

“INFORME FINAL DEL TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN”.
CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERONTOLOGÍA COMUNITARIA E
INSTITUCIONAL.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

“Calidad de vida de los Adultos Mayores en relación al Cuidado Domiciliario.”

Especializando: Lic. Kedikián Valeria Sara.

Tutor: Dr. Carlos Romano.

Directora: Mag. Mónica Roqué.

E-mail: valekedi@hotmail.com

Teléfono: 03541-15522191.



| | |
|-------------------|----------------|
| N° CLASIFICACION: | ADQUISICION: |
| + | Boie |
| | N° INVENTARIO: |
| | R-1181 |

CARTA AVAL

Por medio de la presente avalo la entrega final de este Trabajo de Final de Integración, según lo pautado en la OCS 1676/07, para que se considere su aprobación por el Comité Evaluador.

Firma

Aclaración

DNI

Agradecimientos:

Quiero agradecer a:

Presidencia de la Nación. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología.

Un especial agradecimiento a mi Directora Mag. Mónica Roqué y a su Equipo de Trabajo (Docentes, Coordinadores, Administrativos, Auxiliares).

También a mi Tutor: Dr. Carlos Romano; “Por brindarme la oportunidad de realizar la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional para capacitarme y continuar creciendo profesionalmente”.



ÍNDICE.

| | |
|---|---------------|
| Resumen | Pág. 4. |
| Introducción | Pág. 5. |
| Fundamentación y Planteo del Problema | Pág.5 a 6. |
| Objetivos | Pág. 7. |
| Aspectos Metodológicos | Pág. 7 a 8. |
| Marco Teórico. | Pág. 9 a 12. |
| Capítulo I: Políticas Sociales | Pág. 9 a 12. |
| Capítulo II: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. | Pág. 13 a 17. |
| Capítulo III: Envejecimiento y Cuidador Domiciliario | Pág. 18 a 22. |
| Capítulo IV: Calidad de Vida y Cuidador Domiciliario | Pág. 23 a 26. |
| Capítulo V: Derechos del Adulto Mayor | Pág. 27 a 32. |
| Diagnóstico | Pág. 33 a 47. |
| Propuesta de Intervención y conclusiones | Pág. 48 a 50. |
| Referencias Bibliográficas | Pág. 51 a 52. |
| Anexo I | Pág. 53 a 55. |
| Anexo II | Pág. 56. |



RESUMEN.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en la localidad de Huerta Grande, Departamento Punilla, Provincia de Córdoba; bajo el título: “**Calidad de vida de los Adultos Mayores en relación al Cuidado Domiciliario.**”.

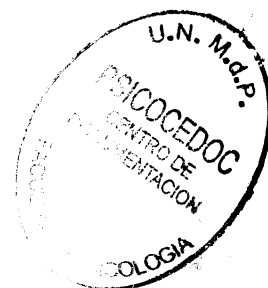
La mencionada localidad cuenta con una franja etarea de Adultos Mayores (A.M) que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad social, necesitando en muchos casos la presencia de un Cuidador Domiciliario (C.D) para evitar institucionalizaciones innecesarias. Es a través de la implementación del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, que ésta demanda se empieza a cubrir (ya que hasta ese momento la figura del C.D no era conocida).

A partir del planteo del problema, surge la **Pregunta de Investigación – Problema**, que orientó y guió el presente proceso de investigación: ¿Cómo incide la presencia del C.D, en relación a la calidad de vida de los A.M, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante en período junio-diciembre 2009, en la localidad de Huerta Grande? El **objetivo principal** de ésta investigación fue: “Analizar como incide la presencia del C.D, en relación a la calidad de vida de los A.M titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante en período junio-diciembre 2009, en la localidad de Huerta Grande”; del cual se desprendieron los objetivos específicos.

Los resultados surgidos, a partir implementación del instrumento aplicado a treinta y cinco (35) A.M, sujetos de derecho, que se encontraban bajo el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, afirmaron la **Hipótesis** planteada, demostrando que **la presencia del C.D sí mejora la calidad de vida de los A.M**, a la vez que permite mostrar que el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios es una Política Social Integral e Integrada.

A partir de todo lo explicitado, se elaboró la propuesta y conclusión que se desarrollaron en la presente investigación.

“Siempre quedan cosas por hacer, mejorar y modificar; aprendiendo también de las vivencias de los Adultos Mayores y disfrutando del trabajo que hacemos”.



INTRODUCCIÓN

1) **Fundamentación y Planteamiento del Problema.**

Fundamentación.

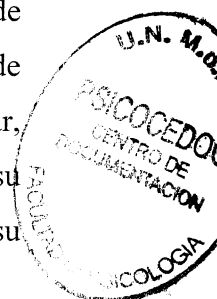
La presente investigación tiene como Objetivo Principal “Analizar como incide la presencia del Cuidador Domiciliario, en relación a la calidad de vida de los Adultos Mayores, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, en la localidad de Huerta Grande.

Huerta Grande, se encuentra ubicado en la región centro-norte del Valle de Punilla, nombre del Departamento al que pertenece. La localidad esta distante de Córdoba, Ciudad Capital, a 85 Km. al noroeste aproximadamente, accediendo a la misma por Ruta Nacional N° 38.

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, Primer Componente, fue implementado en la localidad de Huerta Grande, en el año 2008, previa firma del convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y la Municipalidad de Huerta Grande. Se capacitaron y egresaron veintisiete (27) Cuidadoras Domiciliarias. Al año siguiente, en el mes de Junio, se llevó a cabo el Segundo Componente a través del Sistema de Prestación. Realizaron ésta segunda etapa veinticinco (25) Cuidadoras Domiciliarias, atendiendo a treinta y cinco (35) Adultos Mayores.

El mencionado Programa tiene como propósito “capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio” y está destinado a dos tipos de beneficiarios directos e indirectos. Los primeros son aquellas “personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales que se encuentren con o sin familia, que por diversos motivos requieran ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio”. Los segundos son los “Cuidadores Domiciliarios y familiares de las personas atendidas”. (Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, 2008).

La atención domiciliaria es de suma necesidad en aquellos Adultos Mayores que ya no pueden valerse por sí solos y que requieren de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. El Programa define a la Atención Domiciliaria como “el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su



calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención”.

De esta manera, se contribuye a “mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor”, haciendo valer sus derechos. Como plantea el autor Ángel Cuenca Molina, “... la calidad de vida se entiende, al principio, en sentido puramente biológico. Con el tiempo, la citada expresión adquiere un significado más amplio, que abarca un bienestar global: bio-psicológico, económico y social”. Continuando con lo propuesto por el mencionado autor “En la actualidad, la calidad de vida ha alcanzado un nivel de especialización que abarca los siguientes campos: médico, económico, cultural, religioso y ecológico”.

El presente trabajo aspira a arribar a resultados certeros y fiables, que le brinden al Municipio (modestamente) resultados concretos para continuar trabajando en mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores de la localidad.

Planteo del problema.

La localidad de Huerta Grande, cuenta con una franja etarea de Adultos Mayores que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad social. Es importante destacar que en su mayoría perciben un beneficio, la dificultad se centra más allá de que el ingreso es mínimo para cubrir sus necesidades básicas, en la cobertura social que poseen. Cuando poseen cobertura social PAMI, más allá de los obstáculos burocráticos que se presentan ante el trámite de solicitud de un Cuidador Domiciliario, la necesidad es cubierta. Pero en casos de Adultos Mayores con cobertura PROFE o sin cobertura a pesar de que tengan 60 años de edad, (tomando la edad de inicio a la vejez) las Pensiones No Contributivas se gestionan a partir de los 70 años; muchas veces no cuentan con el recurso económico para solicitar una jubilación, quedando excluidos de acceder a un Cuidador Domiciliario.

A través del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, se les brinda la posibilidad de contar con un Cuidador Domiciliario, por ende, de “mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor”, tanto a los que poseen cobertura social PROFE como para los que no poseen cobertura.

A partir del planteo del problema, es que surge la **Pregunta de Investigación – Problema**, la cual orientó y guió el presente proceso de investigación:

¿Cómo incide la presencia del Cuidador Domiciliario, en relación a la calidad de vida de los Adultos Mayores, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante en período junio-diciembre 2009, en la localidad de Huerta Grande?

2) Objetivos.

General.

“Analizar como incide la presencia del Cuidador Domiciliario, en relación a la calidad de vida de los Adultos Mayores titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante en período junio-diciembre 2009, en la localidad de Huerta Grande”.

Específicos.

- “Conocer los contenidos y alcances del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios”.
- “Describir el tipo de prestaciones que debe realizar el Cuidador Domiciliario”.
- “Identificar a los Adultos Mayores, titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Huerta Grande.
- “Describir como influyó la presencia del Cuidador Domiciliario en la calidad de vida de los Adultos Mayores titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios en la localidad de Huerta Grande”.

Hipótesis.

“La presencia del Cuidador Domiciliario en los Adultos Mayores, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, mejora la calidad de vida de los mismos”.

3) Aspectos Metodológicos.

Fuentes de datos.

- **Primarias:** utilización de los datos recabados a través del instrumento (Escala de Likert) implementado en los Adultos Mayores del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

Técnicas de recolección de información.

Se utilizó la Escala de Likert, para ello se elaboraron dieciocho (18) preguntas, las mismas se redactaron en “forma de afirmaciones” con Orientación Positiva o Favorable (nueve) y Negativa o Desfavorable (nueve). Las opciones (ítems) fueron las mismas para el total de las preguntas aplicadas (con orientación positiva y negativa): Totalmente de acuerdo; De acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

Población y muestra.

La población que se investigó fueron treinta y cinco (35) Adultos Mayores titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la localidad de Huerta Grande, durante el periodo Junio-Diciembre del año 2009. Dentro de los treinta y cinco (35) Adultos Mayores, veinticinco (25) de sexo femenino y diez (19) sexo masculino.

“Naciones Unidas propone que, la edad que determine la vejez para los países desarrollados, sea a partir de los 65 años y para los países en vías de desarrollo, a partir de los 60”. Es por ello que para aplicar la encuesta, se tomó la edad de sesenta (60) años y más.

Es importante destacar que los Adultos Mayores encuestados, pertenecen a un estrato social medio empobrecido (llamados “nuevos pobres o pauperizados) y a una clase social baja (llamados “pobres estructurales”); es decir, un sector social que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

Tipo de análisis.

La metodología de análisis que se utilizó es: cuantitativa.

El tipo de diseño de investigación es: descriptivo, explicativo.

CAPÍTULO I: “LAS POLÍTICAS SOCIALES”

Responsables del Programa:

- **Intendente Municipal:**
Sr. Hugo Alfonso Capdevila
- **Miembros del Consejo Consultivo Municipal**
- **Coordinadora General:**
Lic. Valeria S. Kedikián
- **Coordinadora Grupal:**
Lic. Susana B. Guzmán
- **Coordinador Grupal:**
Lic. Pablo Posseto
- **Coordinadora Pedagógica:**
Lic. Verónica Moscoso Besso
- **Supervisora Psicológica:**
Lic. Mariela Elísio
- **Auxiliar Administrativa:**
Sra. Natalia Brizuela
- **Profesionales de las diferentes Disciplinas**

Agradecimiento Especial a los Funcionarios:

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
DE LA NACIÓN

Secretaría Nacional de Niñez
Adolescencia y Familia.

Dirección Nacional de Políticas
para Adultos Mayores.

PROGRAMA DE CUIDADORES
DOMICILIARIOS.

A los docentes y profesionales que
impartieron sus conocimientos en estos dos
ciclos lectivos.

C.E.D.E.R.
Villa Giardino y Huerta Grande

MUNICIPALIDAD DE HUERTA GRANDE

Área de Trabajo Social.

Hipólito Yrigoyen snc, Alto. Espera - Tel/Fax. (03548) 421032 / 421531
CP5174 - Huerta Grande - Sierras de Córdoba - República Argentina
e-mail: seffuertagrande.com.ar
Información Turística: www.huertagrande.gov.ar
Dispensario Dr. Benito Soría - Tel. (03548) 421450
Oficina de Turismo - Acceso Sur - Tel. (03548) 426428
Oficina 1864 - Registro Civil - Tel. (03548) 426429

“CURSO DE CUIDADORES DOMICILIARIOS”

Junio - Diciembre



2008 - 2009

Trabajamos para el
2010



MARCO TEÓRICO.

Capítulo I: Las Políticas Sociales.

