. Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Ley 19.353)	14
2.2.1. Marco Institucional	14
2.2.2. ¿Por qué la importancia de políticas de cuidados?	15
2.2.3. Población objetivo del SNIC	17
2.3. Ámbitos de trabajo: Servicios de cuidados (Decreto 427/016)	19
2.3.1. Servicios de cuidados en domicilio (Art. 20)	19
2.3.2. Servicios de cuidados diarios (Art.21)	21
2.3.3. Servicios de cuidados residenciales (Art.22)	21
2.3.4. Servicios de cuidados a distancia (Art 23)	21
2.4. Situación de dependencia- Autonomía relacional - Interdependencia	22
2.4.1. Concepto de Dependencia (Ley 19.353)	22
2.4.2. ¿Qué es la Autonomía?	24
2.5. ¿Dependencia y Discapacidad son lo mismo?	26
2.5.1. Noción de Discapacidad	26
2.5.2. Los síntomas, los diagnósticos y la situación de dependencia	26
2.6. La dimensión social de los cuidados. la dimensión relacional	29
2.5.1. La importancia de los vínculos	29
3. CUIDADOS CENTRADOS EN LA PERSONA	31
3.1. La dignidad de la persona ante todo	32
3.2. Modelos de atención centrados en las personas	33
4. CICLOS DE VIDA DE LAS PERSONAS: INFANCIAS, ADOLESCENCIAS, JÓVENES Y VEJECES	34

4.1. Cuidados en la infancia y en la adolescencia	35
4.2. Infancias	36
4.2.1. ¿Qué entendemos por infancias?	36
4.2.2. Algunos apuntes del desarrollo infantil	36
4.3. ¿Existe la adolescencia?	38
4.3.1. Algunas características que se deben encontrar en el periodo adolescente	38
4.4. Juventudes	40
4.4.1. Breve apunte acerca de los y las jóvenes.	40
4.5. Vejezes	40
4.5.1. La vejez: una etapa de la vida para generar proyectos o una etapa en la que ya no puede haber proyectos?	40
4.5.2. Los cuidados en las personas mayores	41
4.5.3. Respeto de la dignidad y ética del cuidado de personas mayores	42
4.5.4. Algunas consideraciones prácticas en el cuidado de personas mayores	42
5. ATENCIÓN PERSONALIZADA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA	45
5.1. Cuidados que reconocen la historia y singularidad de la persona con la que trabajamos	46
5.1.1 Primeras entrevistas con persona usuaria y sus referentes	47
5.1.2 Orientaciones sobre información importante a conocer en los primeros encuentros	49
5.1.3. La entrevista inicial con la familia y el niño o niña.	51
5.2. Cuidados que promueven la autonomía de la persona	53
5.3. Plan de Atención Personalizado	60
5.3.1. Cuidados que construyen una atención flexible, ajustada y que provea apoyos	53
5.3.2. Objetivos y actividades que pueden incluir el Plan de Atención Personalizado	54
5.3.3. Ajustes en el Plan de Atención Personalizado	57
5.4. El diario de la cuidadora o cuidador	66
6. PROFESIONALIDAD DE LA TAREA: RECONOCER LO PRIVADO, LO ÍNTIMO Y LA CONFIDENCIALIDAD	61
6.1. Formación en Atención a la Dependencia	62
6.2. Proteger y respetar la intimidad de la persona	63
6.3. Construir el vínculo desde el respeto y la confianza	65
6.4. Garantizar la confidencialidad de la información	66
7. CUIDARME MIENTRAS CUIDO	67
7.1. Importancia de la formación como factor protector	68
7.2. Importancia de tener un plan de atención	69
7.3. Otras herramientas protectoras	70
7.3.1. La importancia de explicitar el encuadre de trabajo	70

7.3.2. Límites de la tarea del cuidado	70
7.3.3. Reflexión sobre la práctica	71
7.3.4. ¿La distancia óptima existe?	71
7.3.5. Autocuidado	72
7.4. El diario de la persona cuidadora	73
7.4.1. Elemento protector y de organización de la tarea fundamentalmente en los cuidados domiciliarios	74
7.4.2. Guía de recursos	74
7.5. Situaciones de maltrato y abuso	75
7.5.1. Algunos de los tipos de violencia hacia las personas	75
7.5.2. Acciones frente a situaciones de abuso y maltrato	77
7.5.3. Contactos de referencia frente a situaciones de abuso y maltrato	78
7.6. Acoso Laboral	79



Prólogo

HUMANIZAR LOS CUIDADOS

Hoy asistimos a una auténtica explosión del modelo de “cuidados centrado en la persona”. Estamos transitando un proceso desde el paternalismo clásico hasta la autonomía, y yendo hacia un modelo en el que las personas reclaman mayor participación activa en todos los ámbitos.

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), humanizar como verbo transitivo, es la acción de hacer humano, familia y afable a alguien o algo.

Como verbo pronominal, **humanizar** es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno. Este concepto nos pregunta cuál es nuestra relación con el sufrimiento de las personas; nos habla de comprender y ser compasivos, cosas que nada tienen que ver con la lástima o la misericordia. Como seres humanos, estamos diseñados para sentir y es a través de la atención plena y los sentidos, como podremos entender las necesidades de cuidados, detectar el sufrimiento, entenderlo, abrazarlo y, lo que es más importante, querer hacer algo para cambiarlo. Esta es nuestra naturaleza.

Según José Carlos Bermejo, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid y uno de los referentes en humanización en España, humanizar es *“hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca la vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”*. Hablar de humanización refiere a la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan.

Humanizar los cuidados implica apostar por una atención más amable y centrada en las personas. Supone personalizar la atención y escuchar qué necesitan las personas que reciben los cuidados y sus familias, no lo que el cuidador cree que necesitan.

Cuidar requiere competencia profesional y formación, pero también individualidad, emoción, solidaridad, sensibilidad y ética. Precisa de dotes de comunicación y habilidades para relacionarse tales como empatía, escucha activa, respeto y compasión.

Humanizar una realidad significa hacerla digna de las personas.



Introducción

Introducción

Esta **Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia** busca orientar a las personas que cuidan de forma remunerada para que desarrollen cuidados de calidad. En este documento se brindan herramientas para hacer posible prevenir y responder a las diversas situaciones que trae consigo cuidar de otros, y de esta forma, contribuir a una vida digna para todas las personas involucradas en el proceso.

Cuidar supone siempre un abordaje muy cercano a la persona usuaria y su entorno, e implica un contacto directo con su cuerpo y sus vivencias. Las tareas de las personas cuidadoras generan muchas gratificaciones, pero no son sencillas, ya que pueden provocar altos niveles de estrés. Cuidar está asociado a una importante sobrecarga emocional y física, lo que muchas veces se vive en soledad, silencio y sin pautas que contribuyan a un cuidado adecuado.

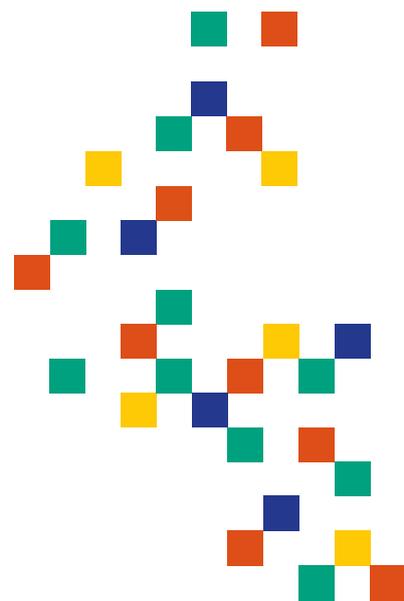
En esta línea, el objetivo de esta guía consiste en ayudar a los cuidadores y las cuidadoras a estar mejor preparados, a desarrollar competencias transversales y a resolver dudas habituales.

De todos modos, esta guía no pretende sustituir a la Formación en Atención a la Dependencia, ni está concebida como un documento definitivo. Es fundamental que se siga nutriendo para permanecer actualizada, por lo que se encuentra abierta a sugerencias y nuevas ideas.

En los siguientes capítulos se desarrollan aspectos esenciales en la atención, tales como información sobre el Sistema de Cuidados del Uruguay con su marco normativo, definiciones sobre cuidados y los cuidados ante la dependencia, el modelo de atención centrado en la persona, aspectos generales de los

ciclos de vida, orientaciones para desarrollar un plan de atención personalizado, y herramientas de autocuidado de quien cuida, entre otros.

Este documento fue elaborado a partir de referencias y bibliografía nacional e internacional, experiencia adquirida en los años que lleva funcionando el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, encuentros realizados con trabajadores y trabajadoras de cuidados, y trabajo intrainstitucional e interinstitucional junto los socios del SNIC.





¿Qué es cuidar?

¿Qué es cuidar?

2.1.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Antes de comenzar a definir qué son los cuidados y quienes requieren cuidados, es importante resaltar que todas las personas requieren cuidados durante todo el ciclo vital, independientemente de la situación de dependencia que puedan estar viviendo. Somos seres sociales y necesitamos de otros para vivir. Por ello, los cuidados pueden entenderse como el conjunto de actividades que a diario y por generaciones, brindan bienestar físico y emocional a las personas y a la sociedad en su conjunto.

En determinados momentos del ciclo vital las personas no podrían vivir si no fuese porque otros dedican tiempo y energía a cuidarlas y apoyarlas para que puedan realizar actividades de la vida diaria. Este carácter interdependiente del ser humano es universal, y el cuidado debe ser visto como una experiencia necesaria para el desarrollo de las personas y de las sociedades.

Más allá de esta realidad, las tareas de cuidado son invisibilizadas y poco valoradas socialmente. Su valor, y específicamente su valor económico, sólo es revelado cuando esas tareas deben tercerizarse al contratar servicios en el mercado. Por ejemplo, al usar servicios de cuidados para la primera infancia como jardines privados, cuando se contrata una persona para cuidado domiciliario o cuando se elige un residencial.

Otra forma de poner en evidencia el valor de estas tareas, es contabilizando el tiempo que insumen,

lo que refleja una gran cantidad de horas al día, que obligan a la renuncia o la reducción del tiempo de otras actividades, entre las que pueden estar el trabajo, la formación o la recreación. A partir de los datos relevados por la Encuesta del Uso del Tiempo y del Trabajo no remunerado en Uruguay (2013)¹, las mujeres tienen una carga de trabajo no remunerado que duplica las horas dedicadas por los varones a iguales tareas. Si bien estos trabajan de forma remunerada, más horas que las mujeres, al incorporar las horas de trabajo no remunerado, las mujeres tienen una carga de trabajo semanal significativamente mayor.

Los cuidados no tienen por qué ser un mandato obligatorio, relegado a la esfera familiar y destinado a algunos grupos de personas, en particular mujeres; ni implicar consecuencias negativas en la vida de quienes los proveen. Tampoco tienen por qué ser algo privado y personal, sino que deben ser vistos como una responsabilidad social necesaria, que involucre a la sociedad y todos sus integrantes.

¹La encuesta tiene como objetivo cuantificar la carga total de trabajo (remunerado y no remunerado) que la sociedad uruguaya realiza para vivir en las condiciones actuales; hacer visible la división de esa carga de trabajo entre mujeres y hombres; y conocer cómo se reparte entre los integrantes del hogar, el trabajo doméstico y los cuidados brindados a niñas/os o personas en situación de dependencia, según sexo, edad, estado civil, tipo de hogar y nivel de ingreso. Fuente: INE, cita: <https://www.ine.gub.uy/encuesta-de-uso-del-tiempo-eut->

ALGUNAS DEFINICIONES BÁSICAS:

- ❖ **Trabajo remunerado:** Actividades que realizan las personas destinadas a producir bienes y servicios para la obtención de ingresos de algún tipo.
- ❖ **Trabajo no remunerado:** Conjunto de trabajos integrados por el trabajo doméstico en el hogar, el trabajo de cuidados, el trabajo que se brinda a otros hogares sin recibir remuneración y el trabajo voluntario.
- ❖ **Trabajo doméstico en el hogar:** Actividades que producen bienes y servicios para uso de los miembros del hogar sin recibir remuneración.
- ❖ **Trabajo de cuidados:** Actividades de cuidado de niños y niñas, adolescentes, de personas con discapacidad o de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, que se realizan en el hogar sin recibir remuneración.

El cuidado es un derecho y una función social

Los cuidados se dan en el marco de una relación, lo que implica abordar el tema desde la perspectiva de las personas que requieren cuidados como también la de quienes realizan estos cuidados. A su vez, no hay que perder de vista que muchas veces las personas que requieren cuidados, también son cuidadoras de otros.

El cuidado es un derecho, ya que se debe garantizar que quienes necesiten la atención y la asistencia de

otras personas para realizar sus actividades de la vida cotidiana, las puedan tener.

El cuidado es una función social, porque a través de este se apoya a una persona en situación de dependencia en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana, promoviendo condiciones de igualdad y calidad.

EL CUIDADO PUEDE DESCRIBIRSE EN 5 FASES (JOAN TRONTO²):

- 1. Ocuparse de los demás («caring about»):** reconocer las necesidades del otro. Para poder cuidar, primero se debe reconocer al otro como alguien que existe y que tiene valor, para luego considerar sus necesidades y realizar acciones en favor de su ayuda. Ocuparse de los demás implica una atención a lo que sucede a nuestro alrededor.
- 2. Hacerse cargo («caring for»):** asumir las responsabilidades que implica el cuidado, es decir, rendir cuentas frente a la propia persona, grupo, familia, sociedad y frente a uno mismo.
- 3. Brindar cuidado («care giving»):** llevar a cabo las acciones y actividades de apoyo en la realización de las actividades diarias. Requiere de una ética que garantice las buenas intenciones del acto de cuidar, tanto para que se lleve a cabo de buena manera, como para que se realice desde el profundo respeto por las personas.

²Tomado y adaptado de Domínguez Alcón, C. Kohlen, H. y Joan Tronto, J. (2018) El Futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera.

4. Recibir el cuidado, servicio o actividad («care receiving»): respuesta de quien recibe el cuidado. El cuidado tiene resultados en el otro cuando está dispuesto a recibirlo y a corresponsabilizarse.

5. “Cuidar con” («caring with»): las personas tienden a confiar en la provisión del cuidado mientras este se produce. Sus cualidades son la confianza y la solidaridad.

Estas cinco fases ayudan a entender el concepto de cuidar como un encuentro entre personas, en el que se establecen relaciones de reciprocidad. Cuidar se resignifica en cada experiencia y sus resultados tienen, al menos, una doble dirección: en la persona cuidada y en la persona que cuida; ya que ambas partes se benefician.

Al mismo tiempo, es necesario tener presente que cuidar también depende del contexto, lo que reivindica el vínculo que como especie tenemos no solo con otros seres vivos, sino también con nuestro entorno, recursos naturales, sociales, culturales, económicos y políticos.

Por lo anteriormente descrito, es fundamental visualizar a los cuidados como una categoría analítica que permite reflexionar acerca de una multiplicidad de acciones y trabajos, tradicionalmente considerados propios de las mujeres en los hogares, cuando la realidad nos demuestra de manera irrefutable que se dan dentro y fuera de las familias, por personas a veces ajenas a esta, con o sin remuneración, y en una multitud de formas y lugares.



2.2.

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS (SNIC)

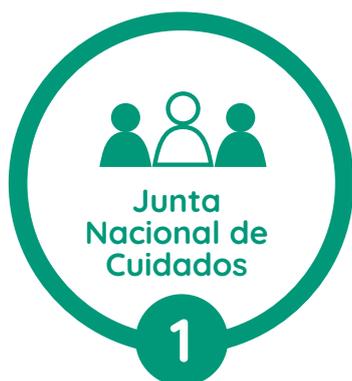
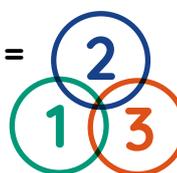
Luego de la aprobación de la Ley de Cuidados, **Ley 19.353** en noviembre 2015, en Uruguay se reconoce el cuidado como un derecho social. Esto significa que todas las personas en situación de dependencia tienen derecho a cuidados de calidad y que el Estado asume la responsabilidad de garantizar su provisión efectiva.

2.2.1.

MARCO INSTITUCIONAL DEL SNIC

El Sistema de Cuidados está concebido desde una lógica intersectorial e interinstitucional, basada en tres ámbitos dispuestos por ley:

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS =



1. JUNTA NACIONAL DE CUIDADOS

(Creado en Art. 11 Ley 19.353 y reglamentado por el Decreto 445/016), es el órgano donde se fijan los lineamientos estratégicos de la política de cuidados del país y el cumplimiento de los objetivos acordados. Lo integran los y las titulares de los Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Banco de Previsión Social (BPS), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Instituto del Niño y Adolescentes del Uruguay (INAU) y Congreso de Intendentes. También lo integran la Directora del Instituto Nacional de las Mujeres (participa con voz y sin voto) y el Secretario/a Nacional de Cuidados (participa con voz y sin voto).

2. LA SECRETARÍA NACIONAL DE CUIDADOS Y DISCAPACIDAD

(Art. 11 Ley 19.353, Decreto 445/016 y Art. 495, Ley 19.924/20) se encarga de la articulación, coordinación intersectorial e interinstitucional, y la ejecución de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, bajo los lineamientos establecidos por la Junta Nacional de Cuidados y las directrices y principios de éste. Funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.

3. COMITÉ CONSULTIVO DE CUIDADOS

(Art. 18 Ley 19.353, Decreto 444/016), su cometido es asesorar a la Secretaría Nacional de Cuidados, y por su intermedio a la Junta Nacional de Cuidados, en relación a las mejores prácticas conducentes al cumplimiento de los objetivos, políticas y estrategias del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Se integra por delegados/as en carácter honorario, que representan a:

-
- Organizaciones no gubernamentales vinculadas a los temas de cuidados (Red Pro-Cuidados, Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas (ONAJPU), Asociación Nacional de Organizaciones no Gubernamentales (ANONG), Comisión Honoraria Nacional de Discapacidad (CHND),
 - Academia: Universidad de la República (UdelaR), Universidad Católica (UCU), Centro de Investigaciones Económicas del Uruguay (CIEDUR), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO),
 - Trabajadores: PIT-CNT // SUAP
 - Entidades privadas que prestan servicios de cuidados: Cámara Uruguaya de Servicios de Acompañante (CUESA), Plan CAIF, Federación de Cooperativas de Producción del Uruguay (FCPU)
-

El Sistema de Cuidados es el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Permite socializar los costos vinculados a las tareas de cuidado, así como generar servicios públicos, o estimular y regular la oferta privada; por lo que comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes. Entre sus objetivos está mejorar la oferta actual en materia de cuidados, tanto en calidad como en acceso, ampliar y crear servicios de cuidados, formalizar y formar a las personas que hoy cuidan remuneradamente, así como a potenciales trabajadores/as.

2.2.2. ¿POR QUÉ LA IMPORTANCIA DE POLÍTICAS DE CUIDADOS?

En la actualidad es indiscutible el incremento en la demanda de cuidado, ya que existe un creciente déficit en la capacidad de brindar los cuidados requeridos por la sociedad uruguaya. Esta situación está asociada a cambios profundos dados a nivel del mercado de trabajo, a nivel sociocultural y demográfico:

➤ Transformaciones en el mundo del trabajo y en la estructura del empleo

Se destaca el crecimiento de la tasa de actividad laboral femenina, lo que deriva en que la mujeres se inserten cada vez más al mundo del trabajo remunerado. Dichas transformaciones en el mundo laboral remunerado, son resultado de procesos emancipatorios por parte de las mujeres, pero que tienen repercusiones en la vida social, en los arreglos familiares y también en el mercado de trabajo.

➤ Modificaciones en la dinámica demográfica del país y gran parte del mundo

El envejecimiento creciente de la población, constatado en el aumento del grupo de personas de 60 años y más³. En Uruguay, el índice de envejecimiento de la población ha ido aumentando progresivamente. Este aumento de la esperanza de vida debe ser entendido como un logro social, pero implica grandes desafíos en la implementación de políticas de desarrollo que permitan asegurar la calidad de vida de la población de forma equitativa. Específicamente en tema de cuidados, uno de los desafíos radica en un aumento de personas en situación de dependencia y por ende, de la demanda de cuidados.

➤ Cambios en las estructuras de las familias

Nuevos arreglos familiares que rompen con los mandatos de la familia tradicional compuesta por un hombre y una mujer, en donde se entiende al hombre como el proveedor inserto en el mundo público, y a la mujer inserta en el ámbito privado del hogar. El aumento de hogares con jefatura femenina y la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, junto a un cuestionamiento de las asignaciones de roles familiares tradicionales y las características familiares actuales, han generado cambios profundos en las posibilidades de brindar cuidados. (Findling y Lopez, 2018)

Por todo esto, el aumento de personas en situación de dependencia y una menor cantidad de tiempo para realizar tareas de cuidado a la interna de las familias, derivó en que los cuidados comenzaran a salir de la órbita

³Actualmente en el mundo hay 900 millones de personas de 60 años y más. Según Naciones Unidas, en 2017 había 76,3 millones de personas mayores en América Latina y el Caribe, que representaban el 12% de la población regional. En 2030 las personas mayores representarán el 17% de la población total de la región, mientras que en 2060, representarán el 30% (CEPAL, 2019).

familiar, surgiendo una gran variedad de prestadores de servicios privados, cuya naturaleza jurídica, forma de financiamiento y sobre todo, calidad de los servicios brindados, es diversa. En este sentido, la intervención estatal es necesaria para garantizar la transparencia, calidad e igualdad de acceso a los servicios.

Asimismo, la atención de las personas en situación de dependencia es fundamental, porque su no consideración genera situaciones de desigualdad e inequidad:

-
- Desigualdades en la población entre quienes tienen arreglos familiares y/o capacidad de compra de servicios de cuidados y los que no cuentan con esa posibilidad.
 - Desigualdades entre quienes llevan adelante la función de cuidar de manera no remunerada, y los que pueden contratar el servicio, o disponen de otra integrante de la familia para hacerlo.
 - Desigualdades de género que limitan las posibilidades de desarrollo y autonomía de las mujeres.
-

Las políticas públicas del Sistema de Cuidados son fundamentales por una cuestión de derechos y de sustentabilidad social, y por una cuestión de igualdad de género:

Por una cuestión de derechos y sustentabilidad social, ya que se reconoce al cuidado como un derecho que cumple funciones esenciales para el desarrollo y el bienestar colectivos y que, por tanto, debe ser visibilizado, revalorizado y redistribuido entre todos los agentes que se benefician del mismo.

El Sistema de Cuidados busca generar un modelo social de corresponsabilidad entre familias, Estado, comunidad y mercado. Esto supone un modelo en el que se reconoce el valor de los cuidados y se brindan garantías para su provisión, redistribuyendo las cargas, con énfasis en la desfamiliarización y en la participación del Estado como garante.

Por una cuestión de igualdad de género⁴, porque es necesario fomentar la corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres, quienes deben participar en la misma medida en el trabajo no remunerado, de modo que ambos tengan las mismas oportunidades para desarrollar su vida personal, familiar y laboral.

⁴ Documento de Unidad de Género de la Secretaría Nacional de Cuidados, 2019.