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios es una Política Social Nacional, que se implementó en la localidad de Huerta Grande, Departamento Punilla, Provincia de Córdoba en el año 2008, ya que la Municipalidad de la mencionada localidad firmó Convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Para poder entender de qué se trata una Política Social, tomaremos la definición propuesta por la Lic. Paola Vessvessián: "... las Políticas Sociales son todas aquellas acciones que realiza una gestión de gobierno y que impactan en la calidad de vidas de las personas. Las Políticas Sociales no siempre son iguales o tienen la misma concepción, ya que guardan estrecha relación con el modelo de país que se busca".

En éste caso, la gestión de gobierno municipal de la localidad de Huerta Grande toma como iniciativa implementar el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios compartiendo y cumpliendo los objetivos generales de dicho Programa: por un lado, jerarquizando la atención de los Adultos Mayores (mejorando la calidad de vida de los Adultos Mayores de la región), por el otro capacitando recurso humano y generando futuras fuentes de trabajo a través de agentes difusores de la salud; para llegar al propósito central: "Capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio". (Cuadernillo Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios)

Continuando con lo planteado por la Lic. Paola Vessvessián: "Las Políticas Sociales actuales apuntan a la inclusión social, son integrales y reparadoras de las desigualdades sociales, dándole un lugar central al fortalecimiento de la familia para que pueda cumplir con su labor reestructuradora de ciudadanía y generadora de riquezas. Fortalecer a las familias implica además generar acciones que tiendan a profundizar la contención social de las mismas, generando trabajo y consolidando una verdadera red federal de Políticas Sociales Integrales". Luego la Lic. Paola Vessvessián refiere: "El eje central de las Políticas Sociales es la protección y restitución de derechos, los destinatarios no son beneficiarios, sino titulares de derecho. Esto produce un cambio en la posición subjetiva de cada destinatario de las Políticas Públicas: de un sujeto pasivo y meramente receptor, se convierte en un sujeto activo, protagonista del cambio".

Si bien desde el gobierno municipal de Huerta Grande se trabaja para brindar un servicios a la comunidad y dar respuestas a las diferentes necesidades de las familias; el haber firmado Convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en el año

2008 para implementar el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, marca un antes y un después para los Adultos Mayores, tomando lo planteado por la Dra. Alicia Kirchner: "... Decimos que estamos colocando una bisagra en las Políticas Sociales, incorporando el modelo científico a lo cotidiano, asumiendo una visión integral sistémica y ecológica, en la que el hombre es el centro de la organización de la sociedad". Continuando "... luchar con la cultura del "no se puede", y poner en acción la capacidad de hacer y transformar colectivamente".

La Bisagra también plantea: "Buscamos articular las políticas dirigidas a este sector (haciendo referencia a la Tercera Edad) desde una perspectiva de integralidad, considerando no solamente a los mayores, sino también a sus núcleos familiares, sus organizaciones y la comunidad, como sujetos de políticas públicas que deben fortalecer su identidad individual y colectiva. Para ello, planificamos y ejecutamos programas específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo de los Adultos Mayores". Entre esos Programas Nacionales identificamos el de Cuidados Domiciliarios, el cual es motivo del presente trabajo de investigación. Prosiguiendo con lo desarrollado en la Bisagra: "Hemos suscrito con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) un convenio para un Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, con el objetivo de que las personas mayores envejeczan en sus hogares el mayor tiempo posible y conveniente y se está previniendo las situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia los Adultos Mayores y su entorno inmediato, desde una perspectiva de los derechos.

La Bisagra concluye, en relación a la temática Integrando a la Tercera Edad: "Necesitamos evaluar permanentemente la situación del envejecimiento para proveer mejor calidad de vida y con miras al cumplimiento de los Objetivos del Milenio, analizar el camino recorrido y cuán lejos o cuán cerca que estamos de ser en la región una sociedad inclusiva respecto a las personas mayores, para transitar con seguridad y dignidad, hacia una sociedad en donde el desarrollo y el bienestar se construya para todas las edades.

Como se expresa en el Módulo 1: Políticas Sociales "Una de las claves de los Planes Nacionales es coordinar y articular las Políticas Sociales en el territorio local con sus gobiernos, en los efectores de los Programas Nacionales, en los grupos y personas y en función de la gestión asociada que estos pueden llevar adelante conjuntamente, teniendo en cuenta que el territorio es el factor ordenador de las Políticas que en él se desarrollarán de acuerdo con las estrategias implicadas". En el presente trabajo se puede ver como el Estado Nacional junto al Municipal, pueden coordinar y articular a través de una Política Social Nacional (Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios). Esta

se adapta a la realidad local (regional) al ejecutar el Programa con el fin de mejorar la calidad de vida en pos de su comunidad, en éste caso, de los Adultos Mayores.

CAPÍTULO II:
“PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS”



Capítulo II: Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, en la Argentina, depende de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El Programa tiene su origen en el año 1996, sin embargo, llega a su máximo esplendor a partir del año 2003, con el Gobierno del Dr. Néstor Kirchner hasta la actualidad. La mencionada gestión de gobierno ha brindado y brinda su apoyo, ya que considera que es una herramienta muy importante que permite garantizar los Derechos de los Adultos Mayores de “envejecer dentro de su seno familiar, en su hogar”. (Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo N° 1: Nuevos Paradigmas en Políticas Sociales. Nuevos Escenarios Gerontológicos).

“... El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios significa una herramienta de intervención desde una doble perspectiva: por un lado, eleva la calidad de atención del Adulto Mayor fundamentalmente de aquellos pertenecientes a grupos de escasos recursos y sin cobertura social y, por el otro, propicia la capacitación de personas, generando posibilidades de empleo e inserción en el mercado formal de trabajo. En ambos sentidos, el Programa Nacional resulta una estrategia para la inclusión social desde un paradigma de derecho y de ciudadanía plena en pos de lograr **una sociedad para todas las edades**”. (Cuadernillo Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios).

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios contiene el desarrollo de dos Componentes: un Primer Componente, correspondiente al Curso de Formación de Cuidadores Polivalentes y un Segundo Componente, a un Sistema de Prestación que brinda atención domiciliaria a la población Adulta Mayor en situación de vulnerabilidad social, e incluye un Curso de Actualización, Nivelación y Profundización de Contenidos.

El **Propósito** del Programa es: “Capacitar recurso humano e implementar sistemas de prestación para el cuidado domiciliario de Adultos Mayores, personas con discapacidad y/o portadoras de patologías crónicas, invalidantes y/o terminales, propiciando la permanencia de los mismos en sus hogares, evitando institucionalizaciones innecesarias”. Ambos propósitos en el marco de la construcción de un Sistema Progresivo de Atención.

Los **Objetivos Generales** son:

1. “Formar recurso humano calificado para la atención domiciliaria de Adultos Mayores, personas con discapacidad y/o portadoras de patologías crónicas, invalidantes y/o terminales”.

2. “Jerarquizar la atención de la población Adulta Mayor, de las personas con discapacidad y/o portadoras de patologías crónicas, invalidantes y/o terminales”.

Los **Objetivos Específicos** son:

1. “Incorporar conocimientos teórico-prácticos generales sobre la situación biopsicosocial de las personas cuidadas, en su interacción con el medio”.
2. “Adquirir capacidad para la organización de sistemas de empleo y de distintas modalidades de Asociativismo y Cooperativismo”.
3. “Implementar sistemas de prestación que brinden atención domiciliaria a Adultos Mayores, personas con discapacidad y/o portadoras de patologías crónicas, invalidantes y/o terminales, en situación de vulnerabilidad social”.
4. “Promover la autonomía y el bienestar psico-social de los Adultos Mayores, de las personas con discapacidad y/o portadoras de patologías crónicas, invalidantes y/o terminales”.
5. “Fortalecer la autovaloración y el autocuidado de los Cuidadores”.
6. “Legitimar y/o crear una fuente de trabajo genuina”.

En relación a la **Metodología del “Primer Componente”** cuenta con:

- Exposiciones teóricas.
 - Actividades grupales.
 - Desarrollo de habilidades.
 - Prácticas en terreno.
 - Evaluaciones.
- } Con un total de 386 horas reloj.

Para poder acceder al título de Cuidador Domiciliario, es decir, la aprobación de promoción final, el Programa exige como requisitos acreditar: 90% de asistencia a las clases teóricas; 100% de asistencia al desarrollo de habilidades; 90% de asistencia a las prácticas en terreno; 100% de las evaluaciones establecidas en el Curso de Formación.

Con respecto a la **Metodología del “Segundo Componente”**, cuenta con el Sistema de Prestación, para lo cual es necesario primero definir el concepto de atención domiciliaria.

El servicio de “atención domiciliaria” ofrece un conjunto de servicios de apoyo a las Actividades de la Vida Diaria, que se presentan en el hogar y que persiguen como objetivo principal favorecer la autonomía de los Adultos Mayores, fortaleciendo sus

relaciones familiares y sociales, generando redes solidarias de apoyo e intercambio, logrando la permanencia en su hogar el mayor tiempo posible y conveniente. Los técnicos encargados de aportar ésta ayuda son los Cuidadores Domiciliarios, sin embargo, no releva a la familia de su responsabilidad, sino un auxiliar que con su cooperación ayuda a solucionar el problema inmediato.

El Cuidador Domiciliario aporta ayuda personal y directa y no se limita solamente a las coberturas básicas o domésticas que tienen que ver con la práctica del hogar sino que dirige su accionar a la totalidad de lo personal, apoyando y estimulando los aspectos de la relación humana y social y mejorando las condiciones de vida, creando conciencia propia válida como medio de estimular la participación social.

La **Propuesta del Sistema de Prestación** es la forma organizada de brindar cuidados domiciliarios de manera eficiente y eficaz, maximizando los recursos profesionales y técnicos e impactando en el grupo poblacional, según sus necesidades específicas, con un servicio de alta calidad. Es aquí donde la integralidad de las acciones programadas anteriormente demuestra su eficacia.

Para poder acceder a la certificación del Segundo Componente, son requisitos a cumplir con:

- Curso de actualización, nivelación y profundización de contenidos; con una carga horaria de 48 horas.
- Además, el Cuidador Domiciliario deberá realizar el sistema de prestación domiciliaria con la cantidad de horas que se le asignen de acuerdo al Coeficiente de Distribución Horaria (CDH).
- Aprobar la totalidad de los módulos teóricos dictados.

Ambos Componentes cuentan con un Equipo de Coordinación. En el caso del **Primer Componente** conformado de la siguiente manera: un Coordinador General, dos Coordinadores Grupales, un Coordinador Pedagógico, un Asesor Psicológico y Profesionales de las distintas disciplinas (Médico Gerontólogo, Médico Fisiatra, Médico Geriatra, Trabajador Social, Psicólogo, Enfermero, Kinesiólogo / Fisioterapeuta, Profesor de Educación Física / Recreación, Abogado o Especialista en Sistemas de Empleo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Odontólogo, Nutricionista, Podólogo, Cuidador Domiciliario. En el **Segundo Componente** se encuentra integrado por: un Coordinador General, dos Coordinadores Grupales, un Supervisor Psicológico y Profesionales de las diferentes disciplinas (ídem Primer Componente).

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios es un claro ejemplo de Política Social Integral y Articulada entre el Estado Nacional y Municipal de la localidad de Huerta Grande (desde el año 2008 hasta la actualidad). Es una Política que cumple con sus cuatro (4) Principios: Integralidad, Territorialidad, Promoción y Comunidad e Identidad.

**CAPÍTULO III:
“ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOR DOMICILIARIO”**



Capítulo III: Envejecimiento y Cuidador Domiciliario.

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

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

Es importante diferenciar entre la **definición cronológica de la vejez (la edad en años) y la construcción social que se realiza de ella**. Ejemplo: en el siglo XIII se era viejo a los treinta (30) años de edad; en el siglo XVIII a los cuarenta (40) años y ¿hoy? Naciones Unidas propone que la edad que determina la vejez para los países desarrollados (EE.UU., España, Reino Unido, entre otros) sea a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad y para los países en vías de desarrollo (Argentina, Brasil, Uruguay) a partir de los sesenta (60) años.

Es decir, para Argentina y Latinoamérica la edad de sesenta (60) años es cuando se inicia la “vejez”.

Es necesario tener en cuenta los siguientes factores a la hora de “envejecer”, no es lo mismo en:

- El Norte o en el Sur del País o en Buenos Aires;
- Un contexto de pobreza o de riqueza;
- Con salud o con múltiples enfermedades;
- Con una familia continente o sin familia.

Es por ello, que el “envejecimiento” se va configurando en nuevos contextos (sociales, económicos, culturales, entre otros) que implican diseñar estrategias que den respuesta a las demandas de los Adultos Mayores. Si bien siempre ha existido la necesidad de cuidado de las Personas Mayores, es en el siglo XXI donde uno de los nuevos actores del sistema de cuidados es el “Cuidador Domiciliario”.