EN RESUMEN, EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS:

- ❖ Contribuye al reconocimiento del trabajo de cuidados como base del bienestar social.
- ❖ Aporta a la desnaturalización de los roles tradicionales de género basados en la división sexual del trabajo, promoviendo el involucramiento de varones en el cuidado.
- ❖ Aporta a la reducción de desigualdades de género en el mundo del mercado de trabajo, facilitando la incursión de las mujeres con responsabilidades de cuidado.
- ❖ Contribuye a reducir desigualdades de acceso, permanencia y egreso en el sistema educativo, generando condiciones que permitan la sostenibilidad educativa de mujeres jóvenes.
- ❖ Promueve una distribución más equitativa del trabajo de cuidados entre sociedad, mercado, familia y Estado.
- ❖ Constituye una respuesta ajustada a la creciente demanda de cuidados.
- ❖ Mejora las condiciones de trabajo de las personas que cuidan de manera remunerada, a partir de la regulación del trabajo de cuidados y de la formación de las personas que cuidan. (Elaborado en base a documento interno de la Unidad de Género).

2.2.3. POBLACIÓN OBJETIVO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS

LA POBLACIÓN OBJETIVO DEL SNIC ES:



Infancia

(con énfasis en la primera infancia 0 a 3 años)



Personas que se encuentran en situación de dependencia, en todo el ciclo de vida.

- Niños, niñas y adolescentes en situación de dependencia
- Jóvenes en situación de dependencia
- Personas adultas en situación de dependencia
- Personas mayores en situación de dependencia.



Personas que cuidan

TRABAJAMOS CON PERSONAS:

Debemos tener siempre presente el momento vital en el que se encuentra la persona, tanto como su situación de dependencia.

- ❖ No trabajamos en el campo de la salud (a pesar de que las acciones de cuidado pueden producir efectos notorios en la salud de las personas) sino en el campo de los cuidados. Por lo tanto, las personas no son pacientes.
- ❖ No trabajamos con “la dependencia”, con la discapacidad o con la vejez. Trabajamos con las personas.
- ❖ No trabajamos con “el o la beneficiario/a”. Acceder a servicios de cuidados no debe ser entendido como un beneficio, sino como un derecho. Las personas son usuarias de prestaciones y servicios.
- ❖ No trabajamos con “los o las dependientes”. Su situación no los define, los define su ser personas, de ahí que debamos referirnos a las personas en situación de dependencia.
- ❖ **No todas las personas mayores se encuentran en situación de dependencia.**

Entre quienes habitan Uruguay, aproximadamente 490.000 personas tienen 65 años y más. Estimaciones a partir de la Encuesta longitudinal de protección social

(ELPS) muestran que un 12.9 % de las personas de 65 años y más se encuentran en situación de dependencia.

En cuanto a los niveles de dependencia de las personas mayores, un 33% tiene un nivel de dependencia leve, el 39% se encuentra en situación de dependencia moderada y un 28% tiene dependencia severa. El nivel de dependencia (leve, moderada o severa) aumenta a mayor edad de la persona y se agudiza entre las personas de 80 años y más. Por su parte, es mayor entre las mujeres y en los quintiles de mayores ingresos (asociado a la diferencia en las estructuras de edades según ingresos)⁵.

Por otro lado, es posible afirmar que las personas mayores, incluso aquellas que se encuentran en situación de dependencia, llevan a cabo tareas de cuidados con sus parejas, hijas/os en situación de dependencia, o nietas/os pequeños, entre otros. Por lo que las personas en situación de dependencia, especialmente las mayores pueden necesitar cuidados y a la vez ser cuidadoras.

⁵Información disponible en la Memoria quinquenal 2015-2020 del Sistema Nacional de Cuidados: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/informacion-gestion/memorias-anales/memoria-quinquenal-2015-2020-del-sistema-nacional-cuidados>

Desde hace tiempo un equipo de investigadores de la Universidad de la República viene realizando un estudio cuyo objetivo es profundizar aún más en los datos aportados por las diferentes fuentes de información, acerca de la medición de la dependencia en las poblaciones del SNIC.

Según palabras textuales de las investigadoras: *“este estudio, Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia, busca estimar cuál es la prevalencia de la dependencia en personas mayores o en situación de discapacidad en Uruguay y ubicar estos resultados en relación con la prevalencia de la dependencia en otros países en desarrollo y desarrollados. Utilizando los datos de las dos olas de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013 y 2015), se encontró que la prevalencia oscila entre el 5 y 17% de las personas de 60 años y más, según el indicador que se utilice. Todos los indicadores muestran que la dependencia aumenta con la edad y que se torna especialmente prevalente entre las personas de 85 años y más. La prevalencia entre las personas menores de 60 años en 2015 es claramente menor que la observada para las personas mayores, ubicándose por debajo del 6% en todos los casos”*⁶

⁶ Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia (UDELAR): <http://www.iecon.ccee.edu.uy/dt-02-21-medicion-de-la-dependencia-en-uruguay-contexto-y-estimacion-de-la-prevalencia/publicacion/791/es/>

❖ **No todas las personas con discapacidad se encuentran en situación de dependencia.**

Se trata de una percepción social extendida vinculada mayormente con las concepciones sociales y estereotipos. A partir de estigmatizaciones e imaginarios construidos y transmitidos históricamente, se cataloga a las personas con discapacidad en un rol pasivo y relacionado a una enfermedad, reduciendo sus identidades a una única condición: la de fragilidad.

Esta perspectiva histórica promovida por un modelo sanitarista coloca toda la responsabilidad en la salud de las personas y en la intervención sanitaria, como respuesta exclusiva. El modelo de cuidados en el que se propone avanzar, mantiene que existe responsabilidad social sobre la dependencia, y que es necesario un abordaje integral y complementario al de la salud.



2.3.

ÁMBITOS DE TRABAJO: SERVICIOS DE CUIDADOS

Decreto 427/016 CAPÍTULO III)

2.3.1. SERVICIOS DE CUIDADOS EN DOMICILIO (ART. 20)

Los servicios de cuidados en domicilio constituyen el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Pueden ser realizados en su domicilio o a partir del domicilio. Se clasifican en:

Asistentes Personales

Cuidados de larga duración para personas en situación de dependencia severa.

La prestación de Asistentes Personales busca facilitar el acceso a cuidados de calidad por parte de las personas en situación de dependencia severa que residen en sus domicilios particulares, en un marco de corresponsabilidad y equidad. La persona usuaria accede a un subsidio económico total o parcial, destinado a la contratación de un/a asistente personal con una carga de 80 horas mensuales.

La asistencia y el acompañamiento en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) supone que la persona que se encuentre en situación de dependencia severa, acceda a una ayuda profesional adaptada personalmente. Esta asistencia no supe las actividades que corresponden a profesionales de otros sectores del Estado (salud, educación, etc.), ni a la familia o cuidador/a principal.⁷

La tarea del Asistente Personal consiste en la asistencia en las actividades de la vida diaria⁸ (básicas,

⁷La denominación Asistente Personal fue largamente discutida en la Comisión Interinstitucional de Formación del SNIC, en el entendido de que el rol y las tareas que llevará adelante la figura definida por el programa, no responden a la definición internacionalmente acordada como Asistente Personal, siendo más amplia que ésta. No obstante, abandonar esta denominación resulta dificultoso en tanto la creación del programa está enmarcada en los artículos 25 y 26 de la Ley 18.651. A los efectos de esta prestación se entiende que la figura del Asistente Personal está capacitada tanto para asistir en las AVD como para discernir respecto de aspectos relativos a la calidad de vida de la persona en situación de dependencia severa.

⁸Las Actividades de la vida diaria (AVD) han tenido una evolución conceptual a lo largo de décadas, desde la idea de la higiene personal hasta hoy día que incluyen las referidas a la inclusión en diversos ámbitos sociales, educativos, recreativos, culturales de la persona. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) descritas por Katz et alia , hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. Podemos agregar además que mayormente incluyen aquellas que si no se realizan desencadenaría la muerte de la persona: alimentación, vestirse, higiene, micción, defecación,

instrumentales, y avanzadas), que promuevan la autonomía de las personas en situación de dependencia severa. Las actividades son convenidas entre las partes, o sea entre la persona usuaria (su familia de ser necesario) y el/la asistente, dentro del marco del perfil laboral definido.

El ámbito de trabajo del asistente personal o el espacio donde va a desarrollar la tarea, puede ser variado según las necesidades de la persona.

Al asistir a la persona usuaria en las actividades básicas, como también en las instrumentales y avanzadas con el objetivo de promocionar la autonomía, naturalmente la tarea puede ser en el domicilio de la persona, pero también en el centro educativo, en espacios recreativos, en una plaza o el club, en su lugar de trabajo, etc. Es importante en el comienzo del vínculo laboral acordar y establecer cuáles van a ser los espacios donde se va a requerir el apoyo del asistente personal, teniendo en cuenta que la vida es muy dinámica y que pueden haber cambios que deberán ser acordados entre el/la Asistente Personal, la persona usuaria y su familia cuando corresponda.

Algunas reflexiones acerca de los y las Asistentes Personales en los centros educativos

Es sabido que la presencia de los/las Asistentes Personales genera dudas en el ámbito educativo.

-
- ¿Es conveniente el/la asistente personal en el aula?
 - ¿Al concurrir a la institución educativa, libera tiempo de cuidado de la familia?
 - ¿Se carga al asistente personal con tareas que no forman parte de su rol y sí son del sistema educativo?
-

cambio en la posición del cuerpo, etc. Las Instrumentales (AIVD) propuestas por Lawton y Brody (1969), permiten una vida independiente en la comunidad. Implican un grado mayor de complejidad a nivel cognitivo y motriz: transporte público o manejar un auto, escribir, leer, usar teléfono o una PC, cuidar a otras personas, cuidar de su propia salud, administrarse su medicación, etc. Las Avanzadas (AAVD) que responden a las vinculadas a la inclusión (participación, trabajo, educación).

A todas estas interrogantes, y seguramente a muchas otras, se podría responder de forma afirmativa y negativa al mismo tiempo. O mejor aún, la respuesta dependerá de la singularidad de cada situación. De todas maneras, se puede afirmar que en la infancia y en la adolescencia, buena parte de la vida transcurre en el centro educativo. Infancia, adolescencia y educación, son conceptos que van siempre juntos. Así como no se debe impedir el ingreso del alumno o alumna al centro educativo con su silla de ruedas, tampoco se le puede impedir el ingreso con su asistente personal. Por otro lado, tampoco es lícito exigir que el niño o la niña concurra con su asistente personal para poder ingresar.

-
- Cuándo se exige esto ¿se lo hace sabiendo cuál es el rol y la tarea del asistente personal?
 - ¿Qué expectativas coloca la institución sobre la figura del asistente personal?
-

El Decreto 427/016⁹ que reglamenta la Ley 19.353 del Sistema de Cuidados, define con claridad las actividades de la vida diaria. La educación se encuentra categorizada dentro de las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), por lo que no se advierten reparos a primera vista, para que el niño, la niña o adolescente, concurra al centro educativo con la persona que le asiste personalmente. Esto no significa que el/la asistente personal asuma actividades didácticas o pedagógicas para las que no tiene formación, o que asuma una responsabilidad que le exceda en cuanto a la inclusión educativa.

Por otro lado, su presencia se vuelve indispensable a la hora de acompañar al niño, niña y adolescente, por ejemplo, ayudando a regular su conducta o ayudándolo a mantenerse en su lugar. A veces alcanza sólo con tocar su brazo para que mantenga la calma, o decirle una palabra tranquilizadora, que no será recibida de la misma forma, si quien se la dice es otra persona.

A su vez, la asistencia a la hora de ir al baño, de comer, higienizarse y desplazarse, son actividades básicas cuyo cumplimiento es inherente al rol del asistente personal. Las dificultades para realizar estas actividades básicas no desaparecen cuando el niño o la niña traspasa la puerta de la escuela.

“Antes de que Jessica estuviese con Luz, muchas veces me llamaban del jardín y tenía que volverme rápido en la moto para poder ayudarla con las cosas más básicas”, explica. “Ahora, sé que Jessica la cambia si tuvo que ir al baño y también la ayuda a concentrarse y seguir la clase”, afirma.

Testimonio en Memoria Quinquenal SNIC: Jessica acompaña a Luz al jardín y después la lleva a jugar a la plaza de Chamizo, el pueblo floridense donde viven. Grisel, la mamá de esta niña, trabaja a unos diez kilómetros del pueblo.

Naturalmente los procesos en el desarrollo de la autonomía son singulares y dependen de cada niño o niña. El/la asistente personal, como promotor/a de la autonomía deberá estar atento a esto. Es así que algunos niños y niñas han debido concurrir a la escuela en un inicio con su AP, pero al aparecer posibilidades de mayor autonomía, el/la asistente personal puede retirarse gradualmente del salón de clases.

-
- Cuando el o la asistente personal cumple con las tareas para las cuales está habilitado/a en la institución educativa ¿está haciendo inclusión? Está colaborando para la presencia del niño, niña, adolescente en la institución educativa.
 - ¿Que el niño/a ingrese a la institución educativa es inclusión? No. Hay tres características definidas para que se cumpla la Educación Inclusiva: los niños y las niñas deben poder estar, permanecer pero también participar y fundamentalmente aprender. (Ainscow y Echeita, 2017)
-

En nuestro país aún se concibe a la educación inclusiva como aquellas medidas que permiten albergar a niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Sin embargo, a nivel internacional se ha avanzado en un cambio de paradigma por el cual la Educación Inclusiva es concebida como una perspectiva más amplia, implicando reformas que apoyen la diversidad de todos los alumnos y alumnas, y no sólo a alumnas y alumnos con discapacidad.

⁹<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/institucional/normativa/decreto-427017-art-16-catalogo-definiciones-del-sistema-cuidados>

”La educación inclusiva, más que un tema marginal que trata sobre cómo integrar a ciertos estudiantes a la enseñanza convencional, representa una perspectiva que debe servir para analizar cómo transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje, con el fin de responder a la diversidad de los estudiantes. El propósito de la educación inclusiva es permitir que los maestros, maestras y estudiantes se sientan cómodos ante la diversidad y la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender” (UNESCO, 2005, pág. 14).

En ese sentido es posible afirmar que las acciones que se llevan adelante por parte del sistema educativo uruguayo para la integración de niños, niñas, adolescentes con discapacidad, es sólo una porción de un universo mucho más vasto y complejo llamado Educación Inclusiva. La inclusión es un proceso al igual que en otros países, Uruguay lo está transitando. Mucho se ha hecho pero aún falta mucho por transitar.

2.3.2. SERVICIOS DE CUIDADOS DIARIOS (ART. 21)

Los servicios de cuidados diarios brindan atención ambulatoria a personas en situación de dependencia. Tienen como objetivo la permanencia de las personas en su entorno y comunidad y pueden contribuir a alcanzar mayores niveles de autonomía a las personas en situación de dependencia.

Centros de día

El servicio Centro de Día del SNIC, consiste en un centro gerontológico social, con una fuerte base comunitaria, que brinda cuidados integrales a las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en un régimen ambulatorio, con el fin de contribuir a su autonomía, favorecer la permanencia en su entorno habitual y redistribuir la carga de cuidados con la familia.

El servicio ofrece un espacio de cuidados, socioterapéutico y polivalente para todo tipo de dependencias leves o moderadas; un espacio de contención y apoyo para familias o personas que cuidan, y un espacio de apoyo y formación continua a los/las trabajadores/as del centro. Los Centros de Día representan una posición intermedia en la cadena de cuidados entre el domicilio y la institucionalización.

2.3.3. SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA ESTADÍA (ART. 22)

Los servicios de cuidados residenciales pueden ser de larga o media estadía.

- Los servicios de cuidados de larga estadía brindan atención personal continuada, convirtiéndose en la residencia habitual de la persona.
- Los servicios de cuidados de media estadía brindan atención personal temporal, en períodos de 24 horas o más.

Se clasifican en:

- a) Centros de larga y media estadía
- b) Casas comunitarias de cuidados de larga y media estadía en el domicilio del cuidador.

2.3.4. SERVICIOS DE CUIDADOS A DISTANCIA (ART. 23)

Los servicios de cuidados a distancia brindan atención estable y permanente basada en las tecnologías de la información y la comunicación. Se incluye dentro de este grupo a la Teleasistencia, un método que busca asegurar la recepción-derivación inmediata y oportuna, ante las diferentes necesidades de una persona. El servicio puede incluir también el acompañamiento a la persona como forma de contención y seguimiento de su estado general.

2.4.

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA-AUTONOMÍA RELACIONAL E INTERDEPENDENCIA

El modelo de Cuidados del SNIC está centrado en la persona, lo que implica asistencia y cuidados, pero muy fundamentalmente la promoción de la autonomía de las personas.

2.4.1. CONCEPTO DE DEPENDENCIA (LEY 19.353)

Se entiende por situación de dependencia al estado en el que se encuentran las personas que por distintas razones tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para la realización de actividades de la vida diaria y referidas al cuidado personal.

2.4.1.a. ¿Cómo se valoran las situaciones de dependencia?

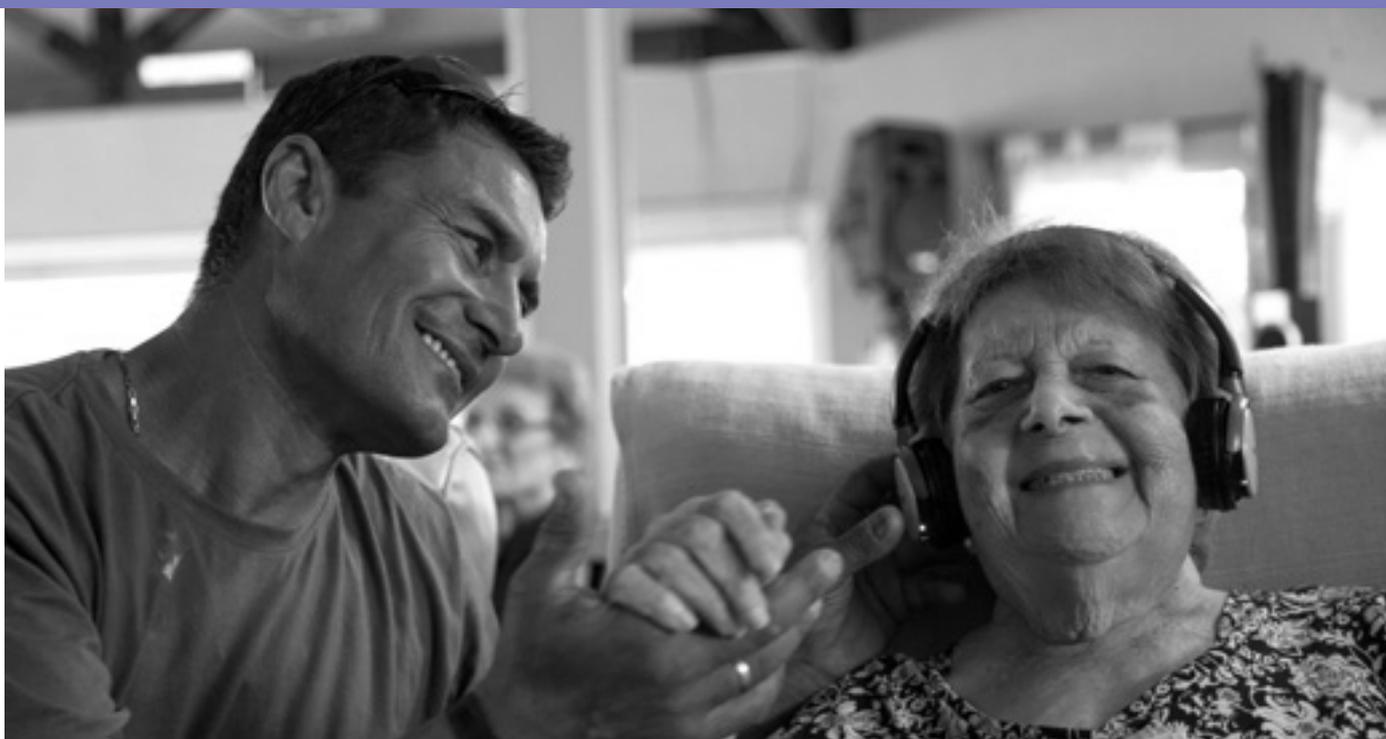
(Artículo 3° de la Ley N° 19.353) La valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se realiza tomando como instrumento el Baremo de Dependencia desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social. Se trata de un instrumento que determina los criterios objetivos para la valoración

del grado de dependencia de las personas, en el que se toma en cuenta la sumatoria combinada y ponderada de:

-
- Las tareas en las que la persona necesita ayuda y el problema de desempeño que presenta.
 - El tipo de apoyo que demanda.
 - La frecuencia con que necesita ese apoyo.
-

Esta valoración es realizada por técnicos calificados, y contar ayudarse de informes de salud y del entorno. Además de completar el formulario correspondiente, debe llevarse a cabo una instancia de observación y de intercambio con la persona y su referente de cuidados.

La aplicación del Baremo da como resultado un valor numérico dentro de un rango, que se traduce a un nivel de dependencia (Severa, Moderada, Leve y Sin Dependencia).



Este **índice** objetiva la cantidad de actividades y tareas que la persona es capaz de ejecutar, en combinación con la necesidad de asistencia de un tercero. En relación a esta asistencia, se consideran dos componentes:

A. TIPO DE APOYO:

- **Supervisión:** estimulación verbal o gestual a la persona, mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente. También incluye la orientación en la toma de decisiones.
- **Física parcial:** Colaboración física con la persona, para la ejecución parcial o completa de la tarea.
- **Sustitución Máxima:** La persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo.
- **Asistencia Especial:** Cualquiera de los apoyos anteriores, cuando su asistencia al desarrollo de la tarea resulta obstaculizada por condiciones excepcionales de salud, tales como sordoceguera, obesidad, trastornos comportamentales o cualquier otra situación en la que se dificulta la prestación de apoyo.

B. FRECUENCIA:

- Casi nunca
- Algunas veces
- Bastantes veces
- Mayoría de veces
- Siempre

2.4.1.b. Niveles de dependencia

La aplicación del Baremo resulta en un índice que ordena las situaciones de las personas y permite agruparlas, según su nivel de dependencia en:

-
- sin dependencia
 - dependencia leve
 - dependencia moderada
 - dependencia severa
-

Las personas en situación de **dependencia leve** son aquellas que necesitan ayuda de otra para realizar

alguna actividad instrumental de la vida diaria. Las actividades instrumentales conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, e implican la interacción con el medio más inmediato.

Ejemplos: utilizar distintos sistemas de comunicación (escribir, hablar por teléfono), movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero (compras), establecimiento y cuidado del hogar, cuidado de otros, uso de procedimientos de seguridad, respuesta ante emergencias.

Están en situación de **dependencia moderada** aquellas personas con necesidad de ayuda de otra persona para salir del hogar, realizar tareas domésticas y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidados, movilidad, orientación o funcionamiento mental básico sin llegar a los altos niveles de dependencia considerados en el grupo anterior.

Las personas en situación de **dependencia severa** necesitan el apoyo de otra para realizar actividades básicas de la vida diaria, que son el conjunto de actividades primarias de la persona, ligadas a la supervivencia y a la condición humana. Son las actividades encaminadas al autocuidado y movilidad, a la capacidad de orientarse, entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, reconocer personas y objetos.

Ejemplos: comer, controlar esfínteres, vestirse, bañarse, trasladarse, etc.

El Baremo de Dependencia aporta información sobre actividades, tareas, frecuencias y tipos de apoyos que necesitan las personas, brinda una línea de base de la dependencia y permite generar criterios para la asignación de prestaciones en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

2.4.2. ¿QUÉ ES LA AUTONOMÍA?