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

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

El aumento de la esperanza de vida produce la convivencia en el seno familiar de dos o más generaciones de viejos: abuelos, bisabuelos y hasta tatarabuelos y la probabilidad de ejercer el rol de abuelo prácticamente durante media vida, sin embargo, en muchos casos están imposibilitados de resolver por sí mismos las Actividades de la Vida Diaria. Es así como se produce una sobrecarga en la generación intermedia debido a la atención que debe brindar a sus propios hijos, al creciente número de viejos y a sus tareas profesionales. No menos importante para destacar es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, reduciéndose así la posibilidad de contar con las cuidadoras tradicionales de los Adultos Mayores de las familias, es decir, la estructura nuclear tradicional ha ido cambiando, dando lugar a otras formas de organización familiar.

Es por ello, que la figura del Cuidador Domiciliario responderá a la demanda de servicios por parte del Adulto Mayor y de su familia; prestando su apoyo para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria del mismo. Lo cual hace que resulte imprescindible la capacitación de personas que desarrollen la tarea de cuidados en el hogar de los Adultos Mayores que lo requieran, brindando una alta calidad en la atención; y a las familias el apoyo necesario para que los Adultos Mayores puedan permanecer el mayor tiempo posible en casa, evitando las institucionalizaciones innecesarias.

El **Rol** de Cuidador Domiciliario es un rol de servicios, pues considerándolo dentro del sistema productivo no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor, para lo cual debe tener incorporado una permanente necesidad y conciencia de actualización, como así también un comportamiento ético que cruce todas sus acciones. Su rol sería Técnico de Apoyo de las Actividades de la Vida Diaria, manteniendo al Adulto Mayor en su hogar la mayor cantidad de tiempo posible y conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su “calidad de vida”.

Las **Funciones** inherentes a su tarea, que debe cumplir el Cuidador Domiciliario son:

- **Prevención:** detección precoz de factores mediadores y/o conducentes a enfermedades, involuciones o deterioros en los aspectos bio-psico-sociales de los Adultos Mayores.
- **Promoción:** optimización de las posibilidades existentes en cada una de las personas atendidas y estimulación de situaciones de integración social, de las conductas resilientes con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

- **Educación:** el Cuidador Domiciliario debe ser un “interlocutor” que difunde sus conocimientos específicos al Adulto Mayor y a su familia. Debe transmitir conceptos en relación de cuidados y autocuidados; brindar información con respecto a recursos existentes a nivel comunitario; además de colaborar en la desmitificación de prejuicios y estereotipos negativos muy arraigados sobre la vejez.
- **Asistencia:** brinda apoyo y entrenamiento para el desenvolvimiento de las Actividades de la Vida Diaria, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible, es decir, en todo aquello que colabore en una mejor calidad de vida.

Las **Prestaciones** que el Cuidador Domiciliario debe realizar en la Actividades de la Vida Diaria son:

- 1- **Levantarse/Acostarse:** incorporarse en la cama; levantarse e iniciar la marcha; sentarse en la cama; levantar los pies y acostarse; abrigarse.
- 2- **Comida/ Bebida:** servirse, untar y cortar; sostener y manejar cubiertos, vasos, etc.; llevarse la comida a la boca.
- 3- **Vestirse/Desvestirse:** ponerse y quitarse prendas de la mitad superior; ponerse y quitarse prendas de la mitad inferior; ponerse y quitarse el calzado; abrocharse botones, corpiño, etc.
- 4- **Lavarse/Arreglarse:** lavarse las manos – cara; peinarse; lavarse el pelo – afeitarse; lavarse los pies - cortarse las uñas; realizar higiene íntima, etc.
- 5- **Bañarse/Ducharse:** ingresar a la bañera, ducha, etc.; abrir y cerrar las canillas; enjabonarse la parte superior de su cuerpo; enjabonarse la parte inferior de su cuerpo; enjuagarse; salir de la bañera, ducha, etc.; secarse la parte superior de su cuerpo; secarse la parte inferior de su cuerpo.
- 6- **Uso de Sanitarios:** llega a tiempo al baño para orinar/defecar; se higieniza.
- 7- **Visión** (con o sin lentes): visualiza a las personas y objetos; visualiza señalizaciones; distingue los colores.
- 8- **Audición** (con o sin audífono): escucha normalmente; identifica sonidos. En el caso de las personas que usan audífono: se coloca el audífono adecuadamente; lo retira; identifica el desgaste de pilas-baterías; higieniza adecuadamente su audífono.
- 9- **Orientación Temporo-espacial:** es conciente del mes, día y hora en el que vive; es conciente de la estación del año en la que se encuentra; reconoce su casa y su comunidad; reconoce sus familiares y vecinos; tiene noción de cerca y lejos, alto y bajo, frío y calor.

- 10- Desplazamiento en vivienda:** movilidad por las distintas dependencias; capacidad para manejar dispositivos domésticos (llaves, enchufes, etc.); accesibilidad dentro de la misma (manejar picaportes, abrir y cerrar puertas, etc.).
- 11- Relación con el entorno:** capacidad para desplazarse fuera de la casa; capacidad para manejar objetos de comunicación (teléfono, radio, etc.); capacidad para hacer uso de medios de transporte; capacidad para gestionar recursos; capacidad para organizar la rutina cotidiana (compras, manejo del dinero, etc.); capacidad para manejarse en contextos no habituales.
- 12- Capacidad de Autoprotección:** capacidad para eludir riesgos; capacidad para obtener ayuda en situación de emergencia.
- 13- Capacidad de interacción:** capacidad para mantener relaciones interpersonales habituales; capacidad para ampliar su núcleo relacional; adaptabilidad de hábitos personales al contexto social (atuendo, horario, expresiones, etc.); capacidad para asumir y cumplir normas, usos y costumbres propias de su entorno.
- 14- Labores del hogar:** puede realizar higiene total del hábitat; puede realizar higiene parcial de hábitat; puede cocinar; puede lavar.

“Las actividades propias de Cuidador Domiciliario serían las que éste realiza al ejercer su rol y funciones, para facilitar al Adulto Mayor sus Actividades de la Vida Diaria”.

**CAPÍTULO IV:
“CALIDAD DE VIDA Y CUIDADOR DOMICILIARIO”**



Capítulo IV: Calidad de Vida y Cuidador Domiciliario.

El concepto de calidad de vida es relativamente reciente; es en el año 1980 cuando ésta expresión se aplica al campo de la salud. Ya en éste campo, la calidad de vida se entiende, al principio, en sentido puramente biológico. Con el tiempo, la citada expresión adquiere un significado más amplio, que abarca un bienestar global: bio-psicológico, económico y social”. La Organización Mundial de la Salud la describe como: “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.

En la actualidad, la calidad de vida ha alcanzado un nivel de especialización que abarca los siguientes campos: médico, económico, cultural, religioso y ecológico.

Conociendo y profundizando la historia en relación a la temática “calidad de vida”; Ángel Cuenca Molina hace mención a la definición propuesta por el Dr. Nelson Ardón, el análisis actual de la calidad de vida, que abarca el período comprendido entre los años 1970 al 2000, se podría dividir en tres (3) subperíodos:

- **Tomando desde el año 1970 hasta 1985:** el contenido de la discusión se centra en los indicadores económicos y sociales, junto con la salud. Se consideraba que una persona o un grupo con un alto nivel adquisitivo y una buena salud física tenía razones más que suficientes para sentir que su vida se desarrollaba en un alto nivel de realización.

- **Abarcando desde el año 1985 hasta 1995:** además de lo planteado anteriormente se suma un nuevo elemento: el ecológico. Como consecuencia del deterioro progresivo del medio ambiente, surge la concientización por la calidad medioambiental, como condición fundamental de una vida social de calidad.

- **Comprendiendo desde el año 1995 hasta el 2000:** se caracteriza por la preocupación política por extender la calidad de vida a toda la sociedad. Los foros políticos, culturales y sociales reclaman preocupación de las legislaciones por configurar una sociedad más culta, democrática y libre.

Ángel Cuenca Molina, hace referencia al autor J. García Férrez, quien afirma: “la calidad de vida es un imperativo personal y social dotado de cierta significación ética, es decir, define unas normas o elementos fundamentales de la vida social, a las cuales habrá que remitirse para establecer en bien humano común”. Mientras que M. Vidal asevera: “el ideal normativo de la humanización se concreta para la actividad científico-técnica en la orientación positiva hacia el objetivo de la vida, neutralizando

todo posible desvío hacia la producción de muerte. Propiciar vida, más vida y mejor vida: ese es el ideal normativo de la actividad científico-técnica.

También Ángel Cuenca Molina toma a M. Vidal, el cual propone cuatro (4) cauces para el dinamismo humanizador de la ética del tercer milenio: la libertad (no opresión), el bienestar económico (y no la pobreza), la paz (y no la guerra) y el uso responsable de los recursos ecológicos (casa humana).

El constructo “calidad de vida” posee las siguientes características:

- Una buena salud física y psíquica, con los elementos indispensables que le permitan al individuo no estar preocupado por su bienestar.
- Un status económico, laboral y social, que le permita un excelente nexo de relaciones con la comunidad.
- Posibilidad efectiva de acceso a las fuentes de cultura, así como a los bienes y servicios de la sociedad a la que pertenece.
- Reconocimiento por parte de los demás de sus derechos, valores y cualidades personales que le permitan un buen nivel de autoestima.
- Un entorno ecológico-ambiental suficientemente sano y limpio de contaminaciones, que le faciliten una vida feliz, dentro de un desarrollo sostenible.
- Pertenencia a una sociedad justa, con solidez y seguridad jurídica, en la que poder participar y ser reconocido como ciudadano de derechos y libertades.

En relación al proceso de envejecimiento de nuestro organismo no es solo biológico sino también mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural. En las sociedades avanzadas los miembros de la tercera edad, generalmente, pasan de ser miembros activos y productivos, a jubilados y dependientes del erario público o de la economía familiar. No son enfermos ni inválidos, aunque si existe un período progresivo de deterioro global, como consecuencia del envejecimiento celular. Esto los conduce frecuentemente a un aislamiento y en algunos casos al abandono, lo que ha ocasionado que su vida haya perdido grados de calidad.

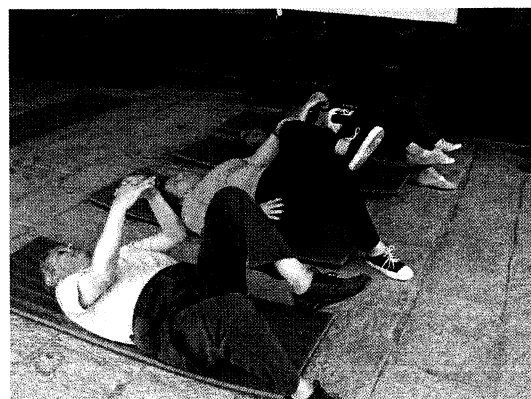
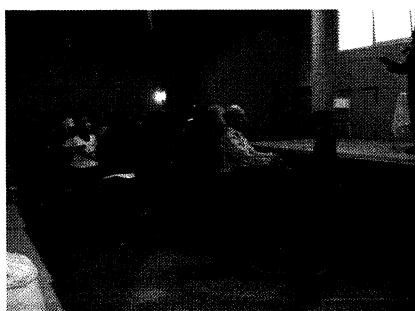
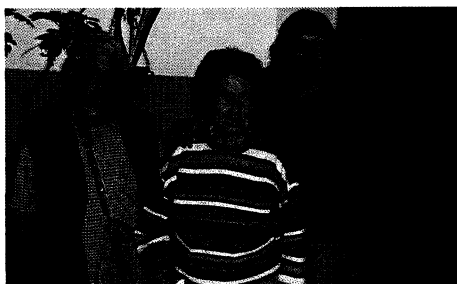
El autor Ángel Cuenca Molina propone la reflexión que hace L.H. Maya: “El anciano ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creando una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a las familias a aplicar alternativas como la institucionalización, que por condiciones negativas como se presenta, no permiten que el anciano tenga adecuada calidad de vida y por ende unas satisfactorias condiciones de bienestar”.

Cada sujeto evoluciona de manera peculiar, en ese proceso de envejecimiento, de acuerdo con su propia historia de vida (biografía) y con ese estilo con que afronte los diversos acontecimientos que le vayan precipitando hacia su estado de vejez. Ese estilo tiene que ver con las ilusiones y esperanzas, con la salud y enfermedad, con la compañía y soledad, con el trabajo y descanso o con las ansias de vivir. Es a partir del mencionado estilo que surgen las formas de comportamiento con respecto a los demás y para con uno mismo. Es decir, cuando el Adulto Mayor tiene frente a la vida una actitud dinámica, emprendedora y optimista tiene muchas probabilidades de transitar una vejez vital con dignidad y calidad de vida.

Concluye, Ángel Cuenca Molina "... la formación permanente y la actividad intelectual ayuda a los ancianos a mantenerse dinámicos y, en definitiva experimentan una mejor calidad de vida". Concluye luego: "...lo más importante para cualquier persona es sentirse feliz y satisfecho consigo mismo y con el ambiente que los rodea... ""... el secreto indispensable para alcanzar y permanecer dignamente en la ancianidad es lograr una vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible".



**CAPÍTULO V:
“DERECHOS DEL ADULTO MAYOR”**



Capítulo V: Derechos del Adulto Mayor.

Las Naciones Unidas proponen a partir de permanentes documentos realizados con el conjunto de naciones involucradas en éste Organismo, que los Principios a favor de las Personas de Edad, se traduzcan en Políticas medidas y Programas prácticos.

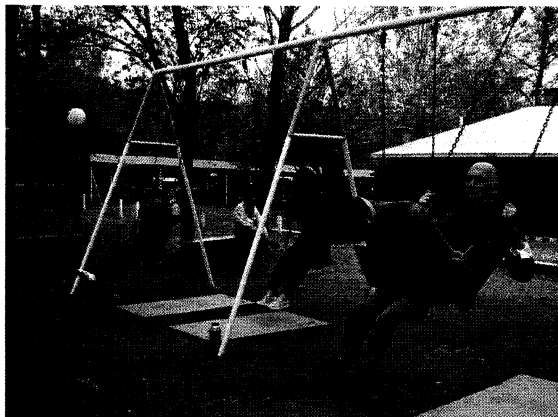
En los últimos años se ha producido un “cambio de paradigma”, los pobres viejitos beneficiarios pasan a ser sujetos de derechos, activos, protagonistas. Dicho enfoque promueve el “Empoderamiento de los Adultos Mayores”, con una sociedad integrada para todas las edades, tal como lo plantea Naciones Unidas.

Haciendo un poco de historia... Argentina, en el año 1948, fue pionera en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”. La Sra. Eva Duarte de Perón estuvo en la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas que se llevó a cabo en Paris, es allí donde propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Ellos son, Derecho a: la asistencia, a la vivienda, a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física, al cuidado de la salud moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto.

“En 1982, la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, que trataba la temática de los derechos humanos de los mayores, afirmando que es necesario educar a la población acerca del proceso de envejecimiento desde edad temprana para que lo perciba plenamente como un proceso natural y recomienda que “los gobiernos y las organizaciones internacionales interesadas en los problemas del envejecimiento deben iniciar programas para educar al público en general sobre el proceso de envejecimiento y sobre las propias personas senescentes”. También, el Plan “insta a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a que tomen las medidas necesarias para la capacitación de personal en la esfera del envejecimiento, y a que redoblen sus esfuerzos para difundir información sobre el envejecimiento, particularmente entre las propias personas senescentes”. (Cuadernillo del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios).

En el año 1991, la Asamblea General proclama los “Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad” (Resolución 46 de 1991); los cuales están organizados en cinco (5) grupos:

“INDEPENDENCIA”



“Expresan que estas personas tienen derecho a los servicios y cuidados básicos, a la oportunidad de trabajar o de generar ingresos, la capacidad de influir en el ritmo de su participación en la fuerza laboral, acceso a programas de formación y educación, un entorno seguro y el apoyo

necesario para poder residir en su propio hogar por todo el tiempo que le sea posible”.

Las personas de edad deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de la salud mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
- Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuadas.
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
- Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

“PARTICIPACIÓN”



“Se refieren a la toma de decisiones, la difusión de información y conocimientos, los servicios a la comunidad, y a la formación de movimientos y asociaciones”.

Las personas de edad deberán:

- Permanecer integradas en la sociedad.
- Participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar.

- Poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

“CUIDADOS”

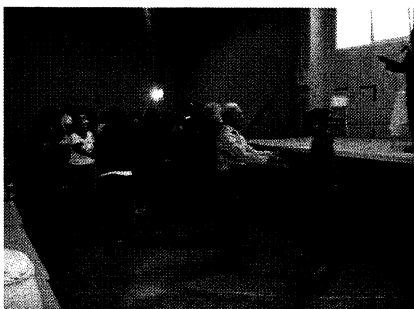


“Se relacionan con cuestiones de la familia y de la comunidad; el acceso a los servicios de atención a la salud, servicios sociales y jurídicos y cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento”. Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

Las personas de edad deberán:

- Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
- Tener acceso a cada servicio social y jurídico que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en hogares e instituciones donde se les brinde cuidados o tratamientos con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así como se su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

“AUTORREALIZACIÓN”



“Se recomienda que las personas puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad”.

Las personas de edad deberán:

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

“DIGNIDAD”



“Consisten en verse libre de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorados independientemente de su condición económica”.

Las personas de edad deberán:

- Poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
- Recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica. (Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo N°1. Nuevos Paradigmas en Políticas Sociales. Nuevos Escenarios Gerontológicos).

En el año 2002, se llevó a cabo en Madrid (España), la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en donde se aprobó la “Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”, el cual cuenta con tres (3) Orientaciones Prioritarias:

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

En relación al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, se destaca que: “la promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la

discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, es importante para lograr una sociedad para todas las edades...”.

La **Orientación Prioritaria III**, establece la importancia de los servicios comunitarios para mantener la “independencia” de los Adultos Mayores, promoviendo Servicios de Cuidados Domiciliarios, para incrementar la calidad de vida de las personas mayores. “Dentro de éste contexto el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios significa una herramienta de intervención desde una doble perspectiva: por un lado, eleva la calidad de atención del Adulto Mayor fundamentalmente de aquellos pertenecientes a grupos de escasos recursos y sin cobertura social y, por el otro, propicia la capacitación de personas, generando posibilidades de empleo e inserción en el mercado formal de trabajo. En ambos sentidos, el Programa Nacional resulta una estrategia para la inclusión social desde un paradigma de derecho y de ciudadanía plena en pos de lograr **una sociedad para todas las edades**”. (Cuadernillo del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios).



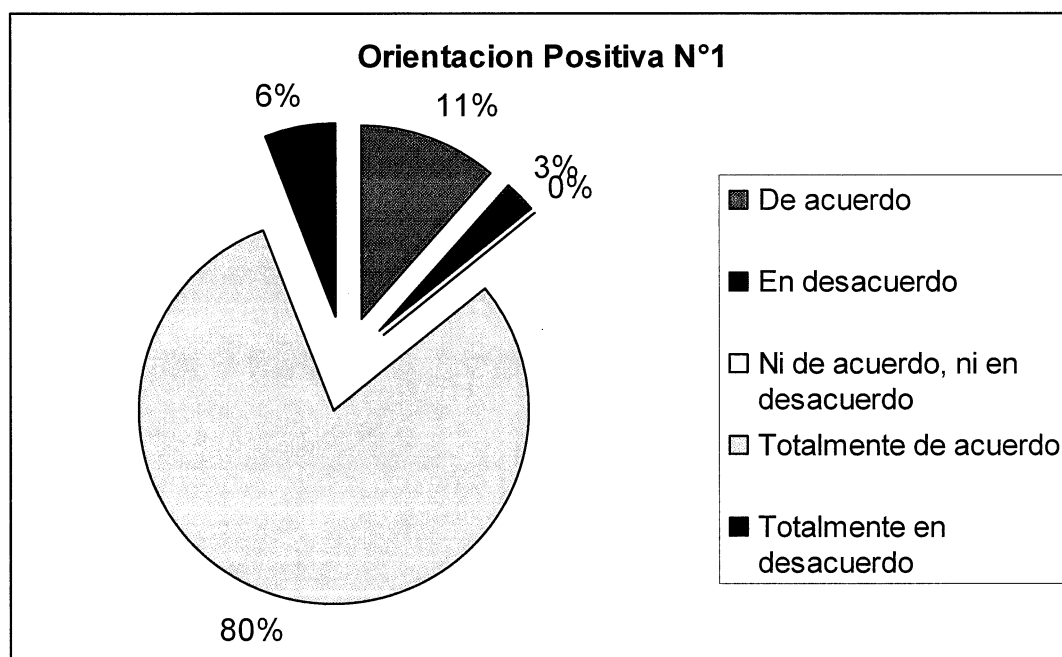
DIAGNÓSTICO.

Los datos que se detallan a continuación, son el resultado de la Escala de Likert que se aplicó a los treinta y cinco (35) Adultos Mayores, sujetos de derecho, que se encontraban bajo el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante el período Junio – Diciembre del año 2009 en la localidad de Huerta Grande.

Se realizaron nueve (9) preguntas con Orientación Positiva y nueve (9) con Orientación Negativa. A continuación se detallan las preguntas (de manera individual) con sus respectivas respuestas.

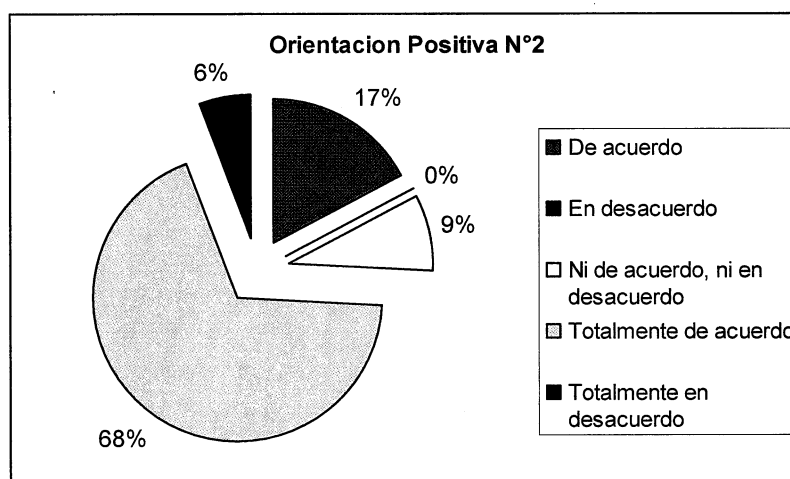
Con Orientación Positiva:

1. El Cuidador Domiciliario lo acompañó y asesoró en sus Actividades de la Vida Diaria.



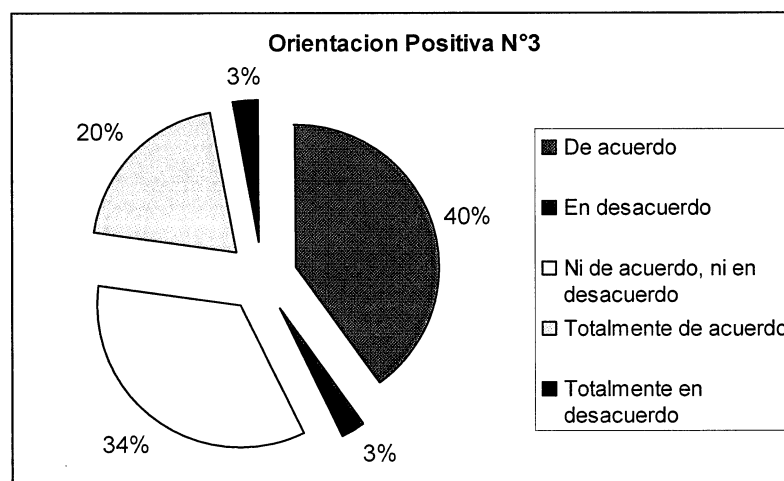
El 80 % de los A.M está “totalmente de acuerdo” en que el C.D lo acompañó y asesoró en sus A.V.D, permitiéndole desarrollar su autonomía e independencia, garantizado una mejor convivencia con su familia, manteniendo y conservando su red social de apoyo y su rol dentro del seno familiar, mejorando su “calidad de vida”.