El cuidado de las personas en situación de dependencia siempre debe buscar la promoción de autonomía. Esta no debe entenderse en términos de autosuficiencia o de capacidad de hacer todo por sí mismo, sino como el derecho y la capacidad de la persona de decidir y ejercer el control de su propia vida.

2.4.2.a. Autonomía Relacional

Al ser seres sociales que vivimos en comunidad nuestra autonomía está ligada a otras personas y a nuestro entorno social-histórico, ambiental, tecnológico, cultural, etc. No se puede concebir a la autonomía aislada e individual, sino que esta es relacional.

2.4.2.b. ¿La autonomía es lo opuesto a la dependencia?

La situación de dependencia implica la necesidad de ayuda de otras personas para satisfacer necesidades, resolver obstáculos o generar un proyecto. La dependencia alude a la vulnerabilidad intrínseca del ser humano y es también una condición inherente a él. Pero como plantea Chiara Cerri (2016)¹⁰, la autonomía relacional no se opone a la dependencia, al contrario, si para que haya autonomía es necesario mantener relaciones con el entorno social, significa que la dependencia es constitutiva de la autonomía. Por eso, sería más ajustado hablar de interdependencia, ya que dependemos de otros para lograr nuestra autonomía.

Entonces:

-
- ¿Por qué los cuidados promocionan la autonomía?
 - ¿Cómo puede una persona en situación de dependencia severa tener autonomía?
-

2.4.2.c. La dependencia nos habla de la autonomía de la persona

La idea de pérdida de la autonomía basada exclusivamente en las limitaciones para realizar las actividades y/o en los déficits en las funciones y estructuras corporales, resulta riesgosa a la hora de pensar en cuidados. Restringe los cuidados a la estimulación de la función, a una recuperación o rehabilitación. Es como si se entendiera a la autonomía como la “cura” de la dependencia. Y si bien los cuidados pueden generar repercusiones positivas en la salud de la persona, no deben limitarse a ello.

Pensemos en una persona que presenta limitaciones severas en las funciones corporales y que no va a tener una recuperación.

-
- ¿Puede tener autonomía?
 - Es posible pensar en un plan de promoción de su autonomía o no hay nada para hacer?
 - ¿El plan, debe restringirse a la asistencia en las actividades básicas, o sea aquellas que exclusivamente le permitan seguir viviendo?
-

Como plantea Chiara Cerri, la autonomía no es una condición de la persona que se gana o se pierde. No tiene que ver con la inexistencia de limitaciones para las actividades, o la posibilidad de hacer las cosas por sí mismo.

¹⁰Cerri, Chiara. «Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores». Athenea digital, [en línea], 2015, Vol. 15, n.º 2, pp. 111-40, <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/295594>

La situación de dependencia no tiene que ver con la pérdida de autonomía. Por el contrario, la situación de dependencia nos va a mostrar qué necesita la persona para generar niveles crecientes de autonomía.

Tener déficits y limitaciones para las actividades no es igual a la pérdida de autonomía. No poder ejercer la autonomía ocurre cuando la persona no dispone de las ayudas y la asistencia necesaria para realizar las actividades de su vida, ya sea desplazarse, comer o tomar una decisión.

Por lo tanto, en un modelo de cuidados basado en la interdependencia y la autonomía relacional, el énfasis no debe ponerse en la pretendida autonomía «física».

“Esto implica asumir que no existe una autonomía individual(ista) que se pierde y/o se recupera. Sino que todas y todos vemos nuestra autonomía tomar forma(s) en el transcurso del tiempo y en los diferentes contextos a través de las interacciones con los demás. Por este motivo, considerar la interdependencia como constitutiva del ser humano no significa rechazar la idea de la autonomía en sí misma. Significa considerar que sin los demás nunca podremos llegar a ser autónomos, porque nunca podremos llegar a individuarnos a nosotros mismos.”¹¹

¹¹Chiara Cerri (2015) «Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores». Athenea digital, [en línea] Vol. 15, n.º 2, pp. 111-40, <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/295594>

La propuesta de Chiara Cerri nos obliga a distanciarnos de la noción de “pérdida de autonomía”, y a recordar que la tarea no se reduce en vestir a la persona, higienizarla o darle de comer, sino que implica primero que nada considerar su deseo, diseñar un plan junto con ella o con un referente de cuidado significativo.

En este modelo de cuidados centrado en la persona, es prioritario saber de qué manera la persona quiere ser asistida al vestirse, al alimentarse, cuáles son las actividades de recreación que le interesan, a qué lugares quiere ir, cuál es su proyecto para su vida y cuáles son sus redes de apoyo, entre muchas otras cosas.

No hacemos por la persona ni para ella. Sino, con ella.



2.5.

¿DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD SON LO MISMO?

La noción de dependencia es relativamente reciente y más aún en nuestro país. Resulta más sencillo por conocido, pensar en términos de discapacidad, de déficits o limitaciones y muy fundamentalmente en términos de diagnósticos provenientes del campo de la salud. Naturalmente tendemos a ir hacia ese territorio, hacia una manera de pensar los cuidados que nos resulte más conocida o más conocida por otros que históricamente han dicho qué y cómo tenemos que cuidar.

2.5.1. NOCIÓN DE DISCAPACIDAD

Como las demás categorías que estamos analizando, la discapacidad como concepto es principalmente un territorio en permanente construcción, que se reformula según el momento histórico.

En el año 1997 la OMS (Organización Mundial de la Salud) adopta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y define la discapacidad como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se encuentra. En sus dimensiones biológica, individual y social, abarca lo que la OMS llama las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

-
- Las deficiencias refieren a problemas que afectan a una estructura o función corporal;
 - Las limitaciones de la actividad involucra dificultades a la hora de ejecutar acciones o tareas específicas;
 - Las restricciones de la participación son dificultades asociadas a la participación en distintas situaciones y el espacio social en general.
-

Por su parte, en diciembre de 2006 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el texto de la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹².

¹²En su redacción participaron activamente organizaciones y colectivos de personas con discapacidad, recogiendo la experiencia y el trabajo conjunto de cara a visibilizar y aportar a la comprensión de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, y la necesidad de trabajar hacia la igualdad y no discriminación.

Según la Convención (Artículo 1), *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”*

Se percibe un avance en la manera de concebir la discapacidad: de ser producto de las deficiencias ubicadas exclusivamente en la persona, a ser el resultado de la interacción de la persona y las barreras en su entorno, las cuales impiden la realización de actividades y la inclusión plena de las personas en todos los ámbitos de lo humano¹³.

2.5.2. LOS SÍNTOMAS, LOS DIAGNÓSTICOS Y LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Desde nuestro campo de los Cuidados debemos esforzarnos por familiarizarnos con la noción de dependencia, y pensar todas nuestras intervenciones desde ese marco conceptual.

El dominio de las nociones de dependencia, promoción de la autonomía, el Modelo de atención centrado en la persona y las tareas de asistencia en las actividades de la vida diaria (AVD), componen nuestra caja de herramientas, brindándonos competencias que van más allá de los diagnósticos y de las discapacidades.

Un mismo síntoma o dificultad pueden responder a diferentes diagnósticos, como por ejemplo, los trastornos en la deglución. Sin embargo, lo que nos permitirá intervenir eficazmente si el niño se atraganta, no será el diagnóstico, sino el vínculo establecido con ese niño, y naturalmente conocer la maniobra para ayudarlo.

Las situaciones de dependencia severa que involucran discapacidad psicosocial, pueden ser muy interpelantes. En salud mental, los diagnósticos en la infancia y adolescencia no deberían definir por sí solos nuestras acciones de cuidado. Los diagnósticos

¹³En el siguiente enlace puede verse una línea de tiempo con hitos en la legislación del Estado uruguayo en materia de derechos de las personas con discapacidad. Los mismos han sido fruto de la lucha de las organizaciones de las personas con discapacidad por sus derechos: <https://uruguay.unfpa.org/Linea-del-tiempo-discapacidad>



son hipótesis de trabajo, de tratamiento y de posibles pronósticos válidos, comprensibles a cabalidad exclusivamente en el campo de la salud.

En el campo de la salud mental, como plantea la doctora en Psicología Gisela Untoiglich (2013: p.266) **En la infancia, los diagnósticos se escriben con lápiz.**¹⁴

¡No sobreproteger!

“Suele creerse erróneamente que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad necesitan más afecto, más protección y amor. Sin embargo, es común que sean no las necesidades de los/las adolescentes sino los temores y dificultades de los adultos ante la situación de discapacidad los quieren

¹⁴Cristóforo, Adriana Untoiglich, Gisela, et al. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc, 266 p. Psicología, Conocimiento y Sociedad [en línea]. 2013, 3(2), 163-173[fecha de Consulta 28 de Enero de 2022]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410009>

“compensarse” con una mayor aprehensión y un cuidado excesivo. No se trata que los adolescentes con discapacidad sean “iguales” a los otros (no hay dos personas iguales) sino que sus diferencias no son necesariamente una desventaja o una limitación. Quien tiene una discapacidad puede muchas veces hacer las cosas como el resto de las personas, si cuenta con los apoyos necesarios y se promueve la confianza. La sobreprotección suele crear más temores y generar dependencia, impidiendo que la persona desarrolle su autonomía y fomentando que se acostumbre a depender de otros en lugar de desarrollar las capacidades propias. Al igual que sus otros pares, los adolescentes con discapacidad necesitan conocerse y aceptarse a sí mismos para lograr toda la autonomía posible en sus actividades cotidianas.” (Meresman S., MIDES, 2016)¹⁵

¹⁵Tomado de “Es parte de la vida” II y Adaptado de la Guía de Inclusión Temprana, cartilla para familias “Traer un niño al mundo es siempre un desafío”, Meresman S., MIDES 2016.

ALGUNAS PROPUESTAS DESDE LOS CUIDADOS:

- ❖ Darnos permiso para conocer a la persona tal cual es.
- ❖ Darle a la persona la oportunidad de darse a conocer, pero no a través de su diagnóstico o de su discapacidad, a menos que ella elija hacerlo así.
- ❖ Darle a la persona la oportunidad de conocernos.
- ❖ No existen 2 personas iguales en el mundo.
- ❖ No existen 2 personas con idéntico diagnóstico que sean iguales entre sí.

No es posible ni indicado intentar dominar el conocimiento según diagnósticos. Debemos poder pensar en las competencias transversales de nuestra formación que son buena parte de nuestras herramientas.

Si para desarrollar nuestra tarea, debiéramos poseer conocimientos del universo de diagnósticos, de sus incorporaciones en los manuales, de su eliminación de los manuales, la tarea de cuidados sería prácticamente imposible.

ALGUNAS REFLEXIONES PARA EL O LA CUIDADORA:

- ❖ ¿Ha sido importante para tu tarea conocer de antemano el diagnóstico médico de la persona con la que trabajas? ¿Por qué?
- ❖ ¿Consideras que sin esa información no hubieras podido desarrollar tu tarea?
- ❖ ¿Puedes con tus propias palabras, relatar cuáles son las necesidades de cuidado y de qué manera promoverías la autonomía de la/s persona/s que cuidas?
- ❖ ¿Sientes que puedes aportar información significativa que complemente lo que ya se sabe de la persona por su diagnóstico?
- ❖ Vuelve a leer y contestar estas preguntas pasado cierto tiempo.

Un ejemplo concreto: Un niño con condición del espectro autista

La forma de contener a una persona que se desborda y no logra contener sus impulsos, como por ejemplo un niño con una condición del Espectro Autista, será diferente según el niño¹⁶. A veces alcanza con “poner la situación en palabras” o darle algún objeto querido que le brinde calma, otras veces puede ser una canción, o tomarlo de la mano, en otras deberemos intentar elegir un lugar de la casa más delimitado con un perímetro más pequeño, o muy por el contrario que el niño perciba que dispone de un lugar amplio.

Conocer el diagnóstico es una información que nos puede guiar en la definición de nuestra tarea. Pero, el conocimiento que nos brinda el vínculo con él y su familia es lo que nos permitirá utilizar nuestros recursos

de manera más adecuada. Y tal vez, aportar una manera nueva de intervenir, eficaz y respetuosa.

Toda intervención que hagamos, debe partir del respeto a la dignidad de la persona, en este caso a la dignidad del niño, también de la comprensión de la situación, y en la información que nos aporten quienes más lo conocen.

¹⁶Se eligió este ejemplo porque en los años que se ha desarrollado el servicio de Asistentes Personales en Uruguay, ha habido una demanda constante de formación específica sobre este diagnóstico.

2.6.

LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS. LA DIMENSIÓN RELACIONAL

2.6.1 LA IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS

Los cuidados transitan por el carril del vínculo. Por supuesto, este vínculo no se construye de entrada, sino que al igual que todos los vínculos, lleva tiempo y se construye junto a otras personas.

El vínculo supone un encuentro en el que es posible escuchar y enriquecerse mutuamente. El encuentro en el marco de los cuidados, siempre van a generar emociones en la persona usuaria, en su familia, en la persona que cuida remuneradamente y en el entorno.

Siempre nos impacta, nunca resulta indiferente:

- “¿A quién me recuerda?”

- “No es cómo me esperaba”.

- “Creí que no podía moverse en absoluto, ya que pensaba que todas las personas con ese diagnóstico tenían esa limitación.”

Establecer vínculos es una situación inherente a la condición humana. Las tareas de cuidado o de asistencia personal no son posibles si no se las piensa desde la generación de un vínculo. Aunque voluntariamente nos propongamos dejar por fuera el vínculo generado, pretendiendo generar condiciones de neutralidad o asepsia en la tarea, no es posible.

Al mismo tiempo, debe reconocerse que ese vínculo es asimétrico, ya que la persona cuidadora se ha formado y ha desarrollado capacidades y destrezas para desarrollar la tarea. Sin embargo, esta asimetría no debería implicar relaciones de poder, sino que debería promover un vínculo complementario.

Según Pichón Riviere¹⁷ **los roles complementarios** son cooperativos ya que se da un interjuego entre dar y recibir en forma recíproca. Esta noción, es útil para nuestro trabajo ya que la complementariedad nos

permite entender que la persona tiene potencialidades para aportar a su propio plan personalizado de cuidados. Por otro lado, **los roles suplementarios** implican hacer por la persona y son roles que compiten con las personas o con sus familias, además de imponerse.

Es importante formularnos algunas preguntas que nos ayudarán a orientar nuestra tarea:

- ¿Estamos siendo colaboradores con la familia?

- ¿La familia nos percibe como una competencia?

- ¿Somos colaboradores con la familia pero de todas maneras ella nos percibe como una competencia?

La respuesta a estas interrogantes nos proporcionará información relevante. En esta línea, es importante tener presente que nuestras acciones siempre tendrán repercusiones en los demás. Estas pueden ser positivas o no, las que no tienen que ver necesariamente con el desempeño de esas acciones.

Entre esas repercusiones no debería sorprender que haya niveles de tensión. Por ejemplo, las acciones de promoción de la autonomía pueden entrar en conflicto con la concepción en torno al cuidado o las rutinas de cuidados de la familia. El trabajo de la persona cuidadora puede ser movilizador cuando con sus acciones proponen cambios, formas nuevas de realizar el trabajo y fundamentalmente, una manera diferente de pensar a la persona en situación de dependencia.

Paradójicamente, nuestro trabajo puede generar tensión a medida que la persona generamayor autonomía. En ocasiones, la familia vive con temor y angustia estos cambios, aunque sean positivos. Es vital tener esto en cuenta y poder explicitarlo, más aún, si la persona es un niño, niña o adolescente.

¹⁷Enrique Pichón Riviere, Suiza 1907, psiquiatra, psicoanalista, psicólogo social. Fundador de la corriente de Psicología social del Río de la Plata.

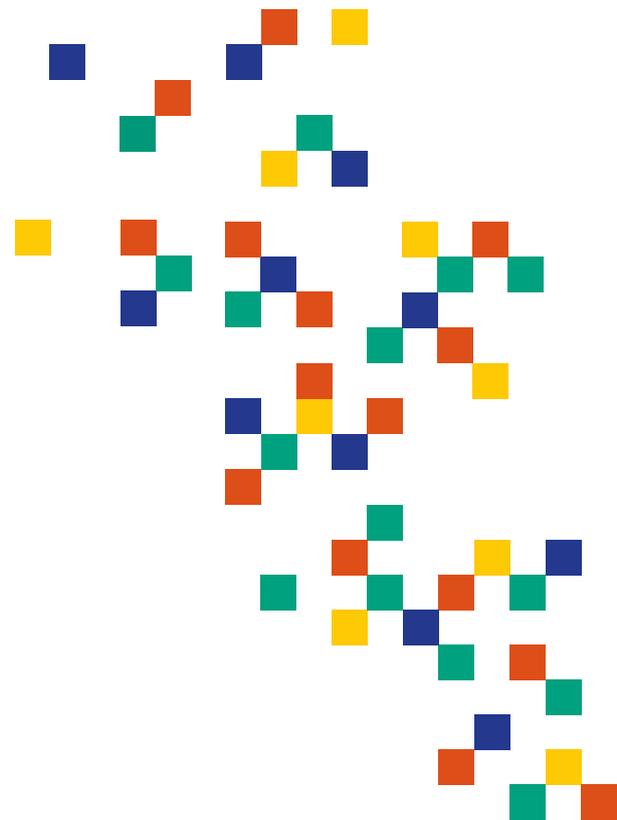
Es importante explicar nuestro trabajo, el objetivo y todo lo que tiene para ganar la persona, pero si esto no es posible, debemos tener presente cuál es el límite en nuestro rol y tarea.

Por último, dos preguntas más:

-
- ¿Habilitamos a la persona usuaria para que complemente nuestras acciones?
 - ¿Creemos en las posibilidades de la persona usuaria?
-

Si no reconozco la complementariedad en los roles, es difícil que pueda promover la autonomía de la persona.

El vínculo debe estar atravesado por el paradigma de derechos y nuestras acciones deben intentar empoderar a la persona. Cuando el vínculo se despoja del modelo asistencialista y autoritario, se generan condiciones de crecimiento y aprendizaje recíprocos.





Cuidados centrados
en la persona



Cuidados centrados en la persona

3.1

LA DIGNIDAD DE LA PERSONA ANTE TODO

El concepto de dignidad se sustenta en el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma, por el mero hecho de su condición humana. Toda persona, independientemente de sus características individuales (identidad de género, edad, etnia, condiciones físicas y psicológicas), situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar, es merecedora de respeto.

La complejidad radica en que la definición de dignidad no es algo objetivo, ya que las acciones que se realizan en su nombre dependen del lugar dónde cada uno sitúe el límite sobre lo que considera digno o indigno. Pero, como se planteó en capítulos anteriores, somos seres sociales que vivimos en sociedad, y el concepto de dignidad también está delimitado por consensos sociales y derechos recogidos en la legislación vigente.

La atención en cuidados debe posicionarse desde una perspectiva de derechos. Para esto, deben tenerse en cuenta los marcos de protección de derechos que refieren a las personas en las distintas etapas del ciclo vital en las que se puede experimentar dependencia, cualquiera sea la causa que la origine:

-
- La Convención sobre los Derechos del Niño.
 - La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
 - La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
 - La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
-

Quizás resulte una obviedad traer estos conceptos, pero la realidad demuestra que las personas en situación de dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

Los aspectos básicos que deben guiar la atención que se brinda a las personas son al menos (Martinez, 2011):

- El bienestar emocional y físico.
- El apoyo a las decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana

- El apoyo y asistencia de las actividades de la vida desde una concepción que reconozca las capacidades de la persona, con la creación de entornos físicos y sociales facilitadores para su desarrollo.
- La protección y garantía de la intimidad y la privacidad.
- La protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal.

- El fomento de la inclusión y participación social.
- El respeto al ciclo vital por el que está transitando la persona. Poder trascender las miradas totalizadoras de las limitaciones de la persona que nublan la mirada integral de su identidad, y tratarla de acuerdo a su edad.

3.2.

MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADOS EN LAS PERSONAS

A lo largo de la historia se ha reconocido la necesidad de desarrollar una atención individualizada de las personas, pero aún persisten distintos modelos.

Los modelos centrados en la persona suponen una nueva concepción sobre los roles y relaciones de quienes son parte del proceso de atención. Fundamentalmente cuestionan y reposicionan los papeles que desarrollan las personas usuarias, sus familias y/o referentes de confianza y los/las profesionales en el marco de la atención.

La principal característica que define a los modelos de atención centrados en la persona frente a otros, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención.

No se pretende negar la importancia de los conocimientos desarrollados hasta ahora por los modelos tradicionales, desprofesionalizar la atención, o menospreciar la necesidad de protocolos, de sistemas de gestión y estándares de calidad en la atención.

La atención centrada en la persona busca un cambio de enfoque en las intervenciones, para lograr los siguientes cometidos:

- ❖ Reposicionar el papel protagónico de la persona usuaria en su atención.
- ❖ Potenciar la autonomía de la persona y distinguir el papel terapéutico de lo cotidiano y significativo de su vida.
- ❖ Concebir la atención desde la coordinación de apoyos de su entorno.
- ❖ Generar estrategias que permitan que la persona dirija todo lo relacionado con asuntos que le conciernen.
- ❖ Por todo lo anterior, toda intervención debe respetar la biografía e identidad de la persona, como aspecto fundante y eje vertebrador de su atención.



Ciclos de vida de las personas



Ciclos de vida de las personas:

infancias, adolescencias, juventudes y vejezes¹⁸

Todas las personas que han accedido a algún servicio del Sistema de Cuidados se encuentran en situación de dependencia. De todas maneras, las intervenciones no deben ser indiferentes a la dimensión generacional de esa persona y de su esfera de interés. Como profesionales del cuidado debemos tener presente a quién tenemos enfrente: ¿se trata de un/a niño/a? ¿de un/a adolescente? ¿de una persona mayor?

Es importante tener en cuenta las características fundamentales de la etapa vital que atraviesa la persona en cuestión, como una primera manera de tomar contacto con la situación y como una primera medida que nos permitirá ordenar nuestro trabajo a la hora de proponer diferentes actividades.

4.1.

CUIDADOS EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

Si bien los cuidados están referidos a niños, niñas y adolescentes en situación de dependencia, nuestro

primer acercamiento debe ser siempre a la condición de niña, niño o adolescente. El primer paso será conocer al niño o a la niña. Descubrir qué le gusta, a qué juega, qué le interesa.

Naturalmente, en esta etapa el relato familiar es un insumo fundamental.

En todo momento será necesario preguntarnos si la presencia de conductas opositoras están relacionadas con el diagnóstico o la discapacidad que presenta la persona, o si una actitud esperable de acuerdo a su edad. A modo de ejemplo, es necesario cuestionarnos: ¿su negativa a intentar vestirse, obedece exclusivamente a la situación de dependencia o a otros aspectos que poco tienen que ver con ella?

En el trabajo con el niño, niña y adolescente, debemos darnos la oportunidad de conocerlos primero que ninguna otra cosa. Para lograrlo, es fundamental confiar en nuestras herramientas teóricas y en nuestro sentido común.

Al igual que con las personas adultas, debemos habilitar a que el niño, niña o adolescente “nos muestre” por dónde ir, de qué manera, en qué tiempos y con qué ritmo.

¹⁸En este capítulo se decidió focalizar en los ciclos de vida definidos por la progresividad actual del Sistema de Cuidados del Uruguay en el acceso a los servicios de cuidados: 0 a 29 años y mayores de 65 años.

4.2. INFANCIAS

La infancia implica mucho más que el rango de edades o tiempo transcurrido entre el nacimiento y la adolescencia.