2. La Atención Domiciliaria fortaleció su autovaloración y autocuidado.



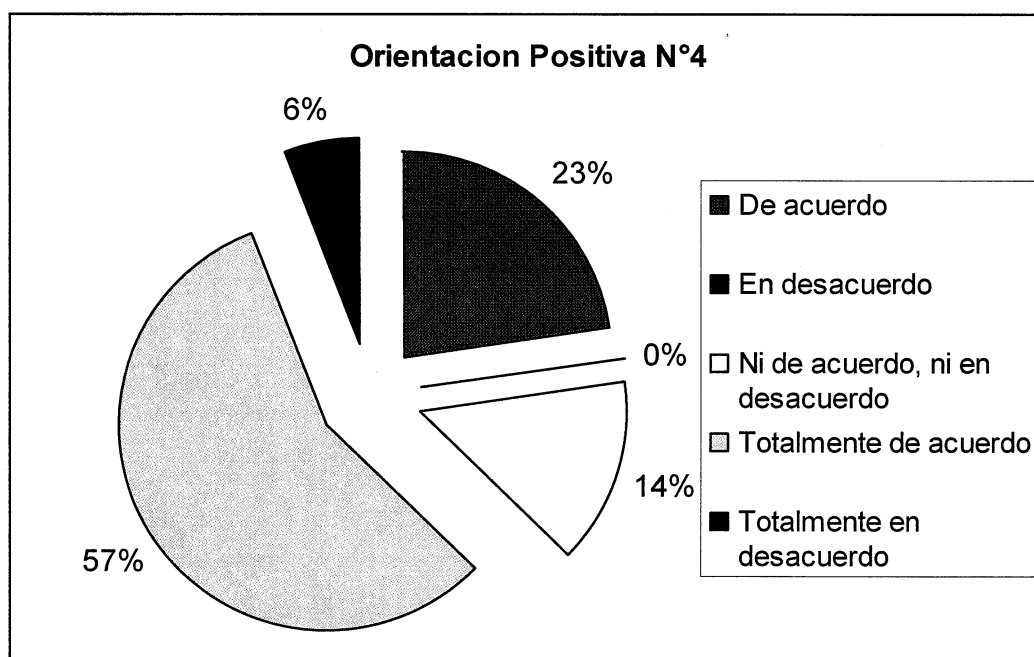
El 68 % de los A.M esta “totalmente de acuerdo” en que la Atención Domiciliaria fortaleció su autovaloración y autocuidado, ya que el C.D desarrollo sus conocimientos y habilidades con el fin de que el A.M se fortalezca desde sus propias acciones; garantizando así una mayor apreciación de sí mismos, la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia.

3. La presencia del Cuidador Domiciliario le permitió prevenir situaciones de riesgo.



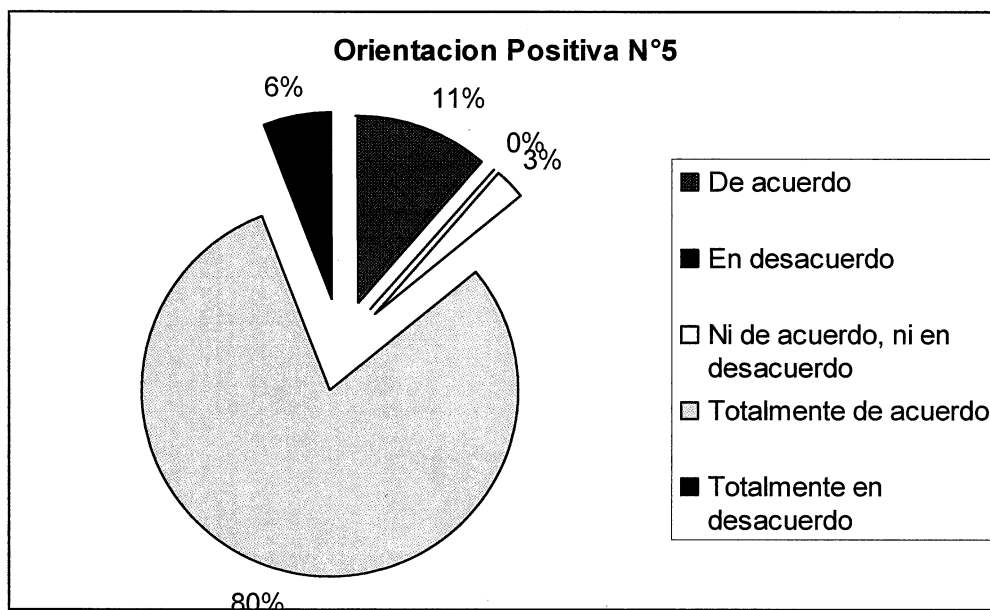
El 40 % de los A.M refiere estar “de acuerdo” en que el C.D les permitió prevenir situaciones de riesgo, desarrollando funciones inherentes a su rol, entre ellas la de “prevención”, detectando de manera precoz factores (indicadores) de posibles enfermedades y/o accidentes domésticos.

4. La presencia del Cuidador Domiciliario generó una actitud participativa tendiente a favorecer su autoestima.



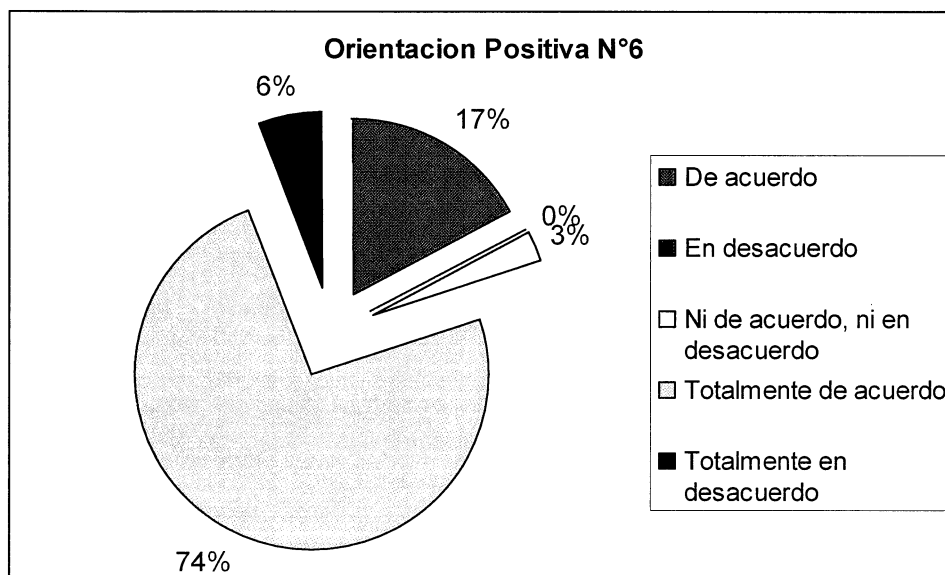
El 57 % de los A.M está “totalmente de acuerdo” en que el C.D generó una actitud participativa favoreciendo su autoestima, teniendo en cuenta el Principio de Participación proclamado por Naciones Unidas. El participar generó cambios favorables en la autoestima de los A.M porque se encontraron con posibilidades que hasta el momento eran impensadas, en relación a: intereses, habilidades; a la vez la presencia del C.D incide de manera positiva porque produce “cambios” en el estado de ánimo del A.M. Desde simples actividades informales como charlas, caminatas, paseos al aire libre, música, entre otras.

5. El Cuidador Domiciliario demostró una actitud de comprensión y escucha, respetando su autonomía.



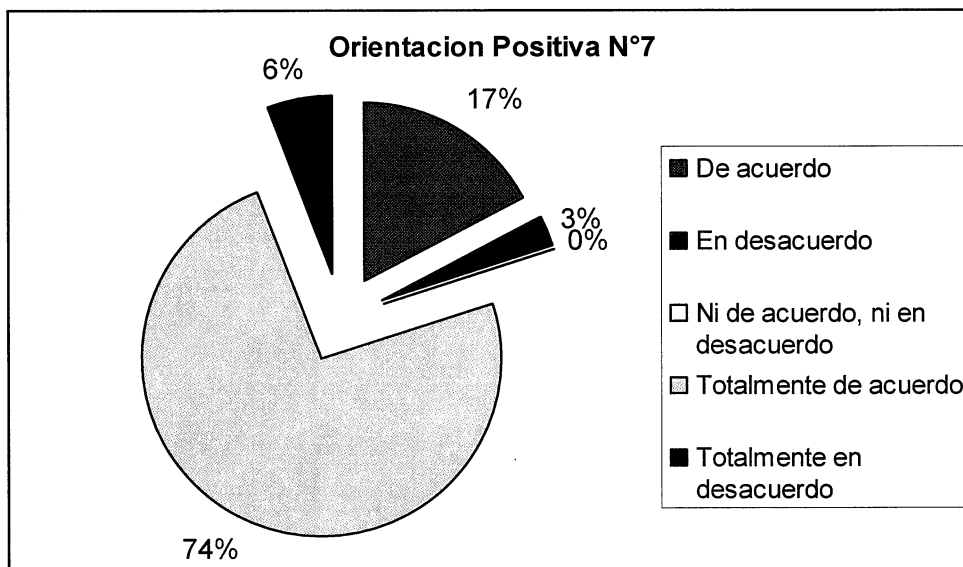
El 80 % de los A.M esta “totalmente de acuerdo” en que el C.D demostró tener una actitud de comprensión y escucha, respetando su autonomía; no desde una actitud paternalista que favorezca la infantilización del A.M sino desde una “tarea equilibrada” que le permita la promoción de su autonomía e independencia. El C.D debe facilitar la movilidad operativa en el vínculo promoviendo el pasaje de la dependencia a la mayor autonomía posible.

6. La Atención Domiciliaria fue de calidad y excelencia.



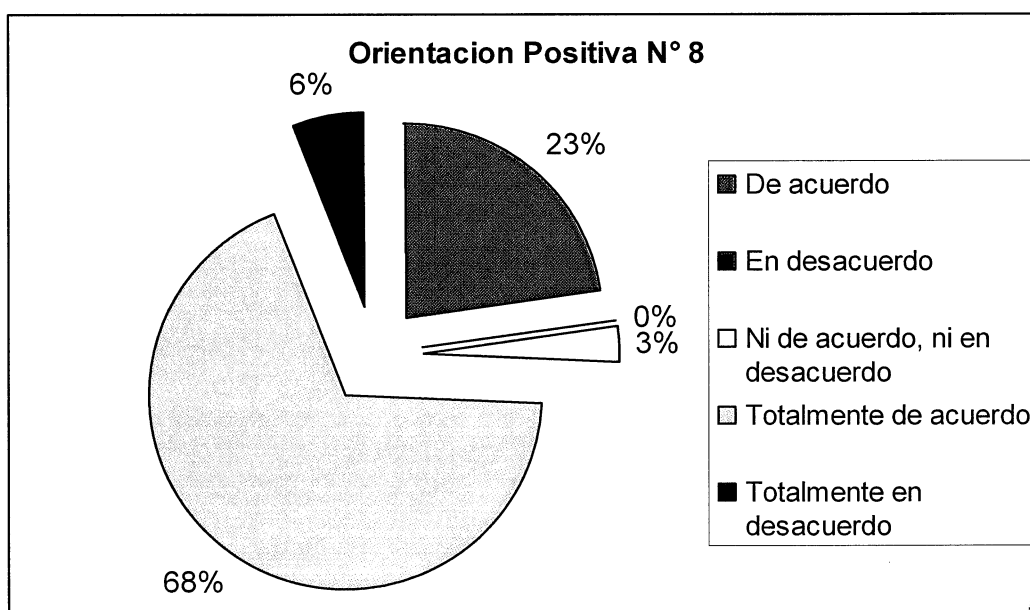
El 74 % de los A.M refieren estar “totalmente de acuerdo” en que la Atención Domiciliaria fue de calidad y excelencia. Entendiendo en ambos conceptos como sinónimos de dignidad, magnificencia en el trabajo que realizaron los C.D para con los A.M.

7. El Cuidador Domiciliario fue responsable en el desempeño de su tarea y funciones.



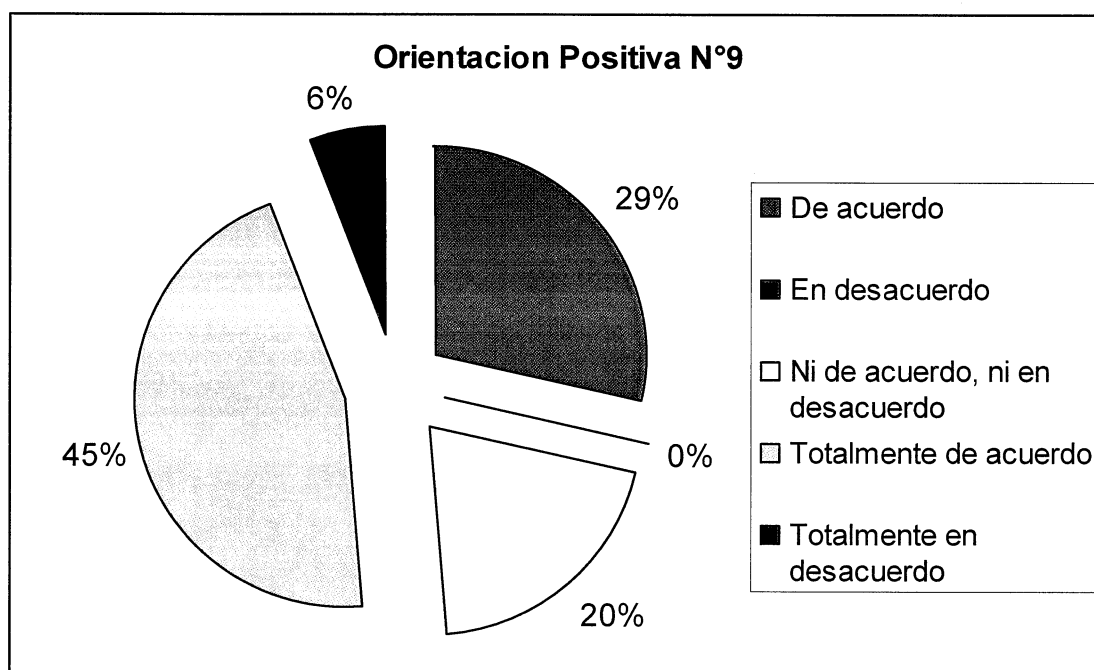
El 74 % de los A.M estuvo “totalmente de acuerdo” en que el C.D desempeñó de manera responsable y comprometida sus funciones de: prevención, promoción, educación y asistencia.

8. El Cuidador Domiciliario fue respetuoso y ético; se acomodó a sus hábitos familiares, respetando sus ideologías (tanto políticas como religiosas).



El 68 % de los A.M expresó que estuvo “totalmente de acuerdo” en que el C.D fue respetuoso y ético en el desempeño de su rol, ya que su ejercicio técnico requiere de un compromiso personal para actuar de dicha manera. “Los C.D respetan y protegen los derechos humanos y civiles y no participan de manera deliberadas, ni consienten prácticas discriminatorias fundadas en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, discapacidad, opinión política, consideración social, valores, creencias, costumbres, entre otras”. El C.D supo respetar la idiosincrasia y la realidad cultural (capital simbólico) y social de cada familia.

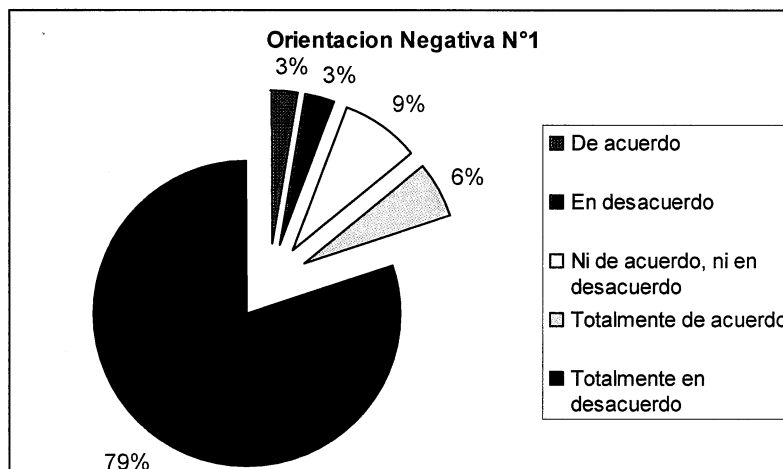
9. El Cuidador Domiciliario transmitió a su familia información a cerca de cuidados y autocuidados que Usted necesitaba.



El 45 % de los A.M manifestó que estuvo “totalmente de acuerdo”, y el 29 % que estuvo “de acuerdo” en que el C.D transmitió información en relación a los cuidados y autocuidados a sus familias. El C.D desempeñó su función relacionada a la “educación”, es decir, a la difusión de conocimientos específicos, desmitificación de estereotipos que dificultan la tarea de promoción y orientación sobre la disponibilidad, acceso y uso de los recursos existentes en cada comunidad.

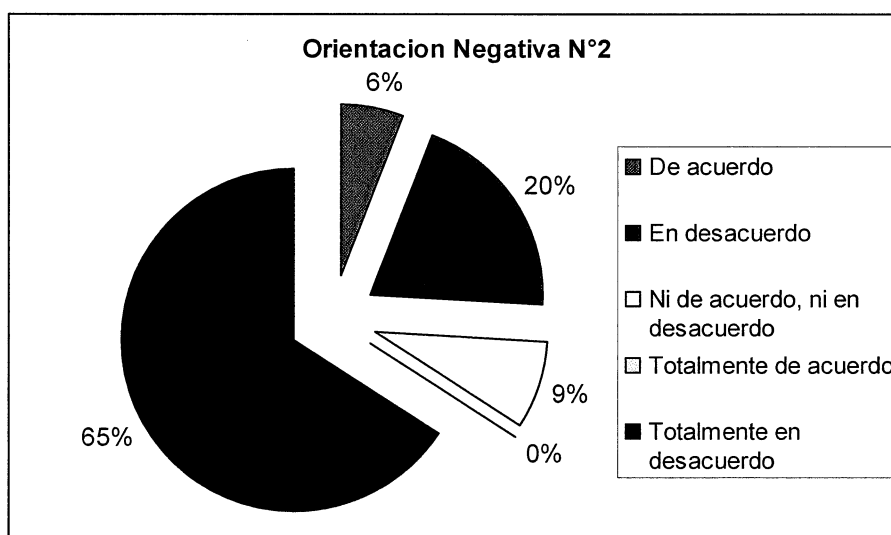
Con Orientación Negativa:

1. El Cuidador Domiciliario no cubrió sus expectativas.



El 79 % de los A.M expresó estar “totalmente en desacuerdo” en relación a que el C.D no cubrió sus expectativas, es decir que en la mayoría de los casos se desempeñó de manera correcta su rol como tal.

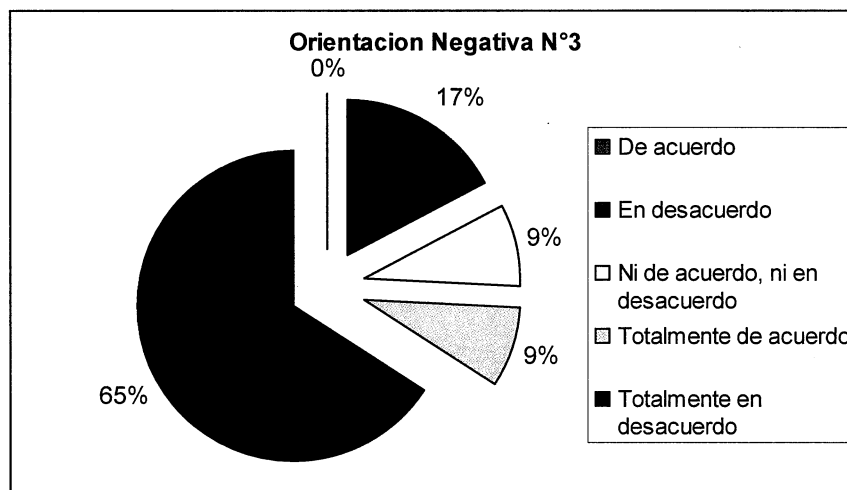
2. El Cuidador Domiciliario dejó de cumplir sus funciones específicas y esto generó la pérdida de su autonomía e independencia.



El 65 % de los A.M refirió estar “totalmente en desacuerdo” con respecto a que el C.D no cumplió con el desempeño de sus funciones, provocando pérdidas de autonomía e independencia. El C.D en el ejercicio de su rol favoreció el Principio de Independencia,

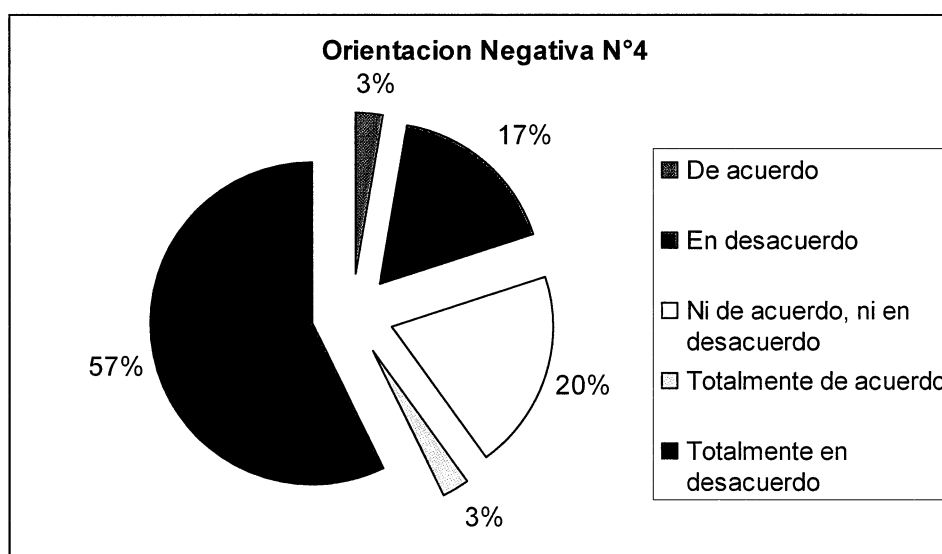
es decir, el derecho a los servicios y cuidados básicos, entre otros; fortaleciendo el desarrollo de capacidades y habilidades desempeñadas por sí mismo.

3. El Cuidador Domiciliario no se adaptó al desempeño de su función.



El 65 % de los A.M estuvo “totalmente en desacuerdo” en relación a que el C.D no se adaptó al desempeño de su función. Al contrario, el C.D desempeñó todas sus funciones: prevención, promoción, educación y asistencia; y un eficaz acompañamiento del A.M y de su familia.

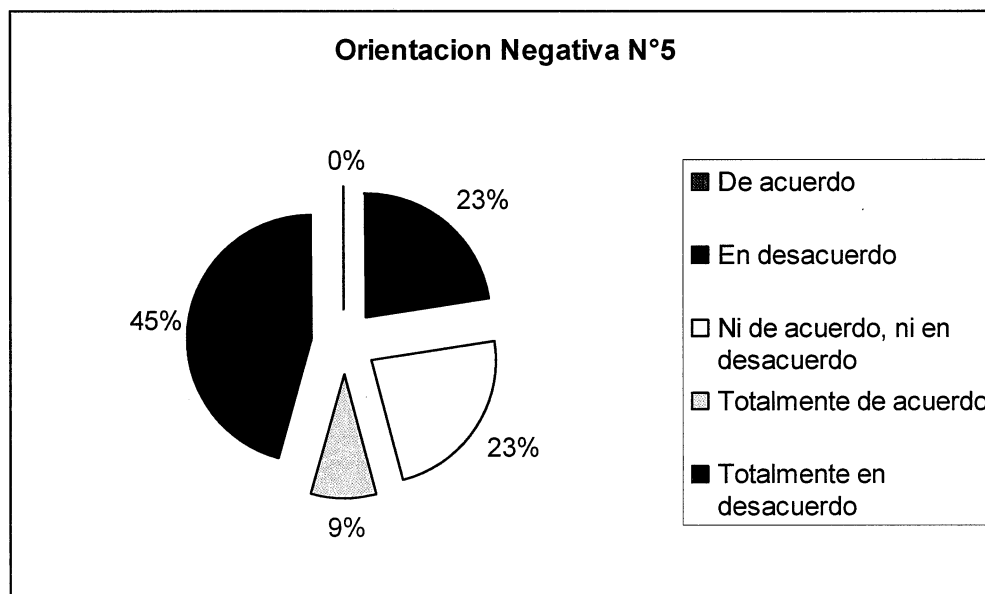
4. El Cuidador Domiciliario no colaboró en la generación de actividades recreativas y ocupacionales que le interesaban.



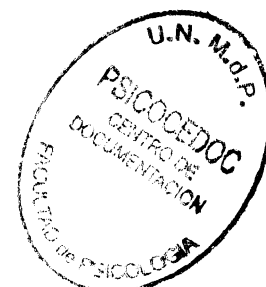
El 57 % de los A.M expresó que está “totalmente en desacuerdo” en que el C.D no colaboró en la generación de actividades recreativas y ocupacionales que le interesaban.

El C.D colaboró con el A.M y se comprometió con la estimulación de hábitos, como así también, tuvo en cuenta sus costumbres, idiosincrasia, valores e intereses; entendiendo al mismo como un “sujeto de derecho”.