“La concepción de la infancia como etapa particular y diferenciada dentro del ciclo de vida no siempre existió. Cada contexto histórico, social, cultural y económico posibilita diferentes formas de comprenderla. El concepto de infancia se construye en base a dos componentes: uno social e histórico, que es universal a todos los niños y niñas pertenecientes a una época determinada, y otro individual que refiere a la singularidad y construcción subjetiva de cada experiencia infantil”¹⁹.

Del mismo modo, tampoco hay una única infancia uruguaya, ya que esta será diferente según el lugar geográfico en el que transcurra, o según el nivel de satisfacción de las necesidades básicas del hogar. También la infancia variará si transcurre mayormente en una institución, o si se trata de un niño o de una niña.

Como plantea UNICEF y más allá de las apreciaciones anteriores, al momento de definirla como etapa del ciclo vital, en general se acuerda en que la infancia es un momento de la vida delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse. O al menos eso es lo que debería ser la infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, se sustenta en una nueva definición de la infancia basada en los derechos humanos. La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria. (UNICEF, 1989)

4.2.1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR INFANCIAS?

La infancia constituye una etapa clave en el desarrollo de las personas. De acuerdo al Código de la Niñez y la Adolescencia, se entiende por niño y niña a todo ser humano hasta los 13 años de edad y por adolescente a los mayores de 13 y menores de 18 años de edad.

¹⁹Plan Nacional de INAU para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, 2016 - 2020.

A su vez se plantea la condición de “sujeto en desarrollo”, condición que exige medidas especiales para su protección a ser desarrolladas por la familia, la sociedad y el Estado. El desarrollo infantil involucra la interacción dinámica del niño o niña con su entorno. Desde el punto de vista de la política pública orientada a la protección para un desarrollo infantil adecuado, conlleva a la consideración de distintos ámbitos (ambiente familiar, comunidad e institucional) y actores (familia, agentes de salud y educación, mundo del trabajo), así como también diferentes aspectos salud, crianza, cuidados y educación.

La condición de sujeto en desarrollo, implica considerar que el niño o la niña se encuentran en permanente interacción con los ambientes mencionados, y por ende la necesidad de recibir cuidados de personas adultas. Esta idea implica una relación de dependencia, entendiendo por personas en situación de dependencia a aquellas que necesitan atención y asistencia, así como apoyo para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. En este sentido, los niños y niñas de 0 a 12 años son considerados como población en situación de dependencia en **autonomía progresiva**, muy en particular aquellos en el tramo de 0 a 3 años²⁰.

4.2.2. ALGUNOS APUNTES ACERCA DEL DESARROLLO INFANTIL

En el proceso de desarrollo infantil existen características consideradas comunes, es decir, las más frecuentes en la mayoría de niños y niñas en las diferentes etapas del desarrollo; y existen características particulares, individuales de cada niño o niña.

Es imposible registrar en una guía las características particulares de cada niño/a. A continuación sólo se mencionarán algunas consideradas como las más habituales por rangos de edad.

- **Hasta los 3 años aproximadamente:** interés de conocer las partes de su cuerpo, las funciones, ejecución y finalmente la integración del esquema corporal. Simplificando, el esquema corporal es la idea del cuerpo propio, a la que se llega después de un proceso.

²⁰Tomado de “Niños, niñas y jóvenes con discapacidad en situación de dependencia en Uruguay”, enero 2020. Elaborado por el equipo de la Secretaría Nacional de Cuidados.

Lo esencial en esta etapa, es el conocimiento de sí mismo y su contacto con personas del entorno más próximo y significativo, hacia los cuales desarrolla apego²¹. La no existencia de este factor debe llamarnos la atención.

Ya que niños y niñas aprenden a través de su cuerpo, esto es algo que hay que fomentar sin importar la situación o condición del niño/a en cuestión e independientemente de cuán pequeña o grande sea la actividad.

Ejemplo: si un niño o niña tiene dificultad para devolver la pelota, es importante estimular esta actividad, sin importar de qué manera lo haga.

- **Entre los 3 y los 7 años:** el interés se desplaza más allá de sí mismo. El niño o la niña se interesa en conocer el mundo a su alrededor, usando de forma progresiva, las destrezas construidas (sensoriales, motoras, de comunicación). Intenta comprender a través de ellas a los demás integrantes de su entorno, sus expresiones y la forma de relacionarse entre ellos. El apego se hace más específico hacia las personas de su entorno, y ubica a quien debe imitar y de quien debe diferenciarse.

El juego tiene cada vez mayor importancia porque cobra un sentido simbólico: juega a que duerme, a dar de comer a un muñeco, a ser un perro, puede ser un personaje de fantasía, una caja puede ser diferentes cosas, etc. El mundo, su entorno, es un espacio a conquistar, sin importar cuán pequeña o grande sea esa porción de espacio.

- **Entre los 7 y los 12 años:** continúa el proceso iniciado en la etapa anterior. El niño o la niña ahora puede relacionar las cualidades de los objetos que conoce y de establecer entre ellas relaciones lógicas. Aprende a clasificar en torno a características: por tamaño, por color, por función, etc., para lograr una comprensión más ordenada de lo que le rodea. Analiza lo real, lo que ve, toca, huele, oye, saborea y siente. Es importante señalar que cada niño lo hará siempre a su propio ritmo y velocidad.

Al ver las posibilidades de esta etapa del desarrollo se entiende que coincida con los años de aprendizaje escolar. La escuela puede y debe ofrecer un abanico de posibilidades según lo que necesite cada niño, por

eso, es importante que todos los niños y no sólo los que presenten un desarrollo típico, concurren a ella.

- **Aproximadamente a partir de los 12 años:** culmina el proceso de conocimiento de lo real y comienza el de comprensión de lo que no es. Comienza a pensar en la posibilidad de que las cosas no sean como él o ella pensaba o cómo le habían dicho. Elabora hipótesis propias y explora posibilidades. Duda de lo anterior. Se pregunta ¿por qué? ¿será así? ¿podré? Se pregunta por sí mismo, por su identidad en el sentido más amplio y profundo.

Naturalmente, nada de lo mencionado ocurre por sí solo. Tiene lugar en el seno de una familia que tendrá diferentes modalidades, o en una institución; en un determinado contexto socio histórico, cultural y económico. Ocurre conjuntamente con otros fenómenos vinculados a los procesos de desarrollo de la subjetividad que dicho de una manera simplificada es la manera de sentir, de pensar, de hacer, de relacionarse con los demás y que son absolutamente singulares. O sea son propios de cada niño o niña.

Es pertinente recordar que los niños y niñas con discapacidad están incluidos en la Convención de los Derechos del Niño (1989). Explícitamente contiene dos artículos que hacen especial referencia a esta situación:

-
- el Artículo 2 establece el derecho a la no discriminación de los niños y niñas en situación de discapacidad.
 - el Artículo 23 destaca los esfuerzos que deben hacer los Estados para proteger sus derechos.
 - La Observación general 7, destaca que específicamente los niños con discapacidad tienen derecho a la participación activa en todos los aspectos de la vida familiar y comunitaria, a tener iguales oportunidades que el resto de los niños para ejercer sus derechos, y a ser tratados siempre con dignidad. También establece la vida en familia como el mejor ámbito para su crecimiento y desarrollo y que la discapacidad nunca debe ser el motivo para su institucionalización.
-

²¹Apego: vínculo afectivo que se establece desde los primeros momentos de vida entre el recién nacido y la persona encargada de su cuidado. Su función es asegurar el cuidado, el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad.

4.3.

¿EXISTE LA ADOLESCENCIA?

A pesar de que no existe una única definición internacionalmente aceptada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF definen la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (UNICEF, 2011). En ella tienen lugar los cambios biológicos, sexuales, sociales y psicológicos que permiten identificarla como una etapa con características propias que requiere atención y protección especial.

De todas maneras, la identificación y aceptación de esta perspectiva es relativamente reciente en términos

históricos: *“De hecho, para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso. A menudo se espera que los adolescentes –y, muchas veces, los niños y niñas más jóvenes– trabajen, cubran sus gastos y hasta empuñen las armas. Pero otras sociedades marcan el paso de la infancia a la edad adulta con ritos de transición. Mediante estos ritos se establece que el individuo asume, desde ese momento, las responsabilidades propias de los adultos, al igual que el derecho a disfrutar de la independencia y los privilegios respectivos. Los ritos de transición implican que la infancia es una etapa separada del resto de la vida humana”.* (UNICEF, 2011: 12).

4.2.1. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS QUE SE DEBEN ENCONTRAR EN EL PERIODO ADOLESCENTE

Las nuevas generaciones traen consigo las ganas de cambiar la realidad, por eso la analizan y la critican, generando, así, movilización en las generaciones adultas. Los adolescentes suelen tener algunas características en común, como puede ser la rebeldía, la misma rebeldía por la cual preferirán no parecerse a las generaciones anteriores.

(...) La adolescencia se trata también de un creciente proceso de autonomía. Es decir, salir a recorrer sectores cada vez más amplios de la sociedad, incursionar en experiencias nuevas, desbordar lo familiar y lo conocido. Quizás este sea uno de los problemas más acuciantes en estos tiempos para padres y referentes y para los propios adolescentes.

(...) Durante la adolescencia nada más adecuado que aquel proverbio africano que dice «para criar a un niño hace falta una tribu». La necesidad de nuevos espacios, nuevas relaciones y nuevos lugares es esperable en esta etapa y, muchas veces, de la confianza que los adultos les ofrecen dependerá el aprendizaje y la independencia que logren. Todo esto para los adolescentes es mudo, nada saben y en nada ayuda indicárselos. Estos reconocimientos vienen con el tiempo, cuando los adolescentes crecen, miran atrás y, finalmente, dicen: «Sí, es cierto, aquel adulto me marcó».

Los enfoques excesivamente familiaristas desconocen que para construir tramas sociales donde los adolescentes puedan crecer y desarrollarse, se necesita algo más que una familia. Se necesitan instituciones y unidades sociales llenas de sentido y de ofertas, lugares donde ensayar ese continuo trabajo de pasar de ser «hijo de» para inscribirse como uno más entre los demás, en su sociedad y en su tiempo.

Cuando la adolescencia se desata, quienes tienen una familia la usan y mucho, porque esta continúa teniendo para los adolescentes un valor-refugio, pero el papel más importante se juega entre los amigos y los grupos de pares, que pasan a ser el centro de sus intereses, como un sostén extrafamiliar con quienes andar el camino.

Carmen Rodríguez (2014) Primera Persona, UNICEF²².

²²Por más información: https://www.bibliotecaunicef.uy/index.php?lvl=notice_display&id=118

Al hablar de **cuidados y adolescencia**, es importante señalar que al igual que en otros países, en Uruguay las y los adolescentes de ciertos sectores fragilizados, se ven obligadas a dejar las actividades propias de su edad muy pronto, para trabajar en tareas generalmente invisibilizadas, asumiendo responsabilidades complejas y de gran dedicación.

En cuanto al cuidado, en nuestro país el 37% de los y las jóvenes realizan este tipo de tareas ²³. Generalmente son ellos quienes asumen los cuidados de las personas en situación de dependencia, y estas tareas limitan o impiden que participen de actividades educativas, laborales o recreativas, perjudicando su desarrollo.

²³Dato surgido del procesamiento de la pregunta realizada en la "Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2013", en el módulo de Cuidados.

Desde el mundo adulto deberíamos preguntarnos:

-
- ¿Qué pasa con los/as adolescentes que se hacen cargo de las tareas de cuidado?
 - ¿Qué vivencia tienen como adolescentes?
-



4.4. JUVENTUDES

4.4.1. BREVES APUNTES ACERCA DE LOS Y LAS JÓVENES.

Con respecto a las juventudes, se deben hacer las mismas salvedades que con las otras etapas de la vida de las personas, en cuanto a que no existen características fijas, cristalizadas. Se pueden de hecho encontrar muchas de las características que se podrían llamar post adolescentes y esto siempre dependerá del contexto de la persona y de su historia personal.

En líneas generales la juventud se ubica entre los 18 y los 29 años y es en esta etapa que de forma progresiva, la persona se encamina hacia una vida independiente.

Hace 60 años, una persona de 29 años tenía responsabilidades que lo apartaban con contundencia de la etapa adolescente, hoy ese límite no es tan claro,

al menos para sectores socioeconómicos medios. Y es importante tener en consideración no sólo motivos personales, familiares o institucionales por los que un joven o una joven no logra su independencia económica o la concreción de sus proyectos, sino también las condiciones que existen a nivel educativo y del mercado laboral.

Por otra parte, ¿qué pasa con los adolescentes que debieron hacerse cargo de tareas de cuidados, cuando llegan a la juventud? Las personas adultas debemos preguntarnos sobre el tipo de bienvenida que le damos a los/as jóvenes, y sobretodo ¿qué bienvenida le damos a los/as jóvenes en situación de dependencia?

4.5. VEJECES

4.5.1. LA VEJEZ ¿UNA ETAPA DE LA VIDA PARA GENERAR PROYECTOS O UNA ETAPA EN LA QUE YA NO PUEDE HABER PROYECTOS?

Envejecer es inexorable, todos y todas lo hacemos. La edad cronológica es una variable a considerar, pero no la única en el proceso de envejecimiento. Las personas envejecen de manera diferente según su historia y narrativa de vida, su salud, sus oportunidades de educación y de trabajo, así como sus vínculos familiares y sociales.

Entonces, por un lado se encuentra la edad cronológica y por el otro, la construcción social de la vejez. No es lo mismo ser viejo en Rivera que en Colonia, o ser viejo en La Teja que en el Centro de Montevideo. No es lo mismo envejecer con las necesidades básicas satisfechas, que lo contrario. No es lo mismo contar con una familia que contiene y acompaña, que envejecer sin familia ni redes de apoyo. Y naturalmente, no es lo mismo transitar la

vejez según todas estas condiciones, siendo varón que siendo mujer. Esto nos permite concluir que no existe una vejez, existen muchas. Existen las vejeces.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, define a las personas mayores como aquellas de 60 años o más, salvo que la ley interna del país determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años (OEA, 2015).

El mundo envejece de manera sostenida. La gente vive y vivirá más tiempo, y se incrementa la posibilidad de desarrollar un proceso de dependencia. Este estado de situación supone un desafío a la hora de diseñar políticas y acciones que garanticen condiciones de dignidad para las personas mayores.

En el año 1991, el Sistema de Naciones Unidas proclama los “Principios a favor de las personas de edad” (Resolución 46 de 1991). Ellos son:

- ✚ Independencia.
- ✚ Participación.
- ✚ Dignidad.
- ✚ Cuidados.
- ✚ Autorrealización.

No debe percibirse a las personas mayores como personas pasivas que sólo reciben ayuda. Según esta nueva óptica, en lugar de ser beneficiarios, son titulares de derechos.

Como plantea Robert Perez²⁴ (2011), a pesar de los avances en la forma de concebir a la vejez, se sigue insistiendo en las pérdidas y preparación para la muerte, como aspectos centrales del envejecer. Esto está fundamentado principalmente en procesos biofisiológicos y no en lo sociocultural. La influencia de esta postura continúa definiendo aún hoy, el tipo de propuestas que se hacen para personas mayores. En contraposición aparece la idea del Envejecimiento Activo. Esta postura sostiene que el sentimiento de pérdida debe contestarse con actividades que impidan caer en estados depresivos, abandono o apatía, y cuyo objetivo principal es estar en movimiento.

Aunque parezcan contrapuestas, estas dos posturas responden a la misma idea prejuiciosa que define a la vejez como una etapa pasiva, en la que la persona es incapaz de tener proyectos vitales, deseos, o de aprender cosas nuevas.

“Puestas las cosas de esta manera, se lo obliga al anciano a quedar anclado en el pasado, con un presente efímero y sin sentido (en la primera teoría, por medio del repliegue sobre sí mismo; en la otra, por medio de realizar actividades por el sólo hecho de estar en movimiento), y sin posibilidad de futuro (en ambas se parte de la base que el único futuro es la muerte y antes de eso sólo existe una especie de ‘sobrevida pasiva’”. Pérez, R. (2011)

²⁴Tomado de Pérez Fernández, R (2011) La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En: Quintanar, F (Coord.) Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento (1ra. Edición). México, DF.

4.5.2. LOS CUIDADOS EN LAS PERSONAS MAYORES

Es común en nuestra sociedad que se asocie a la vejez con la dependencia, entendida esta como algo negativo. También está la percepción de que gran parte de las personas mayores reside en establecimientos de larga estadía.

En realidad, a partir de estimaciones realizadas mediante la ELPS ²⁵, se visualizó que en Uruguay un 12,9% de las personas mayores de 65 años, está en situación de dependencia. Por otro lado, según la información proporcionada por el Censo 2011, sólo el 2,5% de las personas mayores reside en establecimientos de larga estadía.

“Esto indicaría que las personas mayores han estado resolviendo sus necesidades de cuidado mayormente a través de los cuidados a domicilio, ya sean familiares o contratados” (INMAYORES-DINEM, 2014).

Las personas mayores están lejos de ser una población pasiva, dependiente y frágil, que sólo requiere cuidados. En cambio, muchas de ellas (sobre todo las mujeres mayores) sostienen las necesidades de cuidados de muchas otras personas (nietos/as, parejas, hermanos/as, hijos/as).

Cuando trabajamos con personas mayores debemos pensar, como con el resto de la población usuaria de cuidados, en términos de características y peculiaridades de su ciclo vital. De todos modos, las acciones no pueden definirse de una manera estándar, realizando lo mismo para todos y usando como referencia sólo la edad cronológica de las personas. A la hora de pensar un plan de cuidados, tendremos que hacerlo en relación a la singularidad de cada persona mayor.

¿Quiénes son las personas cuidadoras habituales de las personas mayores? La familia, y dentro de ésta las mujeres (hijas, nietas y hermanas), son quienes históricamente se han encargado de esta tarea. En los hogares donde convive sólo la pareja, es probable que uno de ellos, o ambos, se encuentren desarrollando procesos de dependencia y que a su vez sean cuidadores. Por otra parte, las redes informales de amigos/as y vecinos/as cumplen un papel importante en los cuidados, la mayoría de las veces invisibilizado.

Las personas cuidadoras principales, así como las redes de las personas mayores, necesitan ser apoyadas con una redistribución corresponsable de las tareas de cuidados con toda la sociedad.

²⁵Encuesta Longitudinal de Protección Social, referida en la Memoria Quinquenal SNIC, 2019.

Los cuidados profesionales cumplen un papel importante en la prevención del incremento de la dependencia y en la promoción de autonomía. Además, comparten la carga de cuidado generando un descanso para la familia. Los cuidados domiciliarios y los ambulatorios como los Centros de Día, brindan apoyo en las actividades de la vida diaria, manteniendo a las personas en su domicilio particular y en su barrio la mayor parte del tiempo, que es justamente donde la mayoría de las personas mayores desean estar.

La figura de la persona cuidadora integra la red de apoyo social de la persona mayor, retrasando una posible institucionalización no deseada. Esta intenta prevenir situaciones que aumenten el riesgo de pérdida de la autonomía, promoviendo hábitos saludables, de prevención de caídas o de accidentes en el hogar, sugiriendo adecuaciones en el espacio así como ayudas técnicas. Su tarea fortalece los vínculos familiares y sociales.

4.5.3. RESPETO DE LA DIGNIDAD Y ÉTICA DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

La dignidad se pone a prueba a diario en la relación entre cuidadores y personas destinatarias del cuidado.

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

- a) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- b) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- c) evitar los sentimientos de exclusión,
- d) el respeto a la edad adulta y
- e) el respeto y apoyo al desarrollo del proyecto de vida propia.

Las personas mayores tienen derecho a tener proyectos de vida. Asimismo, la dignidad y el respeto están presentes en los espacios de participación de la persona en los procesos cotidianos de su cuidado; la persona cuidadora debe propiciar estas situaciones promoviendo su autonomía, instando a que opine, elija y tome decisiones. La participación de las personas

mayores debe reconocerse como actos únicos y diferenciados, y no estandarizar acciones.

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

Las personas mayores deben poder expresar sus deseos, preferencias y opiniones, y de esta manera poder ejercer el control sobre aquellas actividades de su vida cotidiana, como el aseo, la comida, la vestimenta, horarios, paseos, etc. Es necesario remarcar que estas condiciones sólo pueden darse si la persona cuidadora propone y facilita tiempos de escucha activa, despojado de todo prejuicio.

Es necesario **intercambiar desde el inicio y en forma clara, qué acciones se pretenden promover, explicar cómo se va a proceder,** despejar miedos e inseguridades, alertar sobre resistencias previsibles, ajustar expectativas y plantear metas posibles así como propiciar espacios y canales que permitan una comunicación fluida.

La excelencia se pone en juego en cosas tan sencillas como escuchar a las personas, llamarlas como le gusta ser llamadas, mantenerlas informadas, asistirlos dignamente, respetar su intimidad, en definitiva, considerar que la persona que recibe los servicios de cuidado es ante todo un titular de derechos.

El hecho de que las personas mayores, frecuentemente soliciten ayuda a la hora de tomar decisiones, sigue siendo una forma de ejercer su autonomía, no una renuncia a la misma, y **nunca puede servir de pretexto para obviar el deber de informar.**

4.5.4. ALGUNAS CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Prevención de caídas en personas mayores²⁶ (SNIC, 2017)

La caída es un síndrome geriátrico común entre las personas mayores pero no es constitutiva de la edad, por lo que debe tomarse como una señal de alerta.

Como se describe en la Guía Nacional de Abordaje Integral de Caídas en el Adulto Mayor, Prevención,

²⁶Tomado de Secretaría de Cuidados, 2017. Instructivo Reglamento interno de Centros de Día Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Uruguay

diagnóstico y tratamiento del MSP, las caídas pueden clasificarse según sus características en:

- ❖ **Caídas aisladas o recurrentes:** Las caídas aisladas (una única caída en los últimos 6 meses) son un elemento de alerta sobre el riesgo de reiterar un nuevo evento en el periodo de un año. Las recurrentes (2 o más en los últimos 6 meses) evidencian mayor fragilidad y riesgo de declinación funcional.
- ❖ **Caídas prolongadas:** (permanencia en el suelo por más de 20 minutos, o necesidad de asistencia para levantarse). Una persona que no es capaz de levantarse del suelo por sus propios medios evidencia graves alteraciones físicas o mentales que deben ser atendidas, las cuales pueden ser agravadas por la ausencia de un entorno social continente. El tiempo de permanencia en el suelo sin recibir asistencia condiciona la gravedad de las consecuencias tanto físicas (hipotermia, deshidratación, úlceras por presión, falla renal, etc.), así como psicológicas (miedo a caer, estrés postraumático, etc.)
- ❖ **Caídas dinámicas o estáticas:** la situación vinculada a la caída puede orientarnos sobre las causas de la misma.
- ❖ **Caídas intra o extradomiciliarias:** debemos tener en cuenta que en general el domicilio representa

el ambiente en el cual la persona tiene su mejor desempeño funcional, si bien pueden existir conductas de riesgo. Es por eso que las caídas dentro del domicilio, generalmente evidencian una mayor fragilidad que aquellas ocurridas fuera del mismo, en donde habitualmente predominan los obstáculos o barreras arquitectónicas que favorecen las caídas.

- ❖ **Caída Sincopal:** Es la pérdida súbita del tono postural con pérdida de conocimiento el cual se recupera en pocos segundos y de forma espontánea. Es causa grave pero relativamente poco común de caídas (3 - 8%). Es un síntoma, no una enfermedad, que puede ser desencadenada por factores cardíacos (arritmias o cardiopatías estructurales) y vasculares (HTO, HTPP, Síndrome del seno carotídeo, AIT, etc.). En más del 50 % la causa nunca se logra determinar.