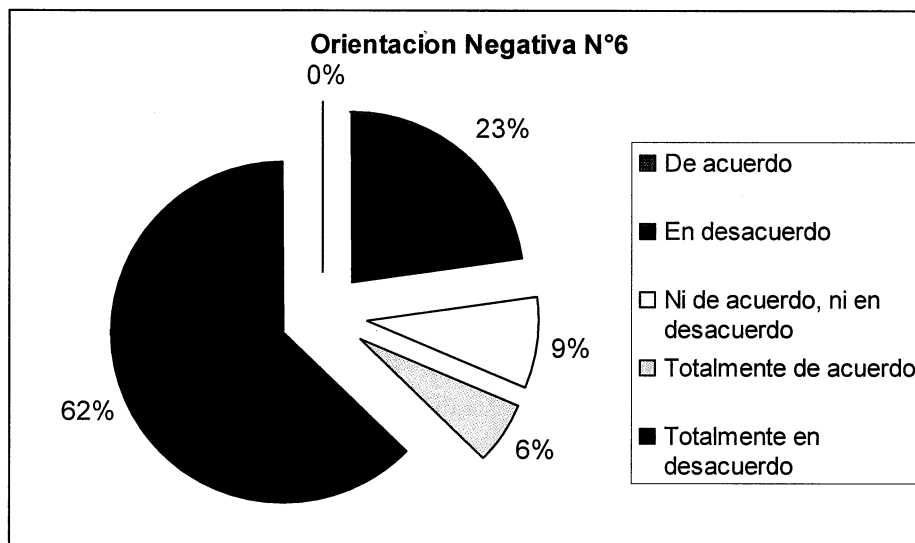
5. El Cuidador Domiciliario no fortaleció sus relaciones familiares y sociales, no generó redes solidarias de apoyo e intercambio.



El 45 % de los A.M estuvo “totalmente en desacuerdo” y el 23 % “en desacuerdo” en que el C.D no fortaleció sus relaciones familiares y sociales, además de no generar redes solidarias de apoyo e intercambio. El C.D es quien no solo brinda apoyo en las A.V.D sino que desempeña su rol para que el A.M permanezca en el seno familiar, fortaleciendo tanto sus relaciones familiares como sociales, con el fin de “mejorar su calidad de vida”, inserto en la comunidad a la cual pertenece.

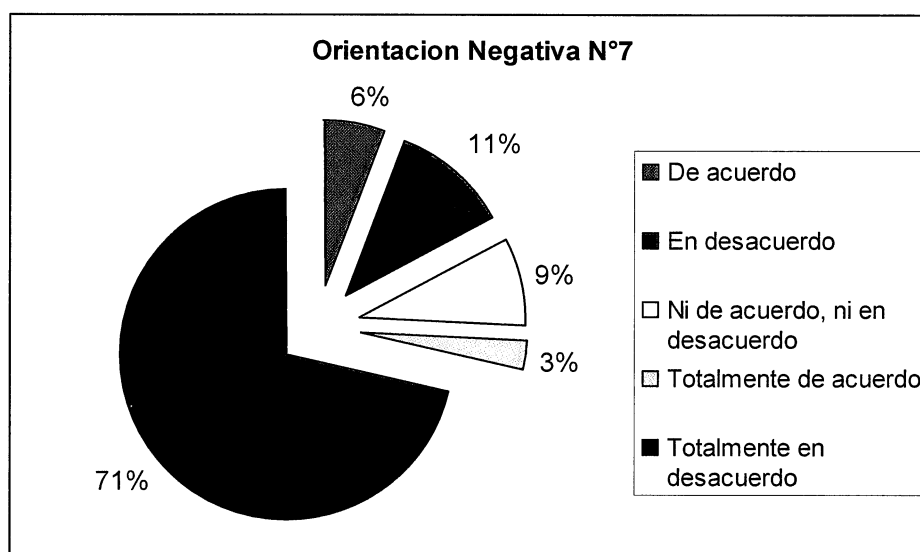


6. El Cuidador Domiciliario trabajó escasamente para que Usted pueda permanecer en su medio social, el mayor tiempo posible y conveniente.



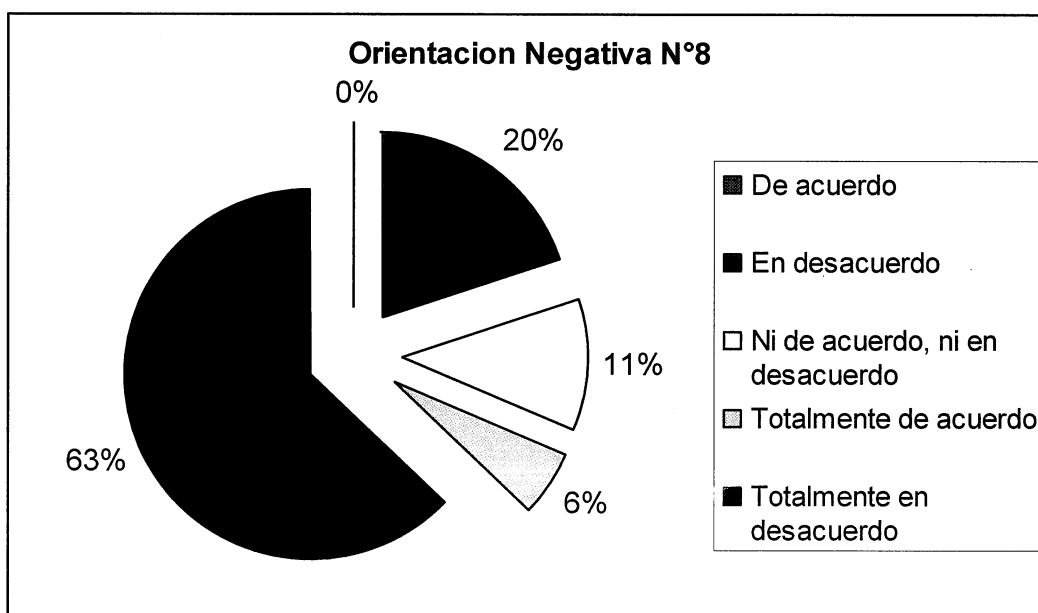
El 62 % de los A.M expresó que esta “Totalmente en desacuerdo” en que el C.D trabajó escasamente para que pueda permanecer en su hogar. Todo lo contrario, el C.D desempeñó su rol fuertemente para que los A.M permanezcan dentro de sus hogares el mayor tiempo posible y conveniente para los mismos, preservando sus roles tanto familiares como sociales; teniendo en cuenta el nuevo paradigma: el A.M tiene derecho a envejecer al lado de sus seres queridos.

7. El Cuidador Domiciliario cuestionó la dinámica familiar, no respetando siempre la intimidad y organización familiar.



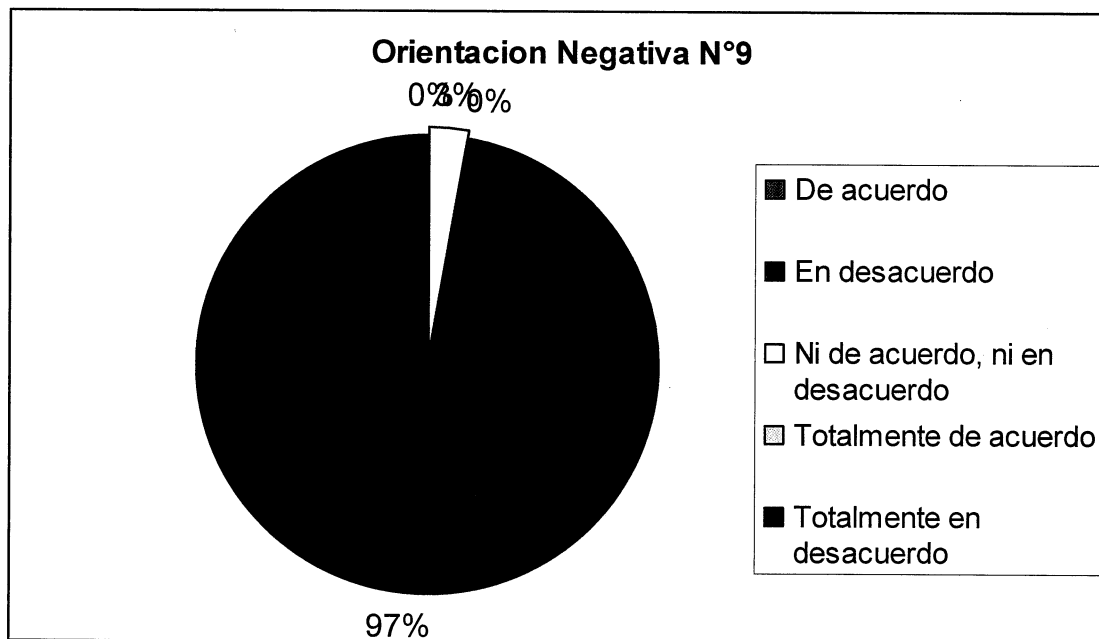
El 71 % de los A.M manifestó estar “totalmente en desacuerdo” en que el C.D cuestionó la dinámica familiar, no respetando siempre la intimidad y organización familiar, puesto que estamos haciendo referencia al “secreto profesional” y a la “ética” que debe tener el C.D y que fue puesta en práctica en la prestación.

8. El Cuidador Domiciliario estimuló situaciones que favorecieran su integración social, solo de manera esporádica.



El 63 % esta “totalmente en desacuerdo” en que estimuló situaciones que no favorecieran su integración social. El C.D incitó permanentemente la participación del A.M de acuerdo a sus posibilidades, en diferentes situaciones (fiestas, eventos, recreación, salidas) lo cual favorece su integración social.

9. El Cuidador Domiciliario le administró medicamentos que no estaban indicados por su médico.



El 97 % esta “totalmente en desacuerdo” en que el C.D le suministro medicación que no estaban indicados por su médico. El C.D actuó de acuerdo a la ética, respetando en todos los casos las indicaciones prescriptas por los profesionales de salud intervinientes.

Análisis e Interpretación de datos:

Los datos obtenidos son el resultado del procesamiento que se realizó a partir de la aplicación del instrumento, la Escala de Likert, a treinta y cinco (35) Adultos Mayores, veinticinco (25) mujeres y diez (10) varones, de 60 años de edad y más, que se encontraban en el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, en la localidad de Huerta Grande, en el período Junio-Diciembre de 2009. Es importante destacar que los Adultos Mayores encuestados, pertenecen a un estrato social medio empobrecido (llamados “nuevos pobres o pauperizados”) y a una clase social baja (llamados “pobres estructurales”); es decir, un sector social que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

Si bien ya se ha mostrado en los gráficos los porcentajes de los resultados, a continuación se realizará un análisis más exhaustivo de cada pregunta ejecutada, haciendo un total de dieciocho (18). Las mismas se redactaron en “forma de afirmaciones” con orientación positiva o favorable (nueve) y negativa o desfavorable (nueve). Las opciones (ítems) fueron las mismas para el total de las preguntas aplicadas (con orientación positiva y negativa): Totalmente de acuerdo; De acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

Retomando la Pregunta de Investigación – Problema:

¿Cómo incide la presencia del Cuidador Domiciliario, en relación a la calidad de vida de los Adultos Mayores, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, durante en período junio-diciembre 2009, en la localidad de Huerta Grande?

A continuación se responderá a la misma, de acuerdo a los datos surgidos. Se dividirán las respuestas de acuerdo a la Orientación Positiva y Negativa.

Orientación Positiva:

Las trescientas quince (315) respuestas (es decir, nueve preguntas aplicadas a treinta y cinco titulares de derecho) se pueden analizar de acuerdo a los ítems:

- Totalmente de acuerdo: ciento noventa y nueve (199). Equivale al 63 %.
- De acuerdo: sesenta y seis (66). Equivale al 21 %.
- No de acuerdo, ni en desacuerdo: treinta (30). Equivale al 9 %.
- En desacuerdo: tres (3). Equivale al 1 %.
- Totalmente en desacuerdo: diecisiete (17). Equivale al 6 %.

Al primar ciento noventa y nueve (199) respuestas que están “totalmente de acuerdo”, siguiéndole sesenta y seis (66) “de acuerdo”, permite afirmar la **Hipótesis** planteada en el presente trabajo de investigación: “La presencia del Cuidador Domiciliario en los Adultos Mayores, titulares de derecho, del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, mejora la calidad de vida de los mismos”.

Orientación Negativa:

Las trescientas quince (315) respuestas (es decir, nueve preguntas aplicadas a treinta y cinco titulares de derecho) se pueden analizar de acuerdo a los ítems:

- Totalmente de acuerdo: catorce (14). Equivale al 4 %.
- De acuerdo: seis (6). Equivale al 2 %.
- No de acuerdo, ni en desacuerdo: treinta y cinco (35). Equivale al 11 %.
- En desacuerdo: cuarenta y siete (47). Equivale al 15 %.
- Totalmente en desacuerdo: doscientas trece (213). Equivale al 68 %.

Al surgir doscientas trece (213) respuestas que indican que están “Totalmente en desacuerdo”; siguiéndole cuarenta y siete (47) “En desacuerdo”, permite afirmar la Hipótesis planteada en la presente investigación: La presencia del Cuidador Domiciliario favorece la “calidad de vida” del Adulto Mayor.