Por ello, en el marco de la atención en cuidados es necesario generar acciones preventivas y procedimientos frente a una eventualidad de esta naturaleza, por los efectos que pueden generar las caídas en las personas mayores²⁷. Los procedimientos deben quedar claros, para las personas usuarias, pero

²⁷Las consecuencias pueden ser discapacidad temporal o permanente, necesidad de hospitalización prolongada, complicación del pronóstico, entre otras complicaciones. Además de generar consecuencias negativas difíciles de revertir en la autoestima y el humor de la persona, como puede ser baja motivación para participar en actividades sociales por el temor de volver a caer, disminución de la confianza en sí mismo, menor movilidad, etc



sobre todo para las personas que brindan el servicio, ya que son los que deben tener conocimiento sobre las acciones preventivas a implementar, como las inmediatas luego de ocurrido un hecho, como las oportunas a realizar con posterioridad.

Frente a una caída, la respuesta inmediata debe ser la comunicación con la emergencia, mientras que las acciones posteriores serán más de abordaje en cuanto a las consecuencias que pudo tener el hecho en la vida de la persona, sus referentes y de otras personas usuarias, la articulación con el prestador de salud de la persona.

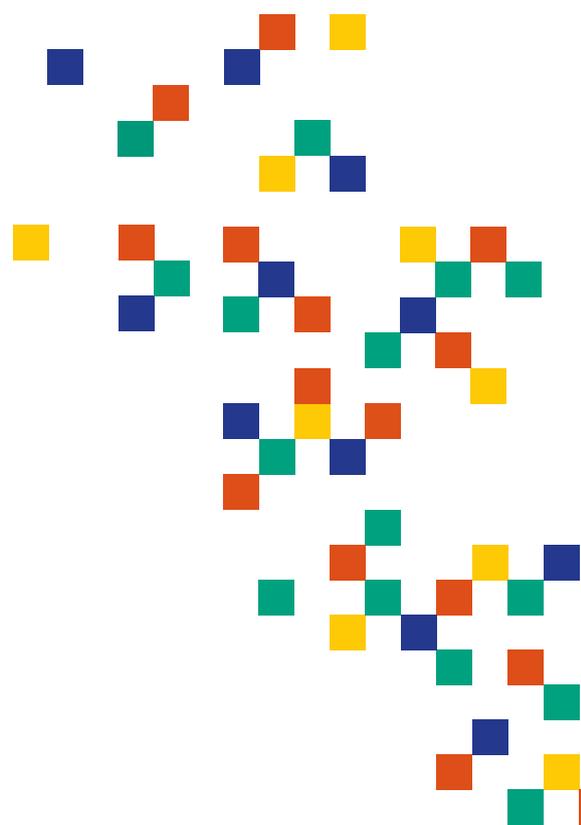
Es importante identificar las causas y ayudar a prevenir caídas recurrentes en las personas mayores, para minimizar el impacto emocional que ocasionan estos episodios, ya que una caída puede provocar miedo y ansiedad, y producir un empeoramiento de la calidad de vida y de sus relaciones interpersonales²⁸.

Aspectos importantes para tener en cuenta para prevenir caídas

- ❖ Evaluar la necesidad de instalar pasamanos en escaleras, en la ducha y frente al inodoro.
- ❖ Evitar el suelo irregular o con desniveles.
- ❖ Retirar las alfombras o adherirlas al piso.
- ❖ Que en todo momento haya un ambiente iluminado para movilizarse y desplazarse. Dejar una luz encendida de noche.

- ❖ Sugerir el uso de calzado con suela antideslizante. También evitar el uso de pantuflas.
- ❖ Estimular que la persona utilice las técnicas de apoyo que le hayan sido indicadas, tales como bastones, andadores, etc.
- ❖ Mantener el suelo libre de objetos y cables a fin de evitar que la persona pueda enredarse y caerse.
- ❖ No encerar los pisos.
- ❖ Estimular a la persona a que realice actividad física diaria, según lo que le hayan indicado. De esta manera se estimula su capacidad motora y el equilibrio. Por ejemplo, realizar caminatas a paso lento o moderado en el barrio, o en cualquier lugar que sea de su agrado.
- ❖ Al levantarse de la cama, estimular a la persona a que cambie de posición lentamente, sentándose en la cama durante unos momentos para posteriormente pararse.

²⁸Por más información:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/materiales-de-ayuda-en-la-atencion-del-adulto-mayor>





5.

Atención personalizada
desde la promoción de
la autonomía



Atención personalizada desde la promoción de la autonomía

5.1.

CUIDADOS QUE RECONOCEN LA HISTORIA Y SINGULARIDAD DE LA PERSONA CON LA QUE TRABAJAMOS

Cuidar desde una atención centrada en la persona va más allá de brindar ayuda y asistencia en las actividades de su vida diaria, sino que implica dar apoyos personalizados para que las personas puedan seguir desarrollando y disfrutando de una vida con sentido, incluso cuando precisan apoyos importantes. Esta atención debe tener como punto de partida, el respeto de sus deseos, sus preferencias y su identidad.

La atención en cuidados supone tener un abordaje integral, que tenga en cuenta la totalidad de la persona donde lo emocional, lo biológico y lo social se relacionan en una dialéctica resultante de la historia y realidad del sujeto. Este tipo de abordaje trabaja desde la complejidad e individualidad de la persona, siendo su presente una manifestación de su biografía (historia de vida) y no necesaria y exclusivamente de su biología. (Instructivos Centros de Día del SNIC, 2017).

Nuestra biografía, entendida como nuestro recorrido vital histórico, construye nuestra identidad. A partir de nuestros cuerpos, nuestros vínculos, las oportunidades que tenemos y los apoyos con los que contamos, los aprendizajes y las experiencias que vamos transitando, vamos construyendo un modo de ver el mundo y a nosotros/as mismos/as. Cada persona, por su historia vital, es diferente a las demás, y esa individualidad, además de ser una característica intrínseca de ella, es de gran valor para poder generar una atención personalizada. Esta debe concretarse en un Plan de Atención Personalizado en coherencia con cada proyecto de vida donde la persona participa y ejerza control.

Los estereotipos en torno a las personas que están en situación de dependencia, están asociados principalmente al deterioro de la salud y pérdida o falta de autonomía para las actividades de la vida cotidiana. Si bien las personas en situación de dependencia tienen limitaciones para desempeñar determinadas actividades de la vida diaria y requieren apoyos para llevarlas a cabo, esto no tiene por qué impedir el desarrollo de actividades que la persona venía realizando o la búsqueda de proyectos propios de autorrealización.

Es fundamental romper con estos estereotipos reduccionistas y poder ampliar la mirada hacia una visión más integral de la identidad de las personas. En el proceso de pensar qué acciones realizar junto a las personas, también se deben considerar además de sus limitaciones y necesidades de apoyo, integrar sus creencias, sus concepciones sobre lo que es la enfermedad y la salud, sus hábitos, sus potencialidades, impresiones, fortalezas, intereses y el entorno en el cual está inserta.

Por ello, los diferentes servicios de cuidados y las personas que los llevan adelante, deben ser apoyos que permitan que las personas usuarias continúen y completen sus proyectos de vida. Se debe habilitar a la persona para que pueda expresar sus preferencias y que éstas sean, en la medida de lo posible, respetadas. Para ello es preciso que el personal de cuidados conozca a la persona y habilite oportunidades para atender sus deseos.

En el caso de personas con deterioro cognitivo u otras alteraciones psicoemocionales que generan limitaciones severas para expresar directamente sus deseos, la observación cotidiana de la persona y de sus reacciones ante las distintas actividades y cuidados realizados, resulta fundamental; ya que sirve para identificar cómo ella muestra aceptación o rechazo ante lo que proponemos. Asimismo es fundamental tener presente que para este tipo de situaciones, la vida significativa se interpreta y concreta en el mantenimiento de rutinas y elementos que preserven su identidad junto con la búsqueda del mayor bienestar posible en los distintos momentos del día (Martinez, T. 2021).

5.1.1 PRIMERAS ENTREVISTAS CON PERSONA USUARIA Y SUS REFERENTES

Es fundamental conocer algunos aspectos de la vida de la persona y su entorno, para poder planificar la atención personalizada.

a. Recomendaciones para la escucha o actitud en los primeros encuentros con la persona

Se deben tener distintas instancias de diálogo, y no hay que pretender que en un par de instancias ya se conozca a la persona, ya que eso lleva tiempo y se da a lo largo de todo el vínculo. De todos modos, es necesario darle un espacio y tiempo apropiado a esta primera etapa de la atención, que busca generar un intercambio y un acercamiento a la situación de la persona.

❏ Consentimiento de la persona ante todo

Estos primeros acercamientos deben ser consentidos por la persona usuaria. Se debe tratar de establecer un clima de confianza, para lo que es fundamental evitar interrupciones, que otras personas estén escuchando, llamadas telefónicas, o el uso de celular. Es necesario centrar todo el interés en la persona y en lo que esta transmite, respetando sus tiempos sin invadirla o presionarla. Esto último es de relevancia, ya que el ingreso de una persona cuidadora a un hogar particular, o el ingreso de la persona usuaria a un centro de cuidados institucional por primera vez, puede generar temor, confusión, e incluso enojo. En esta misma línea, la duración de estas “entrevistas” será variable según cada persona.

❏ Comunicación sencilla y dirigida directamente a la persona

En estas instancias la persona cuidadora debe esforzarse en comunicar de forma sencilla y dirigirse directamente a la persona, como también estimularla a que formule todas las preguntas que considere necesarias. Si la persona está acompañada, debe alentarla a que presente a su/s acompañante/s e incluirles en la conversación, pero siempre cuidando de que la persona manifieste por sí misma. Con respecto a la familia, es importante involucrarla sin culpabilizar ni juzgar, sino intentando promover su participación en los distintos espacios en que se desarrolla la atención.

➤ Generar espacio de escucha y confianza

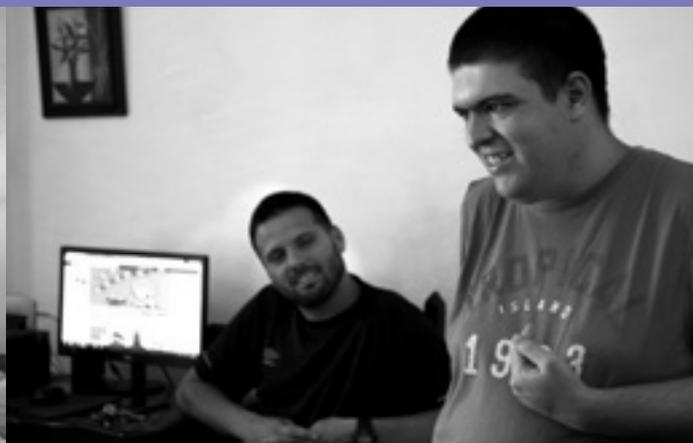
Puede contribuir a estas instancias que la persona cuidadora muestre ciertas condiciones de cercanía emocional con la persona, pero manteniendo una distancia prudente, habilidad para generar cierto grado de empatía, flexibilidad y tolerancia; habilidades de escucha que impliquen baja reactividad verbal o capacidad de espera; no temerle a los silencios ya que éstos pueden ser necesarios y habilitan a que la persona desarrolle sus ideas. Es importante considerar no sólo la comunicación verbal, sino también su comunicación corporal, su comportamiento, formas de expresión de interés o desinterés, su forma de interactuar con la/s persona/s que eventualmente la acompañen, etc.

➤ Explicitar encuadre de trabajo e información del rol de la persona cuidadora o del servicio de cuidados.

El encuadre es el marco donde se van a desplegar los cuidados. Dicho marco debe tener un espacio, un tiempo, honorarios y roles específicos. Encuadrar es explicitar información y poner ciertos límites al vínculo, entendidos como protección y condición para que se desarrolle la tarea. Es un elemento fundamental

para desarrollar un vínculo saludable y eficaz que proteja tanto a la persona usuaria como a la persona cuidadora, resaltando los principios éticos en todo momento. Esto implica explicitar, acordar y fijar como constantes, las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de las personas implicadas con respecto a la tarea que se va a realizar. Por ende, es el mantenimiento de ciertas variables como constantes durante todo el vínculo, que pueden incluir:

-
- Los objetivos del servicio.
 - La explicitación de los roles de las personas que participan en el vínculo.
 - La carga horaria: cantidad de horas semanales y qué días se va a concurrir y en qué horarios.
 - Los honorarios.
 - El o los lugares donde se pueden desarrollar las tareas de cuidados.
 - Las tareas que se pueden desarrollar.
-



5.1.2 ORIENTACIONES SOBRE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONOCER EN LOS PRIMEROS ENCUENTROS.

A continuación se presentan algunas recomendaciones en cuanto a dimensiones de la persona a conocer, con el objetivo de recoger información relevante que permitirá pensar junto con ella un plan de atención personalizado. Ese primer conocimiento y aproximación permite tener una “foto” actual de la persona y una idea aproximada del recorrido que ha hecho para llegar a este momento. Es una orientación, la cual cada persona cuidadora y/o equipo de atención en cuidados, debe ajustar según el ciclo vital de la persona usuaria, su pertinencia de acuerdo a la atención a brindar y el espacio donde se desarrolla la misma. Siempre se debe realizar respetando el

principio de confidencialidad, sin presionar a la persona e intentando no ser intrusivo.

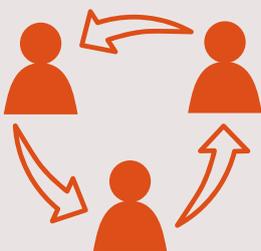
La entrevista inicial resulta un hito importante y también nos sirve como línea de base para comparar y valorar si hubo cambios. Es un momento donde prima lo que desconocemos, todo es nuevo e incierto; y puede existir una gran expectativa y muchas dudas. Es importante tener conciencia de que estamos en un momento muy especial: la inauguración de un nuevo vínculo que se desarrollará con el tiempo.

Algunas orientaciones para comenzar a conocer distintas dimensiones de la vida de la persona:



DIMENSIÓN FUNCIONAL Y APOYOS QUE REQUIERE LA PERSONA

- ❖ Áreas en las que necesita ayuda.
- ❖ Tipo de apoyo que necesita.
- ❖ Formas en que la persona desea ser apoyada.



DIMENSIÓN SOCIAL

Se busca es comprender el entorno en que se desarrolla la vida de la persona. Para ello es necesario explorar los contactos, sistemas y ambientes que la rodean:

- ❖ **Composición familiar:** quienes conviven con la persona y otros.
- ❖ **Familia extensa, amistades y/o referentes** significativos para la persona
- ❖ **Red barrial:** La comunidad o el barrio pueden tener un importante efecto en la calidad de vida de las personas durante todas las etapas de su vida. Pueden ser importantes fuentes de apoyo tanto formales (organizaciones, servicios, otros) como informales (amigos, grupos de voluntariado, otros) y recursos esenciales para asistir afectiva y financieramente a estas personas y apoyarlas en la vida cotidiana
- ❖ **Espacios de participación tales como:**
 - Educación: nivel educativo e institución educativa a la que asiste.
 - Trabajo: ocupación laboral actual y/o pasada.
 - Recreación: actividades recreativas que proveen descanso, diversión y desarrollo personal.
 - Participación en instituciones índole deportiva, religiosa, etc.

DIMENSIÓN DE LA SALUD

Aspectos que se puede preguntar:

- ❖ **Si la persona cuenta con prestador de salud y cuál es la institución médica** en la que se atiende. También puede pedirse información al médico referente, si lo tiene.
- ❖ **Si tiene carné de salud** y la fecha del mismo, para saber si la información está actualizada o no. En caso de que la persona, al momento de comenzar la atención en cuidados, no cuente con carné de salud, es importante recomendar acciones necesarias para que la persona lo pueda tramitar.
- ❖ **Enfermedades actuales e internaciones hospitalarias** (se recomienda indagar en no más de dos años de antigüedad).
- ❖ **Alergias:** Si la persona tiene algún tipo de alergia, es importante saberlo para prevenir posibles exposiciones a lo que le produce alergia, como alimentos o a algún tipo de medicación.
- ❖ **Medicación:** Es fundamental para poder visualizar el estado de salud de la persona y para acutar correctamente ante posibles emergencias. Además, es probable que las personas deban tomar medicación en el horario de la atención brindada. Se debe conocer:
 - Medicamentos que toma.
 - Dosis.
 - Horas de administración.
 - Posible apoyo para tomar la medicación.
- ❖ **Síndromes geriátricos** (en situaciones de atención a personas mayores de 65 años). Es necesario indagar si en el último año la persona tuvo alguno de los siguientes síndromes geriátricos: caídas, inmovilidad, úlceras por presión, trastornos del sueño, incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal.



DIMENSIÓN AFECTIVA HISTÓRICA

Implica explorar la esfera subjetiva, su historia de vida y las variables de personalidad, así como también los comportamientos vinculados al estado de ánimo predominante de la persona.

- ❖ **Expectativas en cuanto al servicio:** Es necesario conocer las expectativas de la persona en cuanto a la atención buscada, que serán utilizadas como insumo para elaborar en conjunto el Plan de Atención Personalizado. Posibles preguntas:
 - ¿Qué espera usted del servicio de cuidados?
 - ¿Qué espera de sus amistades y/o familia respecto de participar en la atención en cuidados?
 - ¿Cuáles son los problemas en los que le interesaría recibir apoyo por parte del cuidador/a y del servicio?





❖ **Intereses:** Debe alentarse a la persona a comunicar sus intereses, que se pueden corresponder a otros momentos de su vida como también a expectativas actuales en cuanto a cultura, deporte, arte, educación, etc.

- ¿Qué cosas le gusta hacer?
- En niños y niñas es fundamental preguntar: ¿a qué le gusta jugar? ¿qué dibujitos animados mira?
- ¿Qué lugares son de su agrado? Tales como paseos, parques, visitas a familiares o amigos/as.
- ¿Qué música y tipo de películas les gusta?
- ¿Tiene algún proyecto a futuro?
- ¿Tiene algún pendiente que desde la atención se pueda colaborar a lograrlo?

❖ **Hábitos:** Visualizar rutinas de relevancia y actividades cotidianas a modo de poder incluirlas en el plan de atención personalizado.

- ¿Qué actividades acostumbra realizar durante un día común?
- ¿Cuándo se levanta, qué acostumbra realizar?
- ¿Qué actividad es importante para la persona?
- ¿Qué actividades son de su agrado?
- ¿Cuáles actividades no son de su agrado?

5.1.3. LA ENTREVISTA INICIAL CON LA FAMILIA Y EL NIÑO O NIÑA.

- Nombre: ¿cómo lo llaman en la casa? Es importante intentar saber si el niño prefiere ser llamado de esa manera o preferiría ser llamado por su nombre y no por su apodo.
- Edad.
- Teléfonos de los referentes. ¿A quién llamar en caso de ser necesario?.
- Preferencias: juegos, música, programas, objetos preferidos, libros, lugares, etc.
- ¿Qué cosas o situaciones le reportan alegría? ¿Y tristeza o enojo?
- ¿A qué lugares le gusta asistir?
- ¿Qué cosas no le gustan? Situaciones, objetos, sonidos, lugares, etc.
- En caso de ponerse ansioso o angustiado, ¿cómo prefiere que lo ayuden a calmarse?
- ¿Le gusta el contacto físico o lo rechaza?
- ¿Va a la escuela? ¿Tiene amigos y amigas? ¿Se vincula con otros niños/as?.
- ¿Cuáles son sus hábitos y rutinas? ¿Tolera los cambios?
- ¿Cómo es un día típico en su vida?
- ¿En qué actividades de la vida diaria necesita asistencia?
- ¿Cómo prefiere que lo ayuden?
- ¿Cómo lo hace actualmente la familia?
- ¿Consideran qué podría hacerse de otra manera?
- ¿Cuáles son sus principales dificultades? Más allá del diagnóstico, es importante solicitar que se nos expliquen las dificultades con claridad y sencillez.

En estas situaciones es importante conocer la opinión de la familia. Muchas veces los padres y las madres manifiestan que acompañados por ellos, el niño o la niña llora a la hora de comer o ir al baño, y no quiere hacerlo, y sin embargo, lo hacen de buen grado cuando lo acompaña un hermano o hermana.

Es importante estar atentos a comentarios tales como “tiene esa actitud conmigo y no con los hermanos”. Esto será útil a la hora de dar evidencia sobre las posibilidades de los niños y las niñas, en relación a conquistar niveles mayores de autonomía. Recordemos que el cuidado, como cualquier otra actividad humana, ocurre a través del vínculo.

Otro punto a tener en cuenta es si la familia tiende a la sobreprotección o si por el contrario minimiza la situación, lo cual podría ser muy riesgoso.

Es importante destacar que tendremos tiempo de corroborar o rectificar toda esta información, a medida que vayamos conociendo al niño o niña en profundidad.



5.2.

CUIDADOS QUE PROMUEVEN LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA

La situación de dependencia hace referencia a la necesidad de apoyos para realizar tareas de la vida cotidiana, mientras que la autonomía se entiende como la capacidad de la persona para hacer elecciones y tomar decisiones sobre su vida.

La dependencia y autonomía no son opuestas, sino que las personas en situación de dependencia pueden tener disminuída o no, su autonomía.

De esta manera, uno de los objetivos principales en los cuidados es la provisión de apoyos para favorecer la máxima autogestión de la persona usuaria.

Poder controlar la vida cotidiana es un reflejo directo del poder de decisión de la persona en cuanto a su vida: Decidir día a día (en contacto con las personas del entorno), sobre sus arreglos personales, las formas de apoyo, los lugares a donde ir y de qué actividades participar, entre otras.

En ese sentido, el o la cuidadora debe fomentar la participación de la persona de manera autónoma. Si necesita ayuda, hay distintos niveles de apoyo y las actividades pueden ser simplificadas o adaptadas según la capacidad de cada persona. Se debe procurar que las actividades sean lo más placenteras posibles y divertidas.

5.3.

PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO

5.3.1. CUIDADOS QUE CONSTRUYEN UNA ATENCIÓN FLEXIBLE, AJUSTADA Y QUE PROVEA APOYOS

No hay una única forma adecuada de cuidar, pero la reflexión debe estar siempre presente para poder ir visualizando si lo que se está realizando es beneficioso para la persona usuaria de la atención. Para ello, la planificación se torna central. Una de las herramientas necesarias que materializan una atención flexible y ajustada a la persona, es el construir junto ella un **Plan de Atención Personalizado**.

Este plan de atención de cuidados se torna una brújula acordada, que guía a las personas cuidadoras y/o al equipo de cuidados en instituciones, como también a la propia persona usuaria y su familia, en cuanto a su participación y tránsito por el servicio. Permite visibilizar las acciones necesarias a desarrollar en el

marco de la atención, así como también evaluar logros, dificultades y ajustes. Asimismo posibilita ir ajustando la tarea diaria y encuadra el trabajo de cuidados.

Objetivo del Plan: Planificar un programa de atención y cuidados de cada persona usuaria.

El Plan de Atención Personalizado es la planificación y ejecución de un programa de actividades y objetivos específicos en los que va a participar la persona usuaria en su atención en cuidados. El mismo debe ser pensado junto con ella siendo esta última, protagonista de las decisiones en cuanto a su atención. Debe intentar recoger una información integral de la persona, así como objetivos y acciones a desarrollar o apoyar.

Las actividades que configuran la rutina cotidiana de la persona deben ser complementarias y coordinadas, para no superponer acciones y recursos ni dejar

aspectos sin abordar. Asimismo, la planificación debe ser flexible, permitiendo potenciar la autonomía de la persona y respetar sus decisiones, por lo que debe mantenerse la opción de no participar a una actividad prevista, o sumarse a otra.

El Plan también se elabora en base al conocimiento previo de la persona. Esta información puede obtenerse luego de una evaluación integral realizada por un equipo interdisciplinario en el marco de cuidados institucionales, o a partir de las entrevistas de conocimiento al inicio de la atención.

Cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes, debe incorporarse a la familia en la elaboración del Plan. Al trabajar con personas mayores, es importante generar instancias de encuentro donde puedan participar los/las cuidadoras/es principales o personas significativas para ella. Este intercambio es esencial y puede incluirse a estos referentes en la planificación del Plan de Atención Personalizado, como también acordar posibles espacios de participación en determinadas actividades. En aquellos casos en que no haya cuidadores/as o redes de apoyo, se pueden proyectar en el plan, acciones con el objetivo de activar una red de apoyo.

5.3.2. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES QUE PUEDEN INCLUIR EL PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO

Definir y acordar con la persona usuaria el tipo de acciones a desarrollar durante su atención. **Todas las intervenciones y objetivos acordados deben contar con una previa identificación de las capacidades de la persona y la forma en que prefiere ser apoyada.**

Dimensión funcional

El plan debe contemplar actividades de prevención o estimulación con el objetivo de incidir positivamente en el bienestar físico y emocional de la persona, la promoción de autonomía y el retraso de los procesos de dependencia.

Las actividades de estimulación deben realizarse a partir de las actividades de la rutina diaria de la persona, aunque también debe considerarse la posibilidad de agregar nuevas rutinas.

Algunos ejemplos:

-
- Si la persona toma un café por las tardes, estimularla para que ella participe en la elaboración de ese café, según sus posibilidades.

- En el caso de las niñas y los niños estimular las rutinas de higiene personal. Si la niña o niño tiene dificultad o no se lava sus manos, acompañar con las nuestras la acción: abrimos la canilla con nuestra mano envolviendo la suya, las manos debajo del agua, movimientos envolventes con el jabón, etc. Es importante tener como premisa, no hacerlo por él, sino hacerlo siempre con él o ella, ya que así alentamos y generamos confianza.

- Recuperar rutinas anteriores que actualmente necesitan apoyo, como por ejemplo las personas mayores que lamentan no poder arreglarse como lo hacían antes. También, si dejó de ver a sus amistades o le gusta pasear y ya no lo hace, debemos estimularla y/o acompañarla para concretar estas actividades.

Dimensión psicoafectiva

Las actividades elegidas deben contemplar la subjetividad de las personas y su bienestar psíquico. Las acciones que se desarrollen deben fomentar la reflexión y el apoyo afectivo, permitiendo a la persona pensarse en cuanto a su relación consigo misma, con los otros y con su contexto. Naturalmente, debemos ser muy respetuosos del deseo de las personas en cuanto a esta dimensión.

Esta dimensión cobra relevancia, porque generalmente se suele priorizar que la persona cubra necesidades como comer, higienizarse y tomar medicación. Pero esto no alcanza, es necesario que se sienta bien emocionalmente. Se deben incorporar actividades que pueden generar placer a la persona y por ende, fortalecer su autoestima, que es sumamente importante para tener una vida digna. En el caso de las niñas, niños y adolescentes, es bueno reservar tiempo para acceder a su pedido de vestirse con el traje de su superhéroe preferido, ya que muchas veces su familia no tiene tiempo para dedicarle en la vida cotidiana.

En caso de que la persona se muestre con apertura, puede ser muy rica esta dimensión. También debemos tener presente que puede ser necesario el aporte de su referente de cuidado.

En este punto, podríamos decir que la tarea de cuidado cobra una nueva dimensión, tanto para la persona usuaria como para la cuidadora. Las actividades de asistencia deben generar bienestar emocional, por ello es necesario incluir los conceptos de deseo, memoria y preferencias de las personas.

En relación a los niños, niñas y adolescentes, es fundamental que siempre pongamos en palabras y que sean significativas, plenas de sentido, con referencia a su entorno: de personas, animales, juguetes y objetos, el barrio, la plaza, los vecinos, y naturalmente a lo que les gusta, y lo que no.

Dimensión de la salud

Aspectos de la salud vinculados a antecedentes personales y a hechos actuales. Se recomienda que esta dimensión sea abordada con información proporcionada por los referentes de cuidado de la persona y/o por un profesional de la salud. En los casos que no se logre dicho objetivo, la persona cuidadora debe indagar sobre algunos aspectos requeridos por esta dimensión, preguntándole a la persona usuaria y/o familiares/referentes, para poder planificar las acciones. Las actividades que responden a este tipo de necesidades podrán realizarse en el marco de la atención o ser coordinadas con otros servicios o instituciones.

A modo de orientación, es importante en esta dimensión incorporar los insumos recabados en las primeras entrevistas: prestador de salud, teléfonos de emergencia, medicación, enfermedades y alergias, tratamientos y/o rehabilitación, etc.

Dimensión cognitiva

En caso de ser necesarios, las personas cuidadoras y/o el equipo de cuidados institucionales deben fomentar actividades de prevención y estimulación de las habilidades cognitivas.

De forma simplificada, el desarrollo cognitivo es el proceso mediante el cual el ser humano va adquiriendo conocimiento a través del aprendizaje y la experiencia. En el proceso se van desarrollando la memoria, percepción, atención, lenguaje, la capacidad de planificar y resolver problemas nuevos, etc. Se da en un ida y vuelta con el entorno material y de personas y con la posibilidad de experimentar.

Una de las vías privilegiadas para la estimulación cognitiva puede ser el juego, ya sea reglado o no. Sin importar qué juego se elija, lo importante es que siempre tengamos presente la edad de la persona, ya se trate de un niño/a o de una persona mayor. Se debe respetar el interés y nunca infantilizar a las personas con propuestas que no son acordes a su edad.

La lectura, la escritura o la trasmisión oral, para las personas que lo puedan realizar y les guste, son acciones que también permiten estimular aspectos cognitivos, ya que se pone en juego la memoria, atención y planificación.



Dimensión social

Acciones tendientes a promover la participación e inclusión de la persona usuaria en su entorno, como por ejemplo, intentar devolverle su voz en el seno de la familia en aquellos casos en que se estime necesario. En acuerdo con la persona y si corresponde, se implementarán actividades tendientes a retomar o iniciar vínculos personales y/o institucionales que hayan quedado por el camino, etc.

“Hacia años que no me tomaba un ómnibus”, cuenta Tota. “Con Natalie, vamos hasta la Unión. Veo a mis viejos vecinos y compro pollo en la tienda donde lo compré toda la vida. Acá en el centro no encontrás un pollo igual”, detalla la mujer.

Reportaje SNIC de Tota y Natalie. Testimoniales, 2018²⁹.

Este ejemplo permite visualizar cómo a través de una única acción como tomar el ómnibus, permite abordar diferentes dimensiones: funcional, psicoafectiva, salud y social.

Trabajo con familia y/o referentes de la persona usuaria

Siempre y cuando se pueda, la atención en cuidados debe intentar constituirse como un punto de apoyo y contención de la persona usuaria, su familia y/o

²⁹<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/noticias/tota-natalie>

sus cuidadores/as principales. Deben consignarse acciones y espacios de asesoramiento, información e integración acordados con las personas, en los que se despejarán dudas y se generarán condiciones para que las personas logren salir de aquellos lugares estereotipados en su entorno cotidiano.

Todas las acciones a desarrollar con familiares y/o entorno deben fortalecer el rol protagónico de la persona usuaria en cuanto a su propia vida, como receptor de la información vinculada a su situación, a actividades y todo lo vinculado a su atención, así como su opinión sobre la frecuencia de contactos e interacciones con familiares y cuidadores.

Entender a la persona y su familia, especialmente cuando trabajamos con niñas o niños, resulta todo un desafío. La primera intención siempre debe ser conocer al niño/a y su familia, respetando el estilo de crianza familiar. En la medida en que haya un hilo conductor entre la familia y la persona cuidadora, sin contradicciones y sin desautorizaciones, el principal beneficiado será el niño o la niña en cuestión. Se debe tener en cuenta que si todo ocurre de la mejor manera, la persona cuidadora pasará también a ser otro referente adulto fundamental en la vida del niño o de la niña, y su mundo de relaciones se ampliará con esta nueva figura.

ALGUNAS PREGUNTAS SURGIDAS Y QUE PUEDEN SUMAR A LA REFLEXIÓN ENTORNO A ESTE TEMA:

- ❖ ¿Qué Implica el trabajo con las familias?
- ❖ ¿Cuál es el rol de las familias? ¿Qué otros vínculos se pueden identificar?
- ❖ ¿Cuál es el rol de la persona cuidadora en el trabajo con las familias?
- ❖ ¿Sientes que la familia comprende en qué consiste tu tarea, fundamentalmente la de promoción de autonomía?
- ❖ ¿Si eso no ocurre, puedes identificar algún integrante o figura significativa del entorno de la persona que pueda ser una aliado a la hora de generar algún cambio en la comunicación?
- ❖ En los servicios de cuidados institucionales ¿Qué estrategias se han desarrollado para acercar, motivar y/o involucrar a referentes de personas usuarias, además de talleres de sensibilización y festejo de cumpleaños? ¿Es posible pensar otro tipo de acciones?
- ❖ ¿Cuáles son los límites de la intervención con las familias y/o referentes de las personas usuarias?
- ❖ ¿Sientes que algún integrante compite contigo acerca de cómo cuidar a la persona?. ¿Cómo lo has resuelto?
- ❖ ¿Te has preguntado si hay alguna actitud tuya que debas modificar para generar un cambio respecto de esto?

Es importante pensar estas situaciones, ponerlas por escrito, y volver a chequearlas para ver si hubo cambios en la familia o en nosotros mismos.

Una buena medida es intentar conversar con la persona y su familia. Intentar generar un espacio,

por mínimo que sea, para aclarar malentendidos e intercambiar información sobre la persona, siempre que sea significativa para su bienestar, y que sea consensuado con la persona.

REPASANDO ALGUNA CUESTIONES CLAVES DEL PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO

Tener un plan de atención y por ende un plan de trabajo, arroja luz para realizar ajustes y evaluaciones de lo realizado y para ello es fundamental el registro escrito del mismo, para que trascienda quienes están actualmente en el servicio, brindando garantías a las personas involucradas.

Asimismo debe partir de un pienso colectivo, teniendo como principal protagonista a la persona usuaria, acordando con ella y trabajando con los y las referentes de la persona también.

Cuando la tarea se desarrolla en el domicilio de la persona, es frecuente sentir que nunca se termina, que las tareas nos sobrepasan. Es normal sentir agobio. En primer lugar, se debe trabajar con la persona en la identificación y delimitación de metas posibles e incorporar la información que nos brinde la familia. Esto evitará la frustración por sentir que nunca se cumplen los objetivos. Una vez identificados, es importante diseñar un plan metódico y organizado, lo cual ordenará la situación y evitará la saturación. Planificar de manera sistemática ayudará a experimentar mayor control sobre la situación, mayor seguridad. La persona usuaria se sentirá más confiada.

En las situaciones que haya un equipo de trabajo, el plan también debe ser trabajado a la interna de todo el equipo, siguiendo principios éticos y respetando la confidencialidad de la información. En los cuidados institucionales es fundamental poner especial énfasis en la coordinación interna del equipo de trabajo, la cual es para potenciar las acciones en vez de repetirlas, o realizarlas de manera fragmentaria o sin finalidad más que lo sanitario, teniendo como eje principal una atención unificada para dar respuesta a necesidades, demandas y calidad de vida de las personas usuarias. Se deben desarrollar abordajes integrales que permitan la interconexión entre las distintas actividades y la evaluación constante a la interna del equipo y con la persona usuaria. No perder de vista la mirada grupal y la mirada individual y como ambas dialogan entre sí.

5.3.3. AJUSTES EN EL PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADO

A partir de la información obtenida en la atención, se recomienda una revisión periódica del Plan de Atención Personalizado junto con la persona, que permita ajustar los aspectos necesarios. A modo de orientación se recomienda tener en cuenta:

- **Logros alcanzados** a nivel individual y de las familias o referentes.
- **Dificultades encontradas** por la persona usuaria, por sus familiares y/o referentes, por los

responsables de las actividades (en ámbitos donde hay un equipo de trabajo), o por otros actores en la coordinación con otros servicios, etc.

- **Soluciones propuestas** a partir de los diferentes espacios de participación, de las propias personas y sus familias. En ámbitos donde se realicen coordinaciones con otros servicios, también son espacios para encontrar alternativas a tomar en cuenta.
- **Ajustes acordados**, una vez que se evalúa la pertinencia y las condiciones para desarrollarlos es importante el registro de los mismos junto con los compromisos acordados.

INTERROGANTES QUE PUEDEN OFICIAR DE DISPARADOR PARA LA REFLEXIÓN:

- ❖ ¿Cómo trabajan los equipos de atención en cuidados los planes de atención personalizados o por lo menos las expectativas, objetivos y actividades que se acuerdan con cada persona?
- ❖ ¿Cómo se realizan los primeros acercamientos a la historia de las personas?
- ❖ ¿Qué espacios se dan en el desarrollo y organización del servicio para realizarlos?
- ❖ ¿Qué espacios se dan para la discusión interna de los equipos sobre la individualidad de cada persona usuaria y los objetivos planteados en su cuidado?

Otros insumos para el diseño de Plan de Atención Personalizado en el marco de cuidados en domicilio:

Personas mayores:

- ❖ Centrarse en habilitar a que la persona pueda seguir haciendo lo que más valora, como envejecer sin tener que abandonar su casa, preservar su desarrollo personal, sentirse incluida y contribuir a su comunidad sin perder su autonomía y su salud.
- ❖ La persona mayor puede tener proyectos.
- ❖ Lógicamente asistir en las actividades de la vida diaria.

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes:

- ❖ Promoción de la autonomía.
- ❖ Hacer foco en la inclusión.
- ❖ Intentar colaborar con el pasaje entre las instituciones de cuidado y de educación de primera infancia y las siguientes instituciones, de manera que se genere un impacto en la cultura institucional vinculado a la accesibilidad y la inclusión, sin apartarse de las estrictas actividades de asistencia a las actividades de la vida diaria.
- ❖ Es fundamental ofrecer a la familia y a los referentes de cuidado de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, condiciones de alivio en el cuidado.
- ❖ A partir de los 16 años cae a pique la inserción institucional de esta población. Por lo que es fundamental apoyar a la inclusión social de los y las adolescentes y jóvenes, ya que es uno de los deseos principales en esta etapa de la vida.

- ❖ Lógicamente asistencia en las actividades de la vida diaria.

Además de los objetivos a medio y largo plazo, se recomienda incluir objetivos a corto plazo, para obtener mejoras o beneficios más inmediatos que motiven e ilusionen a la persona.

1. Indagación de los objetivos. Se solicita a la persona que:

Explique las cosas que más le importan en todas las facetas de su vida (arrancamos con lo más general).

Indique algunos objetivos concretos que tiene en su vida.

Indique algunos objetivos concretos que tiene con respecto a su salud.

(Puede requerir apoyo del referente de cuidado para su formulación).

2. Definir objetivos para el Plan

Los objetivos deben adaptarse a las necesidades de la persona y a su propia definición de cuáles son los problemas.

En concreto, ¿a qué objetivo le gustaría dedicarse en los próximos meses?

¿Cuál sería el resultado ideal, aunque posible, para usted con respecto a este objetivo?

3. Acordar las intervenciones.

Explicar con claridad: *“Podemos hacer esto, para lograr esto.”*

a) Contar con la conformidad de la persona. En este punto es importante que en la/s entrevista/s la AP ponga atención no sólo en las palabras, en lo dicho, también en lo no dicho a través de las palabras: lo gestual, la actitud, así como también lo que aporta el referente de cuidados.

b) Coincidir con los objetivos, necesidades, preferencias y prioridades de la persona

c) Ajustarse a su entorno físico y social.

4. Informar el plan

Se debe informar sobre la totalidad del Plan a la persona usuaria y de corresponder, a su referente de cuidados.

La AP consignará en el plan de atención los resultados de las charlas y transmitirá el documento a la persona y a sus referentes de cuidado si corresponde.

Acordar con la persona y referentes, todas las intervenciones que finalmente se incluirán en el Plan de atención, una por una.

El proceso de seguimiento comprende los siguientes elementos:

-
- Documentar los cambios que se observen.
 - Resumir los resultados, los obstáculos y las complicaciones en la aplicación de las intervenciones. Por ejemplo: No se cumplen los objetivos porque es necesario una consulta/intervención del área de la salud.
 - Detectar los cambios y las necesidades nuevas, acordar cómo abordar estos cambios y necesidades nuevas.
 - Revisar y mejorar el plan cuando corresponda.
 - Repetir el proceso.
 - Informar a la persona.
 - Informar a otros referentes. Por ejemplo de la salud, en el caso de que la persona usuaria lo solicite, ya que la información es suya.
 - Informar al referente de cuidado, si corresponde.
-



5.4.

EL DIARIO DE LA CUIDADORA O CUIDADOR

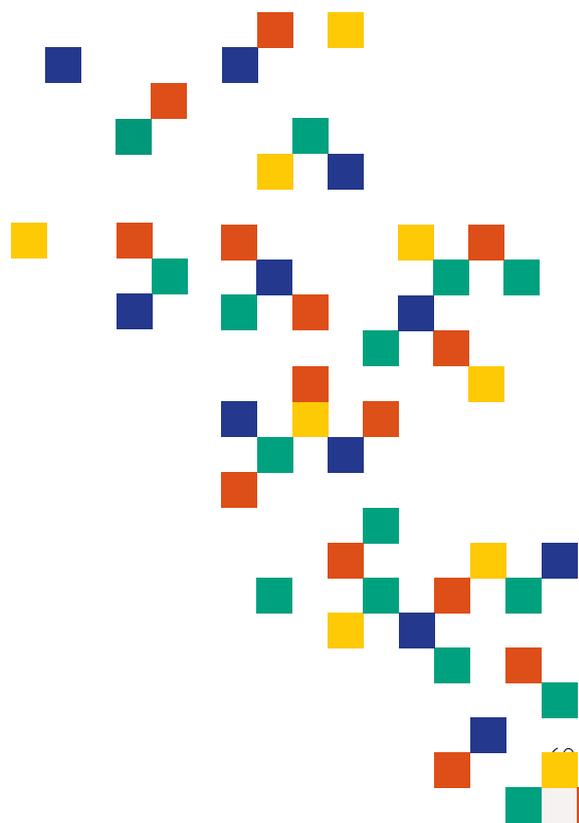
El diario es un registro escrito del cuidador/a que puede oficiar de apoyo y acompañamiento a su tarea. Como herramienta personal cada trabajador/a le dará su impronta y distintos usos. Puede ser desde una agenda de trabajo, una planificación, hasta una bitácora de las tareas realizadas. El diario puede servir para que el/la cuidador/a registre no sólo lo que pasa con la persona usuaria sino también lo que le pasa en el ejercicio de su rol. Naturalmente cobra relevancia en las situaciones donde la tarea es solitaria.

Objetivos específicos:

- Registrar los acuerdos realizados con la persona usuaria y su familia.
- Dar seguimiento a los objetivos y tareas trazados por parte del/la cuidadora en la bitácora.
- Agenda propia de trabajo y planificación.
- Registrar impresiones y percepciones que ocurren en el desarrollo de la tarea.

Características:

- Se puede utilizar para realizar notas diarias y/o semanales personales y privadas, para que la persona cuidadora remunerada registre cualquier evento, insumo para su tarea o apunte personal, que considere relevante, pero que no desee compartir con otras personas.
- Puede contener una sección referida a las actividades realizadas en el domicilio de la persona y otra u otras referidas a las tareas de cuidado realizadas en otros ámbitos: educativo, recreativo, laboral, etc.
- Debería permitir trazar objetivos de trabajo e indicadores de cumplimiento, vinculados a calidad del cuidado y promoción de la autonomía. También del tipo de obstáculos que impiden, a juicio de la persona cuidadora remunerada, el cumplimiento de los objetivos.
- Puede contener información relevante para la tarea, como pueden ser teléfonos importantes y guía de recursos de la comunidad.





Profesionalidad
de la tarea



Profesionalidad de la tarea

6.1.

CUIDADOS QUE RECONOCEN FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La tarea de cuidados remunerados es imprescindible en toda sociedad y en todo el ciclo de vida. En cuanto al cuidado de las personas en situación de dependencia, se trata de una tarea que tiene una demanda creciente; resulta una opción laboral y configura un perfil ocupacional. Se trata además de una tarea que se puede desarrollar en el ámbito domiciliario así como también en el institucional.

La valorización de esta tarea, tan central en la vida de las personas, exige valorización, entre otras cosas, a través de una formación específica. En este sentido Uruguay ha venido dando pasos hacia la profesionalización de la tarea de cuidados, implementando la Formación en Atención a la Dependencia en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Dicha formación habilita a las personas que cuidan de forma remunerada para ejercer la tarea. La estrategia de formación instrumenta, entre otras acciones, una oferta de formación que garantiza la calidad de los servicios para la población en situación de dependencia, favoreciendo la construcción de trayectorias educativas para quienes se desempeñan en el sector.

A través de la formación se está en mejores condiciones de seleccionar las estrategias más adecuadas, con el objetivo de que las intervenciones promuevan la autonomía de la persona, manteniendo y mejorando su calidad de vida. Si bien puede haber tareas protocolizadas que necesariamente se deben aprender, esto de ninguna manera implica que la formación debe reducirse a dominar procedimientos estándar, prescindiendo de la voluntad y características específicas de la persona. El objetivo es que la persona se sienta tan bien como sea posible y que toda acción cuente con su aprobación y deseo.

El diseño curricular de la Formación en Atención a la Dependencia del SNIC, está enmarcado en el modelo de atención sociosanitario. Se trata de un diseño modular, que integra el proceso de formación con el trabajo. En sus cuatro módulos desarrolla las competencias necesarias para el desarrollo del rol tanto en domicilio como institucional. Este diseño fue aprobado por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y por la UTU en abril de 2016. La persona que egresa de esta formación adquiere competencias para el ejercicio del rol tanto en domicilio como a nivel institucional.

Diseño curricular Módulos formativos:

- Abordaje de la dimensión del cuidado de personas en situación de dependencia desde una concepción integral con enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género.
 - El rol de las personas que cuidan: tareas y cometidos.
 - La ocupación del tiempo libre y el ocio de las personas en situación de dependencia.
 - Derechos, deberes y obligaciones de las personas que cuidan y empleadores.
-

Perfil de Egreso: Las personas que cuidan estarán capacitadas para desarrollar la asistencia personal y el cuidado de la persona en situación de dependencia, tanto en las actividades básicas, instrumentales, como avanzadas de la vida diaria, promoviendo su autonomía e intereses, brindando especial atención desde una perspectiva de salud integral, derechos humanos y género.

6.2.

PROTEGER Y RESPETAR LA INTIMIDAD DE LA PERSONA

Las relaciones generadas en el marco de los cuidados, a partir de las tareas de apoyo que requieren las personas en situación de dependencia, implican inexorablemente un contacto directo con los espacios privados y la intimidad de las personas, y muchas veces también con las de sus familias y entornos.