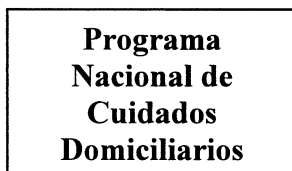
Los resultados obtenidos, demuestran que **la presencia del Cuidador Domiciliario sí mejora la calidad de vida de los Adultos Mayores**, a la vez que permite mostrar que el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios es una Política Social que llega al interior del País, cumpliendo con lo propuesto por el Estado Nacional realizando una Abordaje Integral e Integrado. Es importante tomar a la Política Social como construcción de escenarios, a través de la Planificación de la Gestión Integrada (GIP). Se puede observar la misma en el siguiente cuadro:

CONTEXTO:

- Localidad de Huerta Grande.
- Junio – Diciembre 2009.
- Convenio entre Nación y Municipio.
- Dirigido a personas beneficiarias de planes sociales y desocupadas.

SIGNIFICADO:

- Porque entendemos al Adulto Mayor como un sujeto con derechos.

**SENTIDO:**

- Capacitar recurso humano en Atención Domiciliaria.
- **Mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.**

SUBTEXTO:

- Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.
- Derecho de Independencia.

“Se cura algunas veces.

Se alivia con frecuencia.

Se cuida siempre”.

Aforismo anónimo, S. XV.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN Y CONCLUSIONES.

Planificación de la Intervención.

1) Síntesis del problema a resolver:

La presente propuesta de intervención permitirá difundir e implementar el nuevo paradigma: “el Adulto Mayor como sujeto de derecho”, para que pueda ejercer sus Principios de Independencia, Participación, Cuidados, Dignidad y Autorrealización; inserto en la comunidad, envejeciendo en su seno familiar bajo el cuidado de un Cuidador Domiciliario (en caso de ser necesario), con “calidad de vida”.

2) Objetivos de la Propuesta:

- “Brindar conocimientos en relación al nuevo paradigma tomando al Adulto Mayor como sujeto de derecho”
- “Difundir los Principios del Adulto Mayor: Independencia, Participación, Cuidados, Dignidad y Autorrealización”.
- “Realizar un trabajo en red a través del Municipio de Huerta Grande y de la Comunidad Regional, fortaleciendo el mismo”.
- “Brindar espacios de participación del Adulto Mayor, a través del Consejo Municipal del Adulto Mayor”.
- “Conformar una Cooperativa con las Cuidadoras Domiciliarias”.
- “Continuar trabajando con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, en la implementación de diferentes Programas”.

3) Estrategias a implementar:

Las estrategias que se efectuarán se irán adecuando de acuerdo a la/s demanda/s que vayan surgiendo en el proceso de implementación de la presente propuesta, con la participación de los diferentes actores, por supuesto, con los protagonistas: los Adultos Mayores.

4) Descripción del procedimiento y actividades a desarrollar:

El método (ético y socialmente comprometido) que se utilizará será la Investigación Acción Participativa (IAP), ya que permitirá producir saberes y transformar situaciones. De esta manera se logrará la igualdad e inclusión de los grupos más necesitados, en éste

caso, los Adultos Mayores. La misma se iniciará con los primeros contactos de la comunidad, culminando con la discusión y socialización de los resultados obtenidos.

Para ello, se desarrollarán las siguientes actividades:

- A partir del presente trabajo de integración: Calidad de vida de los Adultos Mayores en relación al Cuidado Domiciliario, se elevará la propuesta al Municipio de Huerta Grande, Comunidad Regional (ente que nuclea a todos los Municipios y Comunas del Valle de Punilla) e Instituciones, Organizaciones Intermedias y Organizaciones No Gubernamentales que trabajen con los A.M.
- Se propondrá al Ejecutivo Municipal de Huerta Grande, la creación en su Orgánica Municipal, un Área destinada a la atención específica del A. M. (Dirección del A.M).
- Se trabajará para que, desde la Comunidad Regional, se diseñe e implemente una Política Social destinada al Adulto Mayor.
- Se sugerirá la creación del Consejo Municipal del Adulto Mayor.
- Se propondrá conformar una Cooperativa de Cuidadoras Domiciliarias: egresadas 2008 como así también incorporar oportunamente a las futuras Cuidadoras Domiciliarias que se encuentran bajo el Primer Componente. De esta manera, se podría “garantizar” que la Cooperativa conformada genere puestos genuinos de trabajo (fuente laboral formal) para lo cual se deberá trabajar mancomunadamente, realizando un trabajo en red con las diferentes Instituciones (PAMI, PROFE, Centros de Jubilados, Geriátricos, entre otros).
- Se fortalecerá el trabajo en red entre las distintas Instituciones no sólo de Huerta Grande sino también de las localidades vecinas; lo cual favorecerá el trabajo con los A.M, de ésta manera serán partícipes directos (sujetos de derecho).
- Se continuará trabajando con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, en la implementación de diferentes Programas destinados a los A.M: la Experiencia Cuenta, Voluntariado Social, Cuidados Domiciliarios, otros.

5) Acciones previstas para la evaluación de la intervención:

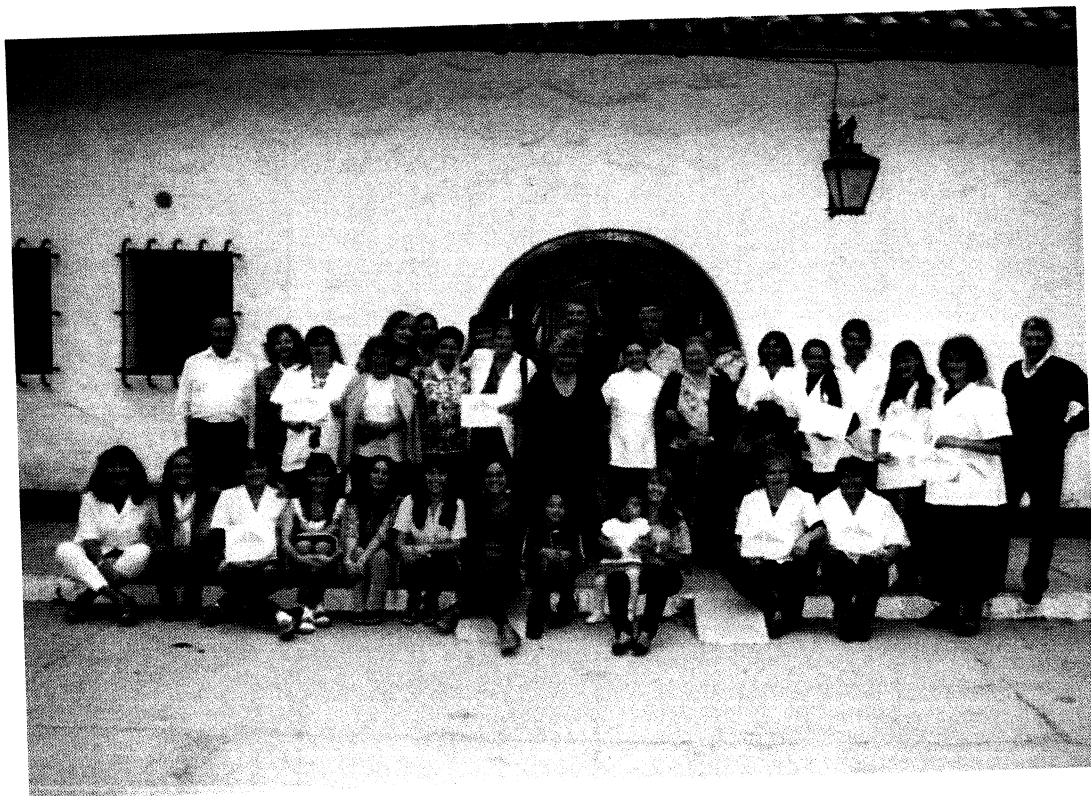
Es importante destacar, que la presente propuesta para que sea viable, debe ser flexible y abierta a las sugerencias u opiniones que vayan surgiendo, de las diferentes partes intervinientes (Adultos Mayores, Funcionarios, Comunidad, otros), a medida que se implemente la misma. Esto permitirá realizar una evaluación de manera permanente,

construyendo así un proyecto participativo desde los intereses de los propios protagonistas: los Adultos Mayores

Conclusiones.

La presente propuesta permitirá brindar nuevos conocimientos, transmitir saberes, abrir caminos, para ellos: los Adultos Mayores.

“Siempre quedan cosas por hacer, mejorar y modificar; aprendiendo también de las vivencias de los Adultos Mayores y disfrutando del trabajo que hacemos”.



MUCHAS GRACIAS!!!



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

- Arias, C. J.; Scolni, M. (2009). *Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- CEPAL-CELADE (2004). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.
- Kirchner, A. M. (2007). *Políticas Sociales en Acción. La Bisagra*. Buenos Aires. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Kirchner, A. M.; Vessvessián, P. (2009). *Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Naciones Unidas (1982). *Documentos sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Viena.
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. Presidencia de la Nación. SUBSECRETARÍA DE TERCERA EDAD. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA (2003). *Manual de Cuidadores Domiciliarios*. Argentina.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (2008). *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*. Argentina.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (2011). *Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*. Argentina.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (2010). *Manual de Cuidados Domiciliarios. Cuadernillo N° 1: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*. Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. Argentina.
- Molina, A. C. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad*. Cuadernos de Bioética, mayo-agosto, año/vol. XIX, número 066. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia, España. pp. 271-291. (On Line). Disponible en www.redalyc.com.ar

- Roqué, M.; Fassio, A. (2009). *Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.

ANEXO I: ESCALA DE LIKERT.

Orientación Positiva.

10. El Cuidador Domiciliario lo acompañó y asesoró en sus Actividades de la Vida Diaria.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

11. La Atención Domiciliaria fortaleció su autovaloración y autocuidado.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

12. La presencia del Cuidador Domiciliario le permitió prevenir situaciones de riesgo.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

13. La presencia del Cuidador Domiciliario generó una actitud participativa tendiente a favorecer su autoestima.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

14. El Cuidador Domiciliario demostró una actitud de comprensión y escucha, respetando su autonomía.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

15. La Atención Domiciliaria fue de calidad y excelencia.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

16. El Cuidador Domiciliario fue responsable en el desempeño de su tarea y funciones.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

17. El Cuidador Domiciliario fue respetuoso y ético; se acomodó a sus hábitos familiares, respetando sus ideologías (tanto políticas como religiosas).

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

18. El Cuidador Domiciliario transmitió a su familia información a cerca de cuidados y autocuidados que Usted necesitaba.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

Orientación Negativa.

10. El Cuidador Domiciliario no cubrió sus expectativas.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

11. El Cuidador Domiciliario dejó de cumplir sus funciones específicas y esto generó la pérdida de su autonomía e independencia.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

12. El Cuidador Domiciliario no se adaptó al desempeño de su función.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

13. El Cuidador Domiciliario no colaboró en la generación de actividades recreativas y ocupacionales que le interesaban.

Totalmente de acuerdo.
De acuerdo.
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
En desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

14. El Cuidador Domiciliario no fortaleció sus relaciones familiares y sociales, no generó redes solidarias de apoyo e intercambio.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

15. El Cuidador Domiciliario trabajó escasamente para que Usted pueda permanecer en su medio social, el mayor tiempo posible y conveniente.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

16. El Cuidador Domiciliario cuestionó la dinámica familiar, no respetando siempre la intimidad y organización familiar.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

17. El Cuidador Domiciliario estimuló situaciones que favorecieran su integración social, solo de manera esporádica.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

18. El Cuidador Domiciliario le administró medicamentos que no estaban indicados por su médico.

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

En desacuerdo.


Totalmente en desacuerdo.

Encuesta aplicada a treinta y cinco (35) Adultos Mayores, titulares de derecho del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Huerta Grande, junio-diciembre 2009.

ANEXO II: PROCESAMIENTO DE DATOS.

| respuesta_likert | op 1 | op 2 | op 3 | op 4 | op 5 | op 6 | op 7 | op 8 | op 9 | on 1 | on 2 | on 3 | on 4 | On 5 | on 6 | on 7 | on 8 | on 9 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| De acuerdo | 4 | 6 | 14 | 8 | 4 | 6 | 6 | 8 | 10 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| En desacuerdo | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 | 6 | 6 | 8 | 8 | 4 | 7 | 0 |
| Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | 0 | 3 | 12 | 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 | 3 | 3 | 3 | 7 | 8 | 3 | 3 | 4 | 1 |
| Totalmente de acuerdo | 28 | 24 | 7 | 20 | 28 | 26 | 26 | 24 | 16 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| Totalmente en desacuerdo | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 28 | 23 | 23 | 20 | 16 | 22 | 25 | 22 | 34 |
| | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |

Tabla con el procesamiento de los datos obtenidos a través de la Escala de Likert.


VALERIA S. KEDIKIAN
 LIC. TRABAJO SOCIAL
 M.P. 20-1585