Cuidar puede implicar el desarrollo de atenciones corporales (apoyos para movilizar que requieren contacto físico, higienizar, vestir, comer, etc.), contención emocional, conocer los problemas de la persona y acceder a información privada de su vida (información confidencial sobre su salud, relaciones interpersonales que puede tener con otras personas, miedos, deseos, sexualidad, etc). Por ello, no debemos olvidar en la cotidianeidad de la tarea, la cual muchas acciones quedan naturalizadas y despersonalizadas, que se trabaja con personas, que muchas veces se pueden sentir expuestas en las cuestiones más íntimas de su realidad, cuestiones que son para ella las de mayor valor en su vida: como son su cuerpo, su identidad, sus emociones y pensamientos, su historia, sus vínculos, su sexualidad,

información sobre su salud, sus pertenencias más preciadas, etc.

Es responsabilidad de las personas cuidadoras y los equipos de profesionales implicados, proteger esa intimidad y privacidad, a través de acciones y espacios acordes, que habiliten la confianza, el respeto y la confidencialidad de la información, para que la persona realmente se sienta cuidada y protegida en su ser.

Es necesario entender el respeto a la intimidad (y por ende la generación de condiciones necesarias para su garantía, tanto en el trato, en la gestión y hasta en lo edilicio) no como un lujo difícil de contemplar, sino como algo indispensable de toda persona para el ejercicio del derecho a la intimidad que debe ser tenido en cuenta desde el inicio y en toda la planificación del servicio que se va a brindar.

Por ejemplo, es necesario tener especial cuidado en las tareas que requieran atención con cuestiones íntimas de las personas, para que las mismas se desarrollen con consentimiento, y garantizando su

confidencialidad. También deben ser realizadas en ambientes que las personas se sientan cómodas, en el que se asegure su protección de la intimidad.

En los cuidados institucionales diurnos, también es importante generar espacios donde las personas puedan guardar sus pertenencias y generar espacios donde puedan sentir que allí tienen una zona de privacidad para descansar y/o disfrutar de un momento a solas o con quien quieran.

En los cuidados institucionales como residenciales u hogares, la normativa actual del país establece que se debe garantizar *“privacidad y respeto por la dignidad de la persona en el cuidado e higiene personal, en la realización de prestaciones sanitarias*

a cargo del personal del establecimiento o de prestadores externos, en el uso del teléfono, visitas, correspondencia, reuniones con familiares, amigos o grupos de residentes. También se plantea la generación de disponibilidad de espacios y momentos de intimidad. Conservar y disponer de sus pertenencias personales, tanto como el espacio adjudicado en el establecimiento o servicio se lo permita.”

Asimismo es importante poder reflexionar y reconocer que, lo que una persona considera íntimo y privado, puede ser distinto para otra. Es necesario identificar y trabajar con ella y sus referentes en los casos pertinentes, para saber qué cuestiones son íntimas y de qué manera es la más adecuada abordarlas.



6.3.

CONSTRUIR EL VÍNCULO DESDE EL RESPETO Y LA CONFIANZA

Brindar un trato en que la persona se sienta respetada en sus valores y tiempos, será la base que permita generar un vínculo de confianza tan necesario para la calidad del servicio brindado y los efectos del mismo en la persona.

La confianza no se da por sí sola, se construye en conjunto e implica tiempo. Por ello es fundamental respetar los tiempos de las personas en cuanto al compartir información, intentar no invadir para no generar sensaciones displacenteras de angustia, amenaza o agresión.

Por ejemplo, en los cuidados que se realizan en el domicilio de las personas, se ingresa a su espacio privado y al de su familia. Debemos respetar la privacidad, pero también es importante reconocer que no hay una única forma de estar en familia, por lo que es importante hacer un esfuerzo consciente por apartarse de los prejuicios. No estamos allí para juzgar. Ayuda mucho a la tarea generar un ambiente de colaboración y respeto. Intentar que la comunicación e información fluya en ambas direcciones, lo que beneficia a la persona usuaria. **Lo que vemos y oímos en ese lugar debe quedar en ese lugar, a excepción de aquellas situaciones que involucren abuso y maltrato, para lo cual compartiremos más adelante algunas sugerencias y guía de recursos.**

También hay que tener presente qué cuestiones son importantes tener conocimiento y cuáles no, o por lo menos que no van a generar aportes sustantivos en el marco del servicio brindado.

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

Para visualizarla es necesario formular algunas preguntas:

-
- ¿Cuál es el comportamiento en situaciones críticas y/o concretas?
 - ¿Cuál es el grado de compromiso en el cuidado?
 - ¿Qué valores se hacen presentes y qué tipo

de relación mantienen cuidadores y personas usuarias?

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

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

Si la persona cuidadora remunerada, parte de prejuicios que catalogan a las personas usuarias como demandantes, poco colaboradoras o personas incapaces, que no se enteran ni saben nada, solo podrán establecerse relaciones distantes y basadas en la desconfianza, que provocarán actitudes defensivas y obstaculizarán la tarea de cuidar.

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

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

6.4.

GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Un aspecto fundamental es que todo el proceso de cuidado que refiere a la persona usuaria y su familia, está regido por el criterio de confidencialidad. La confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Por lo que, todas las personas que realizan cuidados remunerados como también los equipos de distintas profesiones que trabajan en instituciones que brindan cuidados, deben siempre tener una actitud ética y técnicamente deben velar en cómo se administra la información.

-
- ¿Qué información es pertinente compartir con otras personas cuidadoras, con otros técnicos u otros actores institucionales?
 - Primero tener el consentimiento de la persona y/o sus familiares o referentes.
 - ¿De qué manera realizarlo y con qué objetivos?
-

“La confidencialidad que requiere la información personal que manejamos a diario en los centros y servicios puede verse amenazada por diversas circunstancias: desconocimiento de obligaciones por parte de los profesionales, falta de espacios adecuados, banalización de los asuntos privados de las personas usuarias, haber visto reiteradamente en profesionales avezados y responsables conductas inadecuadas en lo que atañe a la confidencialidad, procedimientos rutinarios, situaciones complejas que requieran actuaciones de urgencia... Detectar estas situaciones, alertar a los demás, reflexionar sobre ellas y proponer medidas correctivas es una obligación no solo de la organización sino de cada uno de sus profesionales.” (Martinez, 2011)

Situaciones complejas: trabajo interinstitucional, cuestiones que involucren abuso y maltrato

a) Aspectos referidos a la documentación personal (Martinez, 2011)

-
- Garantía del acceso de la persona, o en su caso de su familia o tutor/a, a su documentación personal.
 - Orientaciones para la autorización de información a terceros (otros familiares...)
 - Indicación de que no figuren datos personales en el exterior de expedientes.
 - Información sobre los profesionales que acceden a la documentación personal.
 - Consentimiento de la persona para el acceso de otros profesionales a su documentación personal (profesionales).
 - Información y consentimiento sobre qué instrumentos de atención personalizada van a utilizarse y qué usos van a tener.
 - Límites en el acceso a la información personal de personas no autorizadas.
-

b) Aspectos referidos a la actividad asistencial:

-
- Medidas para procurar la confidencialidad en la transmisión de la información oral (espacios privados...)
 - Medidas para salvaguardar la intimidad en atenciones corporales (aseo, vestido, cuidados sanitarios...)
-

c) Otros:

-
- Autorización para la difusión de imágenes.
 - Autorización para apariciones en publicaciones, medios de comunicación y estudios.
 - Limitación de la información de personas a los medios de comunicación.
-



7

Cuidarme mientras cuido



Cuidarme mientras cuidado

La tarea de cuidados supone un abordaje de mucha cercanía con la persona usuaria. Implica el contacto directo con su cuerpo y sus vivencias, lo que a su vez genera diferentes emociones en la persona cuidadora. La tarea de cuidados reviste aspectos gratificantes y también de mucha frustración. A veces se incurre en la idealización: “qué sería de la persona sin mí?”. Por otro lado, la tarea tiene una retribución económica pero también es posible descubrir una retribución simbólica.

Existen diferencias entre el cuidado en domicilio y el cuidado institucional. El o la Asistente Personal realiza una tarea en solitario, por lo que sería fundamental contar con medidas de apoyo que la faciliten. La persona cuidadora ingresa al ámbito íntimo de la persona usuaria. Ingresamos al ámbito de su familia, si cuenta con una, lo cual agrega una variable de complejidad a la tarea del cuidado.

En aquellos casos en que se concurre con la persona usuaria a diferentes instituciones, la tarea del o la Asistente Personal estará atravesada por la dinámica de esas instituciones.

Por otro lado, las personas cuidadoras de los Centros de Día o de Centros de Larga Estadía, enmarcan su tarea en un abordaje institucional formando parte de un grupo y en el mejor de los casos de un equipo de trabajo. El cuidado en estos ámbitos reviste las particularidades propias de cada institución.

Ya se trate de personas cuidadoras en instituciones o en domicilio, resulta fundamental trabajar factores que preserven a los y las trabajadoras, tales como: el

rol de las personas que cuidan así como sus alcances y limitaciones, formación permanente como estrategia fundamental de protección, el encuadre de trabajo como factor de autoprotección, el trabajo en equipo, entre otros.

7.1. IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN COMO FACTOR PROTECTOR

La formación, como en cualquier otra disciplina, configura un primer elemento protector porque nos saca del caos, nos ordena el campo de acción y nos permite realizar intervenciones de calidad.

La Formación nos protege, ya que nos permite pensar las situaciones que tenemos por delante, a través de herramientas conceptuales específicas. Asimismo nos permite ver que lo que nos sucede, muchas veces también suceden en otras situaciones de cuidados y que hay estrategias para poder abordarlas. Como ya se planteó, siempre actuamos desde la implicación en la tarea, desde nuestras herramientas subjetivas, por ello la formación permite que subamos un peldaño de calidad a la hora de sentir que contamos con herramientas para el trabajo. Incluso para pensar lo que estamos sintiendo.

Nuestras herramientas somos nosotros, nuestro bagaje personal y nuestra historia vinculada a los cuidados. La Formación nos permite trascender la



pura experiencia o la pura subjetividad. La Formación nos permite habilitar un espacio intermediario, que nos ayuda a no quedar adheridos a las situaciones sino por el contrario, poder pensar e intervenir de manera más o menos eficaz. De ahí que podamos crecer y brindar cuidados que redundarán en el bienestar de la persona usuaria. Y en la satisfacción personal.

La Formación cumple el papel fundamental de proporcionar a la persona que cuida, herramientas significativas para brindar la asistencia o apoyos que necesita la persona en situación de dependencia. Contemporáneamente, nos permite sobreponernos a situaciones que nos pueden tensionar.

Es menester reconocer que en la formación, nunca se arranca de cero y que los conocimientos que tenemos

producto de nuestra experiencia, son valiosos y deben ser resignificados a la luz de nuevos procesos de aprendizaje. A través de ellos podremos tener una perspectiva incluso diferente de aquello que hacemos casi sin pensar.

Complementariamente, la formación permite entre otras cosas, desterrar mitos, revisar aquellos procedimientos que tal vez no son realizados de manera tan eficiente con el consecuente ahorro de energía, y actualizar conocimientos.

7.2. IMPORTANCIA DE TENER UN PLAN DE ATENCIÓN

El plan de atención de cuidados se torna una brújula acordada, que guía a las personas cuidadoras y/o al equipo de cuidados en instituciones, como también a la propia persona usuaria y su familia, en cuanto a su participación y tránsito por el servicio. Por ello se identifica como un factor protector también para la persona que brinda cuidados de forma remunerada, ya que el tener un plan de acción acordado:

-
- Encuadra el trabajo de cuidados
 - Permite delimitar de forma explícita las tareas a realizar
 - Ordena la tarea diaria de manera que esta no se vuelva caótica previniendo posibles desbordes.
-

7.3.

OTRAS HERRAMIENTAS PROTECTORAS

7.3.1. LA IMPORTANCIA DE EXPLICITAR EL ENCUADRE DE TRABAJO

Encuadrar es colocar un objeto en un espacio restringido; acorralarlo. Es así que ese objeto pasa a tener un límite. En nuestro caso, el objeto sería la tarea y el encuadre es el mantenimiento constante de ciertas condiciones que debemos cumplir y exigir.

El encuadre resulta un factor protector ya que nos delimita la forma en que cuidamos, que no es de cualquier manera. Por ejemplo, es importante explicitar:

-
- Los horarios, días y el o los lugares donde se van a desarrollar las tareas.
 - La manera en que se desarrolla la tarea.
 - Cuáles son los procedimientos y protocolos.
 - Quienes van a ser los interlocutores.
 - Realizar el acuerdo de un plan de atención personalizado a desarrollar.
 - Derechos y obligaciones de las personas usuarias y de las personas cuidadoras.
-

Encuadre institucional: Si los cuidados se desarrollan en una institución, se agregan constantes de la propia institución al encuadre de trabajo.

La tarea de cuidados en las instituciones debería, por el solo hecho de desarrollarse en una institución, aportar factores protectores. El primero y tal vez más importante, es la posibilidad de intercambiar con otros/as compañeros/as. Si acaso hay una perspectiva de que ese grupo de cuidadores configure un equipo de trabajo y que a ese equipo se integren técnicos, entonces se gana en bienestar del personal que redundará en cuidados de calidad para las personas usuarias. Si esto no se promueve desde la institución, es importante evaluar si hay condiciones para no quedarnos solos/as y “armar equipo” con algunos compañeros/as.

7.3.2. LÍMITES DE LA TAREA DEL CUIDADO

Como ya se señaló anteriormente, la relación de trabajo es muy demandante e implica un contacto íntimo, corporal y emocional muy intenso. La convivencia diaria y el acompañamiento rutinario de actividades muy privadas, hacen que los vínculos que se construyen sean intensos, tanto en los cuidados domiciliarios como en los institucionales.

Que el trabajo se desarrolle en el espacio íntimo de la persona, en su espacio familiar con rutinas preestablecidas, algunas de ellas muy rígidas, puede llegar a ser una tarea muy demandante y agotadora.

¿Qué espera cada uno/a en cuanto a los cuidados?

-
- Tener presente cuál es nuestra tarea y en qué consiste **nuestro rol**, nos permite estar en condiciones de responder esta pregunta y prevenir confusiones y angustia.
 - Es importante tratar de **no idealizar** la tarea y ajustar las expectativas a las posibilidades de la persona, de su entorno y al rol del propio cuidador/a.
 - Tan importante como las ganas de hacer más es saber dónde **poner el límite**. Si esto no ocurre habrá mucha frustración.
 - Como en cualquier situación de lo humano y como medida de autocuidado, debemos intentar **no caer en la omnipotencia** de sentir que podemos con toda y cualquier situación. Es muy importante estar atentos a reconocer los límites de nuestro rol así como la imposibilidad de cambiar situaciones que son muy angustiosas. No nos toca a nosotros impartir justicia y no tenemos una misión de salvación. De ahí la importancia de pensar el lugar de la familia y las responsabilidades que le compete a ella, al sistema de salud, al sistema educativo, etc.
-

7.3.3. REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA

Entre las estrategias que se deberían desplegar, es necesario contar con espacios de reflexión sobre la práctica, lo cual de por sí resulta una medida generadora de factores protectores. Por otra parte, implica la posibilidad de generar herramientas significativas de auto preservación que habiliten intervenciones de calidad por parte del o la cuidadora.

Pensarnos en la tarea que hacemos, dar espacio a la reflexión nos permite generar estrategias de autocuidado. Animarse a pensar estos asuntos y si se tiene la posibilidad, conversarlos con otros, sin duda ayuda a descomprimir y a entender qué puede estar pasando, ya no sólo con la persona sino a nosotros con la persona. Es muy importante intentar discriminar aquellos aspectos que no tienen que ver con la persona usuaria, sino que son reminiscencias de otros vínculos o situaciones que por algún motivo resuenan en nosotros otra vez en la situación actual.

A la hora de compartir la tarea de cuidados con otros es fundamental tener en cuenta las siguientes condiciones:

- **Manejo de la confidencialidad.** Este aspecto ya se abordó en otro apartado de la guía pero es importante recordarlo. La información debe ser trabajada de manera profesional y utilizada para pensar cómo intervenir o cómo mejorar la intervención. La circulación de la información debe tener límites y restringirse al uso anterior.
- **Criterios de frontera y de opacidad,** refieren al manejo de la información personal de usuarios y del equipo. Se vincula a lo que ocurre al interior del equipo de trabajo, que no debe filtrarse a otras personas u otros espacios ajenos a la institución. No es un pacto de silencio, sino es el manejo de la información desde un lugar profesional.
- **Criterio de Restitución** que refiere a un tratamiento profesional de la información. Si pensamos que determinada información debe ser trabajada con otros integrantes del equipo en beneficio de la persona usuaria, debemos hacerlo en los ámbitos que correspondan, desde una actitud profesional y no como forma de compartir un rumor.
- **Tiempo de demora,** tiene que ver con intentar tomarse un minuto para reaccionar. Para pensar en lo que está ocurriendo, especialmente si se trata de una situación compleja.

➤ **Intentar descentrarnos de nuestra propia necesidad o prejuicios.** Las acciones que desarrollemos en el marco de cuidados tienen que ser en beneficio de la persona usuaria.

➤ **Dudar de uno/a mismo/a:** a veces hay que permitirse cuestionar nuestras acciones y reflexionar sobre aquello que traemos como prejuicios, como conocimientos acabados, como verdades absolutas. La posibilidad de dudar nos lleva de la mano a la capacidad de sorprendernos, lo cual siempre redundará en nuevo aprendizaje.

Estos criterios revisten una doble condición:

-
- Profesionalizan nuestras acciones de cuidado elevando la calidad de los mismos.
 - Preserva a las personas trabajadoras ya que habilitan a generar conocimiento acerca de lo que puede estar aconteciendo. Gradualmente se generan condiciones internas y de aprendizajes que permiten afrontar de mejor manera las situaciones generadoras de estrés.
-

7.3.4. ¿LA DISTANCIA ÓPTIMA EXISTE?

La distancia óptima, es aquella que nos permite generar condiciones para realizar la tarea. Un ejemplo habitual es cuando miramos un cuadro, una pintura, si nos acercamos demasiado no vamos a poder apreciarlo al igual que tampoco podremos si tomamos mucha distancia. Si nos alejamos lentamente, podemos encontrar una distancia que nos permita apreciar la obra.

El concepto de “distancia óptima” fue desarrollado por Pichón Riviere y está referido a la mejor distancia para poder operar con eficacia ante cualquier problemática. No existe una regla única para medir esa distancia y cada persona deberá encontrar la suya. Esa distancia, es la que en términos de cuidado, nos va a permitir trabajar con la persona sin sentirnos invadidos o por el contrario tan lejanos que no podamos contactar con ella y su circunstancia.

Es muy difícil encontrar esa distancia óptima y algunos sostienen que en realidad no existe, ya que siempre intervenimos desde **la implicación**. Sentirse implicado es más que estar comprometido. Dicho de manera muy simplificada, cada vez que intervenimos lo

hacemos desde nuestras emociones y afectos, desde los roles y estilos de cuidado que conocemos, desde nuestra historia personal e institucional, de nuestras referencias históricas y culturales, etc.

Por otro lado, la sobreimplicación es no poder distanciarse, es quedar invadido/a por la problemática de la otra persona, por el conflicto de la familia o de la institución, lo que genera mucho estrés y el riesgo es salirnos de nuestro rol, en nuestro caso de cuidadores/as. Además, la sobreimplicación impide tomar conciencia de esta situación.

Tal vez lo más indicado sea intentar encontrar una distancia que muy difícilmente sea la óptima, pero sí una distancia que a pesar de nuestra implicación, nos permita operar de manera eficaz desde nuestro rol de cuidados. Una distancia tal que nos ayude a no quedar paralizados emocionalmente por la circunstancia de la

persona usuaria, así como que no nos distancie tanto de ella que no podamos comprender su situación y asistirle en lo que necesite.

Algunas maneras de lograr distancia son: compartir con colegas nuestro sentir e interrogantes, recurrir a asociaciones que abordan diferentes temáticas según nuestra necesidad, seguir formándose. En síntesis es importante buscar y generar redes que rompan con la soledad de la tarea.

7.3.5. AUTOCUIDADO

En este punto, es importante compartir los contenidos trabajados por el Comité Consultivo de Cuidados en relación a la construcción de un Código de Ética para cuidadores y cuidadoras que desarrollan su trabajo en el marco de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). En el mismo se plantea:

Para cuidar a otra persona y cuidarla correctamente, es necesario primero cuidarse a uno/a mismo/a. La profesión del cuidado implica la realización de todo tipo de actividades, con muchos imprevistos y en situaciones que son muchas veces cambiantes y estresantes. La persona cuidadora debe por lo tanto prestar atención a sus propias necesidades de autocuidado, para no tener problemas físicos o emocionales.

El autocuidado implica:

- **Cuidado del cuerpo**, buscando mantener hábitos saludables: dormir bien, evitar el aislamiento, prevenir en la medida de lo posible situaciones de riesgo físico incorporando, por ejemplo, pautas y protocolos para movilizar a la persona cuidada.
- **Cuidado emocional**, buscando (i) compartir con colegas o en ámbitos institucionales las situaciones de enojo, tristeza u otras y (ii) buscando garantizar la preservación de espacios propios para actividades gratificantes

El o la cuidadora debe mantener un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para desempeñar la tarea.

El o la cuidadora profesional debe evitar sobreimplicarse desde todos los puntos de vista, pero particularmente el emocional.

7.4.

EL DIARIO DE LA PERSONA CUIDADORA

7.4.1. ELEMENTO PROTECTOR Y DE ORGANIZACIÓN DE LA TAREA FUNDAMENTALMENTE EN LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS.

Como cuidadores y cuidadoras, debemos construir nuestra propia información y el primer insumo debe ser la entrevista con la persona usuaria y su familia.

Puede ser un buen recordatorio para eventos importantes de la persona, tomas de medicación, fechas que resulten significativas, datos de contacto importantes y para emergencias, etc. Por supuesto que debemos incluir el Plan de Atención Personalizado en nuestro diario y tenerlo siempre a la mano.

Nuestro Diario del Cuidador/a a todas luces debe ser reflexivo. Los insumos vendrán de lo que las personas cuidadores principales nos informen, acerca de las condiciones de salud de la persona, sin duda ésta es siempre una información muy valiosa. Pero la información de la persona, ya sea de un niño, niña, adolescente o de una persona adulta, más significativa para nuestra tarea proviene del vínculo que se irá construyendo entre ambos.

En el diario también podremos registrar nuestras propias impresiones, lo que vamos descubriendo en la

tarea, aquello que nos llame la atención o nos genere preocupación. También lo que nos genere satisfacción o alegría.

Si no contamos con mucho tiempo para intercambiar con la familia, porque ésta no se encuentra en el hogar, es importante también llevar un registro de lo acontecido en la jornada, de aquella información que nos parezca importante. Este registro puede ser leído por la familia en el caso de los niños, que a su vez podrán dejar sus propios registros y que resultarán muy útiles.

El diario puede constituirse en una línea de base acerca de la situación inicial de la persona usuaria así como también de nuestras impresiones iniciales. Transcurrido cierto tiempo, puede convertirse en un insumo importante a la hora de corroborar cambios, mejoría, estancamiento o involución en la persona. Por otro lado, puede ser un insumo valioso acerca de cómo se ha desarrollado nuestra tarea en el tiempo, de cómo hemos adquirido nuevas destrezas, si comprendemos mejor a la persona y lo que necesita, si el susto inicial se ha transformado en confianza, si nuestro vínculo ha mejorado o permanece estancado, si sentimos mayor o menor estrés que al inicio, etc.



7.4.2. GUÍA DE RECURSOS

A continuación se presentan algunos teléfonos que pueden ser necesarios en el marco de las tareas de cuidados. Los mismos pueden ser incluidos en el diario del Cuidador/a o tenerlos a mano.

Portal de Cuidados (Sistema de Cuidados)

0800 1811

Línea Violencia basada en género

0800 4141 / *4141

Línea de Ayuda Psicológica

0800 1920

Línea BPS (prestaciones económicas)

0800 0277

Línea VIDA (prevención del suicidio)

0800 0767

Línea Azul (maltrato de niñas, niños y adolescentes)

0800 5050

Línea de atención adultos mayores víctimas de abuso o maltrato

2400 0302 int. 5609

Línea Estamos Contigo (denuncias de problemáticas LGBT+)

093 890 653

Línea de Defensa al consumidor

0800 7005

Línea Coronavirus

0800 1919 / 098 999 999

Ministerio de Desarrollo Social

2400 0302

InMujeres

2400 0302 ints. 5504 / 5505

InMayores

2400 0302 ints. 7530 / 7531

Uruguay Crece Contigo

2400 0302 int. 3190

INJU

0800 4658

Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (CENATT)

2400 0302 ints. 5550 / 5555

Comisión Nacional Honoraria para la Discapacidad

2402 6403

ANEP - DGEIP

2916 0231

CAIF

2908 1574

MTSS - DINATRA

0800 1877

Centro de Referencia en Tecnología para la Inclusión (CERTI)

1950 ints. 8622 / 8626

7.5.

SITUACIONES DE ABUSO Y MALTRATO

Puede ocurrir que en la práctica del/la cuidador/a domiciliario y/o institucional, éste sea testigo de situaciones en las que la persona con la que trabaja, haya padecido o padezca violencia por parte de algún integrante de su familia. Tal observación y exposición frecuente a un ambiente de sufrimiento con esas características, produce efectos en nosotros/as, como el asombro, la indignación, la impotencia y en muchos casos, el sentimiento de incertidumbre frente al desconocimiento de estrategias básicas de acción para detener dicha situación.

Cuidar y cuidarse, asistir y proteger a quien se está cuidando, resultan dos tareas difíciles de separar, porque cuando hablamos de maltrato estamos considerando a una persona que domina a otra, le quita su autonomía y la somete.

Hay distintas formas de ejercer violencia hacia las personas, pero no siempre es fácil de identificar, ya que la tenemos muy naturalizada y bajo ciertas formas de expresarse, puede pasar desapercibida o tomada como algo que es esperable.

7.5.1. ALGUNOS DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS:³⁰

- **Violencia física:** Toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.
- **Violencia psicológica o emocional:** Toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de la persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional.
- **Violencia sexual:** Toda acción que implique la vulneración del derecho de una persona a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio y de otras

relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada y la trata sexual. También es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder. Son formas de violencia sexual, entre otras, el abuso sexual, la explotación sexual y la utilización en pornografía.

- **Violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género:** Es aquella que tiene como objetivo reprimir y sancionar a quienes no cumplen las normas tradicionales de género, sea por su orientación sexual, identidad de género o expresión de género.
- **Violencia económica:** Toda conducta dirigida a limitar, controlar o impedir ingresos económicos de una persona, incluso el no pago contumaz de las obligaciones alimentarias, con el fin de menoscabar su autonomía.
- **Violencia patrimonial:** Toda conducta dirigida a afectar la libre disposición del patrimonio de una mujer, mediante la sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación o retención de objetos, documentos personales, instrumentos de trabajo, bienes, valores y derechos patrimoniales.
- **Violencia simbólica:** Es la ejercida a través de mensajes, valores, símbolos, íconos, imágenes, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación.
- **Violencia femicida:** Es la acción de extrema violencia que atenta contra el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de una mujer por el hecho de serlo, o la de sus hijas, hijos u otras personas a su cargo, con el propósito de causarle sufrimiento o daño.

³⁰Tomado de Documento interno elaborado por Soledad Gonzalez y Milka Sorribas para Talleres de sensibilización en violencia basada en género a Centros de Día del Sistema Nacional de Cuidados, 2018.

➤ **Violencia doméstica:** Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que menoscabe limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una mujer, ocasionada por una persona con la cual tenga o haya tenido una relación de parentesco, matrimonio, noviazgo, afectiva o concubinaria.

➤ **Violencia Étnica Racial:** Constituye este tipo de violencia, toda agresión física, moral, verbal o psicológica, tratamiento humillante u ofensivo, ejercido contra una persona en virtud de su pertenencia étnica o en alusión a la misma; provocando en la víctima sentimientos de intimidación, de vergüenza, menosprecio, de denigración. Sea que este tipo de violencia sea ejercida en público, en privado, o con independencia del ámbito en el que ocurra.

Aunque se nombraron distintos tipos de violencia, es necesario destacar que cualquier persona puede sufrir discriminación y por esto ser víctima de maltrato ya sea por ser joven, una persona mayor, ser mujer, provenir de alguna etnia, tener alguna discapacidad o vivir en una situación de pobreza. Todas las posibilidades de desigualdad antes mencionadas, pueden coexistir en una sola persona, lo que le pone en un mayor riesgo de vulnerabilidad. Es decir, las situaciones que confluyen en una misma persona, multiplican las desventajas y discriminaciones. Este enfoque permite contemplar los problemas desde una perspectiva integral, evitando simplificar las conclusiones y, por lo tanto, el abordaje de dicha realidad.

Otro apunte a resaltar es que el abuso y maltrato hacia los niños, las niñas, adolescentes, mujeres y personas mayores se dan mayormente en el ámbito privado, dentro de sus hogares y por parte de personas de su entorno cercano.

7.5.1.a. Violencia Basada en Género

Ley de violencia hacia las mujeres basada en género N° 19.580 (2017) define:

“La violencia basada en género es una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres. Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de

las mujeres. Quedan comprendidas tanto las conductas perpetradas por el Estado o por sus agentes, como por instituciones privadas o por particulares.”

7.5.1.b. Niñas y mujeres en situación de dependencia se encuentran en mayor riesgo de abuso y violencia

Como plantea ONU Mujeres (2020) para las personas con discapacidad, la labor internacional y nacional relacionada con los derechos de las personas con discapacidad ha dejado de lado con demasiada frecuencia la perspectiva de género, es urgente prestar atención a la discriminación y marginación, múltiples y agravadas por las violaciones de los derechos humanos, que enfrentan en la mayoría de las sociedades las mujeres y las niñas con discapacidad.³¹

Según informe del BID (2019), las mujeres con discapacidad están expuestas a un riesgo mayor de sufrir violencia que los hombres con discapacidad. Y eso no es todo, las mujeres con discapacidad están más expuestas a ser víctimas de abuso y maltrato que las mujeres sin discapacidad:

-
- El aislamiento de las niñas y mujeres con discapacidad, la dependencia hacia otras personas para el cuidado, y la falta de credibilidad contribuyen a su vulnerabilidad.
 - Es más probable que sean más dependientes de su agresor que las mujeres sin discapacidad.
 - Los mayores responsables de abuso y maltrato son la familia, los y las asistentes personales y prestadores de servicios.
 - Es más probable que el sistema judicial ponga en tela de juicio la credibilidad de las mujeres con discapacidad psicosocial, intelectual o de aquellas que requieran de comunicación asistida.
 - Según dicho informe, en América Latina existen brechas importantes en la provisión de servicios de prevención de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad. Uruguay no es la excepción.

³¹La experiencia de la situación de discapacidad es variable entre hombres y mujeres lo cual se confirma a través del siguiente estado de situación: La inserción laboral de mujeres con discapacidad es inferior que la de los hombres con discapacidad, están más propensas a vivir en situación de pobreza que los hombres con discapacidad, están más propensas a ser víctimas y menos capaces de escapar de los círculos de violencia que los hombres con discapacidad, comparadas con otros grupos vulnerables como los migrantes, minorías étnicas y religiosas, enfrentan mayor riesgo de abuso y violencia.

7.5.1.c. Abuso y maltrato infantil

Las situaciones de abuso y maltrato infantil puede manifestarse de diversas maneras, a través de cualquier forma de perjuicio o abuso físico, o psicológico; descuido o trato negligente; malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Los niños, niñas y adolescentes están expuestos a diversas formas de violencia que pueden causar consecuencias graves para su salud y desarrollo. Entre ellas se destacan: el maltrato en el ámbito doméstico, bullying o violencia entre pares, acoso callejero, violencia interpersonal, institucional, entre otras, incluida la violencia sexual.

7.5.1.d. Maltrato a personas mayores

La Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores define al abuso y maltrato en la vejez a aquellas acciones u omisiones, únicas o repetidas, que generan daños a la integridad física, psíquica y moral y vulneran el ejercicio y goce de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores. Convención ratificada por Uruguay en junio de 2016.

Podemos destacar entre los factores que caracterizan a las personas mayores víctimas del maltrato, el ser mujer, la edad avanzada, un mayor grado de dependencia y deterioro, el aislamiento social y la falta de apoyo.

Algunas características de estas formas de relacionarse, considerando que su causa responde a múltiples cuestiones, incluyen modalidades de daño muy sutiles, como la ausencia o negación de la comunicación, la omisión de las necesidades afectivas, la promoción del aislamiento social de la persona mayor, que son de igual o mayor consideración que otras modalidades más visibles.

7.5.2. ACCIONES FRENTE A SITUACIONES DE ABUSO Y MALTRATO

Ya se trate del cuidado en domicilio o institucional, estar frente a situaciones de abuso y maltrato hacia la persona, nos genera sorpresa, indignación, angustia e incertidumbre acerca de qué actitud debemos tomar. Naturalmente es nuestra obligación ética y moral hacer visible esta situación, pero tomando una serie de recaudos:

- Primero que nada, analizar los recursos con los que contamos e intervenir con sumo cuidado y garantizando la confidencialidad.
- Es fundamental recurrir a redes especializadas en esta temática para informarse de qué pasos se deben seguir. Las situaciones de maltrato a personas exigen aplicar un abordaje integral que involucrará la intervención de varias disciplinas debido a la multicausalidad de este fenómeno. Más adelante se presentan algunas instituciones y contactos que pueden servir de asesoramiento e incluso de intervención.
- En el caso de los cuidados institucionales, seguramente se pueda recurrir al supervisor/a, coordinador/a o profesional que hace el seguimiento de la persona. De todas maneras, si la persona vive allí, su situación es parecida a la de aquella que vive en su hogar, ya que nosotros/as entramos y salimos mientras que la persona permanece con su agresor, sea éste un/a familiar o un cuidador/a u otro/a integrante de la institución.
- Fundamentalmente en los cuidados domiciliarios, el profesional social o de salud que asiste a la persona usuaria será quien deba tomar conocimiento. De este modo, comenzará a abrirse y develarse la privacidad del maltrato ejercido al ámbito público, pero esto solo puede realizarse en condiciones de cuidado y de confidencialidad.
- Asimismo, si es posible, intentar generar “alianzas” que nos protejan, pero fundamentalmente que protejan a la persona, ya sea con otras figuras u otros familiares, o vecinos/as que nos contacten con otros familiares o integrantes de la red de apoyo de la persona.
- La siguiente tarea, será determinar conjuntamente con el profesional contactado, cuál es la estrategia de trabajo más adecuada para disminuir y cesar el ejercicio de la violencia sobre la persona. Es muy desaconsejable, intentar ser el/la “mediador/a” entre la persona y su agresor, en una situación de violencia familiar, sea cual sea su expresión (verbal, física, psicológica, económica) dado que el/la cuidador/a realiza entra y sale de la escena, sin embargo, la persona usuaria permanece conviviendo con su agresor/a, o no convive pero depende de alguna



forma de él/ella, ya sea de manera emocional o afectiva, habitacional o económica.

- Por otra parte, en muchos casos, en condiciones de seguridad, las personas usuarias prefieren el cese del trato y hasta el distanciamiento al menos temporal de la persona que los está maltratando.
- Uno de los temores que pueden presentarse es la posibilidad de perder el trabajo en caso de intervenir en esta grave problemática, dado que la contratación y el aporte del pago de honorarios en muchos casos son realizados por el familiar agresor. Frente a tal perspectiva, tal como se mencionaba más arriba, es estratégico que un tercero conozca rápidamente lo que está ocurriendo, por ejemplo, el supervisor/a, el médico/a, el/la trabajador/a social. De este modo se trabaja con otro/a, pero también se transfiere a esa otro/a, construyendo una autoprotección para todas las personas involucradas.
- Oportunidad de la denuncia: es importante tener presente que la denuncia no debería ser la primera alternativa sino la última después de evaluar el conjunto de factores que intervienen en este tipo de problemática. Es fundamental tener elementos que justifiquen la misma, y evaluar la condición mental, riesgo de muerte o lesión, deterioro físico, emocional, cognitivo, estado de salud, entre otros. Es importante que en esta situación se respete la autonomía y la capacidad de decisión de las personas, garantizando la protección de sus derechos. En el escenario que se decida realizar una denuncia, se deberá diseñar una estrategia de intervención con otros.

7.5.3. CONTACTOS DE REFERENCIA FRENTE A SITUACIONES DE ABUSO Y MALTRATO

Servicios de atención a mujeres en situación de violencia basada en género

Servicio telefónico nacional

Desde telefonía fija: 0800 4141

Desde celular *4141

Horario: lunes a viernes de 8 a 24 hs. y sábados y domingos de 8 a 20 hs.

Servicio de Atención a Personas Mayores en Situación de Abuso y/o Maltrato

Se solicita entrevista a través de las vías de contacto y durante el horario de atención.

De lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas

Teléfono: 2400 0302 interno 5609 / 098 846943

servicioinmayores@mides.gub.uy

Departamentos: Montevideo, Canelones, San José

Dirección Nacional de Discapacidad

Teléfono: 24000302 int. 6010

La Línea Azul del INAU (frente a situaciones de abuso y maltrato Infantil)

Recepciona, a través del número 0800 5050 y del sitio web de INAU, denuncias de la comunidad relacionadas a situaciones de violencia y vulneración de derechos vividas por niños, niñas y adolescentes a fin de dar respuesta a las mismas. Coordina con otros actores involucrados las intervenciones a realizar de acuerdo a las demandas recepcionadas, a fin de dar una primera respuesta a las situaciones de vulneración de derechos. Además, realiza y/o coordina las acciones que permitan una aproximación diagnóstica tendiente a dar respuestas oportunas y efectivas.

7.6.

ACOSO LABORAL

De acuerdo con la OIT (Organización Internacional de Trabajo), el acoso laboral se define como: *“La acción verbal o psicológica de índole sistemática, repetida o persistente por la que, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, una persona o un grupo de personas hiere a una víctima, la humilla, ofende o amedrenta.”*

Entre otros actos habituales de acoso:

- ❖ Asignación de tareas que no corresponden a las competencias laborales del trabajador/a.
- ❖ Asignación de una cantidad de tareas imposible de cumplir.
- ❖ Críticas constantes sobre su desempeño/ rendimiento laboral.
- ❖ Agresiones verbales reiteradas.
- ❖ Burlas, comentarios ofensivos y discriminatorios.
- ❖ Separación física del resto de los/as trabajadores/as.
- ❖ Cambios constantes al encuadre de trabajo (días, horarios, lugares)
- ❖ Amenazas de sanciones e intimidaciones constantes.
- ❖ Malos tratos.
- ❖ Calumnias - Difusión de rumores falsos.

Frente a estas situaciones de acoso laboral, se recomienda contactarse con el Ministerio de Trabajo. El servicio de recepción de denuncias del Ministerio de Trabajo es sólo para trabajadores en actividad. Se tramitan denuncias por acoso moral laboral, acoso sexual laboral, discriminación en el trabajo en cualquiera de sus formas, violación a la libertad sindical, explotación laboral y trata de personas con fines de explotación laboral, y cualquier otra forma de violencia en el trabajo.

Contacto del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

En forma personal:

Oficina de Asesoramiento y Denuncias. Oficina 108, 1er. Piso, MTSS. Juncal 1511 esq. Cerrito

En forma telefónica:

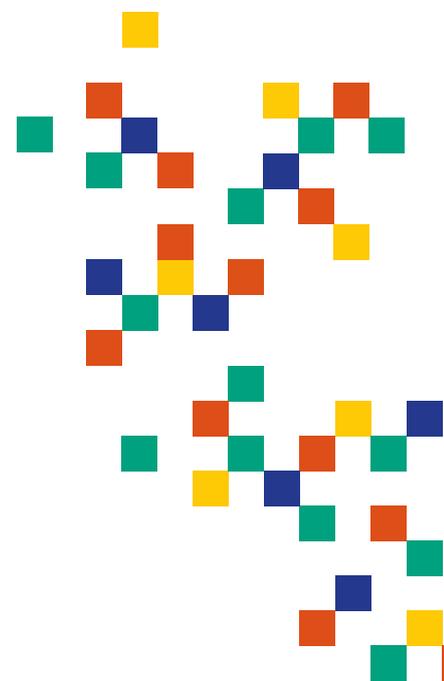
0800 1877 (línea gratuita para todo el país)

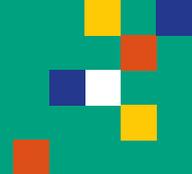
En las Oficinas de Trabajo del Interior

Vía email:

asesoramientoydenuncias@mtss.gub.uy

Horario: De lunes a viernes, de 10:00 a 14:30 hs





Bibliografía

Aguirre Cuns, R. y Scavino Solari, S. (2018) *Vejece de las mujeres: Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble clic . Editoras. Montevideo, Uruguay.

BID (2019) *Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad América Latina y el Caribe*. Luana Marques García Ozemela Diana Ortiz Anne-Marie Urban. División de Género y Diversidad Sector Social RESUMEN DE POLÍTICAS N° IDB-PB-302.

CEPAL (2011) *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Los derechos de las personas mayores*. Materiales de estudio y divulgación, módulo 1. Santiago de Chile: CELADE, CEPAL.

CEPAL (2014) *Proyecciones de población*. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

Cerri, Chiara (2015) *Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores*. *Athenea Digital*, 15(2), 111-140. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1502>

Cristóforo, Adriana Untoiglich, Gisela, et al. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc, Psicología, Conocimiento y Sociedad [en línea]. 2013, 3(2), 163-173 [fecha de Consulta 28 de Enero de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410009>

Díaz-Veiga, P. (2021) *¿Cómo quiero...? Construyendo mi plan de vida y atención*. Fundazioa Matía. Extraído en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-como-quiero>

Domínguez Alcón, C., Kohlen, H. y Joan Tronto, J. (2018) *El Futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. Colección Digital Profesionalidad, N° 8. Ediciones San Juan de Dios - Campus Docent

Echeita Sarrionandía, G., & Ainscow, M. (2017) *Educación Inclusiva como Derecho*. CEIP. Uruguay.

Findling, Liliana y Lopéz, Elsa (comp.) (2018) *Cuidados y Familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Editorial Teseo. Buenos Aires, Argentina.

UNFPA, UNICEF, MSP (2018) *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. UNICEF Uruguay Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Foucault, Michel (1990). *Tecnologías del yo*. Paidós. Barcelona.

Foucault, Michel (1994) *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*. Gallimard. París, Francia.

Garzón Valdés, E. (2015) *Lo íntimo, lo privado y lo público*. Cuadernos de Transparencia n° 6. Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la información y Protección de Datos Personales. México.

Huenchuan, S. y A. Rovira, A. (eds.), Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe (LC/MEX/SEM.250/1), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.

Instituto Nacional de Estadística - INE (2013) Encuesta de uso del tiempo y del trabajo no remunerado.

Lagarde, M. (1996) El género. La perspectiva de género. Género y Feminismo, Desarrollo humano y Democracia. Madrid: Ed. Horas

Lamas, Marta Comp. (2013) El género en la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG. México.

Martinez, Teresa (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Documentos de Bienestar Social, N°76. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz.

Martinez, Teresa (2021) Guía de participación de la persona en su atención. Fundazioa Matía. Extraído en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/guia-para-la-participacion-de-la-persona-en-su-atencion>

Meresman S. (2016) “Es parte de la vida” II y Adaptado de la Guía de Inclusión Temprana, cartilla para familias “Traer un niño al mundo es siempre un desafío”, Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay.

MIDES, Ministerio de Desarrollo Social (2016) Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras. Cuadernos del Sistema de Información en género n° 6. Uruguay.

MSP, Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional de Abordaje Integral de Caídas en el Adulto Mayor Prevención, diagnóstico y tratamiento del MSP. Uruguay.

Palacios, A. (2008) El Modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Pérez Fernández, R (2011) La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En: Quintanar, F (Coord.) Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento (1ra. Edición) (Cap. 13, pp. 279 - 299). México DF.

Pichon Rivière (1984) Teoría del Vínculo. Nueva Visión, Buenos Aires.

Rodríguez, C. (2014) Primera persona, UNICEF. https://www.bibliotecaunicef.uy/index.php?lvl=notice_display&id=118

Secretaría Nacional de Cuidados (2020) Niños, niñas y jóvenes con discapacidad en situación de dependencia en Uruguay”. Equipo técnico de la Secretaría Nacional de Cuidados del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Uruguay. (Documento Interno).

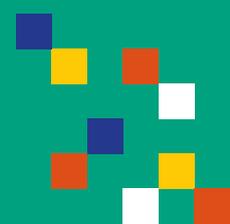
Sistema Nacional Integrado de Cuidados (2019) La Construcción del Cuarto Pilar de la Protección Social del Uruguay. Balance y Desafíos 2015-2020. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/memoria-quinquenal-2015-2020>

SIVE (2015) Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y políticas públicas. Montevideo: MIDES- UNFPA

Svampa, Maristella. 2015. Feminismos del Sur y ecofeminismo. Nueva Sociedad 256: 127-131.

ONU Mujeres (2020). Aceptando el desafío | Mujeres con discapacidad: por una vida libre de violencia. Montevideo.

UNESCO (2005) Orientaciones para la Inclusión: Asegurar el Acceso a la Educación para Todos, París.



SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

Ministerio de Desarrollo Social

Administración Nacional de Educación Pública

Banco de Previsión Social

Congreso de Intendentes

Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay

Ministerio de Economía y Finanzas

Ministerio de Educación y Cultura

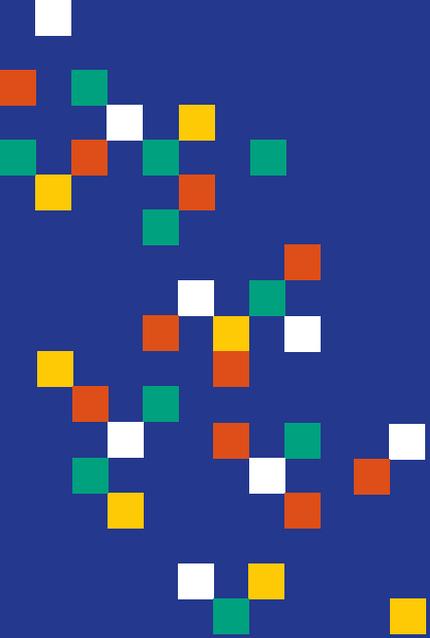
Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Oficina de Planeamiento y Presupuesto



Sistema
de Cuidados



Sistema
de Cuidados



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

Secretaría Nacional
de **Cuidados
y Discapacidad**

