

CLASE 13 /

AUXILIAR EN CUIDADO DE PERSONAS MAYORES NIVEL I



TEMA

La sexualidad en las personas mayores

Envejecimiento cognitivo normal y patológico

OBJETIVOS

- ✓ Desmitificar la sexualidad en la vejez
- ✓ Conceptualizar términos como memoria y deterioro cognitivo normal y patológico.
- ✓ Reconocer herramientas y alarmas en la persona cuidada para hacer una consulta a tiempo.
- ✓ Formar juicios para intervenir en situaciones relacionadas con la sexualidad por un lado y con el deterioro cognitivo por otro.



DESARROLLO DE LA CLASE

En esta clase vamos a desarrollar dos temas ampliamente relacionados. Alguno de ellos lo hemos tratado parcialmente en otras clases **¿Empezamos?**



LA SEXUALIDAD:

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

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

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

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



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





Los cuidadores ante la sexualidad de las personas mayores

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

El amor y la sexualidad pueden brindar un fuerte sentido de sí y de valoración personal, y proteger contra la ansiedad, por el placer que da ser tocado y querido. Existe la posibilidad de que otros integrantes del equipo de salud, o entre quienes brindan otras clases de apoyo dentro de la red social de los adultos mayores, traten de evitar el tema o lo ignoren, como si no tuviera que ver con la tarea que les toca llevar adelante.

Cómo actuar ante la manifestación de la sexualidad en las tareas de cuidado

Conductas recomendables:

- Respetar la intimidad (por ejemplo, en la higiene, cuando la persona que recibe los cuidados está en el baño).
- Mantener una actitud comprensiva.
- Orientar la expresión sexual hacia un espacio íntimo y privado.
- Reflexionar sobre los propios prejuicios respecto de la sexualidad.
- Comunicar las manifestaciones de la sexualidad del adulto mayor a familiares y profesionales.
- Ayudar a que no sientan miedo o vergüenza por su vida sexual.



Conductas a evitar:

- Censurar las manifestaciones sexuales.
- Elevar la voz en el momento de reencausar la situación.
- Pensar que las conductas sexuales están dirigidas a nosotros.
- Generar situaciones que se presten a confusión (por ejemplo, seducción, promover la excitación).
- Proponer o aceptar actividades sexuales con la persona cuidada a cambio de beneficios para el cuidador, que precipitan situaciones de maltrato.
- Acceder o promover contratos sexuales implícitos que rápidamente conducen al maltrato.
- Juzgar a la persona mayor por su orientación sexual.

El envejecimiento puede enlentecer la **respuesta sexual humana**, pero no terminar con ella. Mientras existe un buen estado de salud general los deseos sexuales y la búsqueda de satisfacción continúa hasta estadios de edad muy avanzados.

Las posibilidades de la manifestación de la sexualidad de las personas mayores estarán directamente relacionadas con la actitud que haya tenido la persona con su sexualidad a lo largo de toda su vida.

Ahora bien, es importante decir también que la sexualidad frente a algún deterioro crónico o agudo puede reducir o inhibir el deseo sexual.

La enfermedad puede provocar un retiro temporario de los goces, pero una vez terminada suele reaparecer el deseo; el tiempo que implique el retorno del deseo está en directa relación con el lugar que lo erótico ocupe para el sujeto.



Algunas patologías y su relación con el deseo sexual:

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



DETERIORO COGNITIVO NORMAL Y PATOLOGICO

Gran parte de las personas que envejecen se quejan de la **declinación de sus habilidades cognitivas** especialmente **en el área de la memoria**. La alta aparición de estas quejas de memoria ha llevado a la creencia que la pérdida de la habilidad intelectual es parte inevitable del envejecimiento.

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

Esta declinación se traduce en que la persona mayor necesita más tiempo para procesar información, cambios en la atención y alteraciones particulares en la memoria.

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

Tener en cuenta esto, le permitirá al cuidador dejar de lado el prejuicio de que el deterioro intelectual está sumamente relacionado con el envejecimiento y a la vez identificar toda situación atípica para realizar la consulta profesional tempranamente, y así dar lugar a intervenciones oportunas y adecuadas.

A tener en cuenta: *Los cambios cognitivos en el envejecimiento normal no comprometen la autonomía de la persona.*

Vamos a dar algunas definiciones de los conceptos "cognición" y "memoria" que nos permitirán comprender lo que estamos trabajando:

✓ **Cognición:**

Se llama cognición al **conjunto de habilidades psicológicas** que dan cuenta de toda la vida mental.

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

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



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

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

La mayoría de nosotros no sufrirá problemas importantes de memoria antes de los 80 años. Algunos cambios aparecen a partir de los 50 años; por ejemplo, mayor dificultad para encontrar palabras o nombres de personas conocidas o personajes famosos. A este fenómeno se lo llama “tener la palabra en la punta de la lengua” o “anomia”; lo que sucede es una cierta dificultad en el proceso de recuperación, pero la persona sabe quién es el actor o qué palabra quiere decir y busca un sinónimo o al rato la recuerda espontáneamente.



Envejecimiento cognitivo normal y con patología:

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

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

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

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

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

Las manifestaciones **esperables** en el **envejecimiento típicamente normal** pueden ser entre otras:

- La persona olvida parte de situaciones o eventos, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista, o aparecen espontáneamente más tarde.
- Las quejas de memoria muchas veces corresponden más a rasgos ansiosos o depresivos que a fallas de memoria propiamente dichas.
- Disminución de la capacidad de recuperar información almacenada en la memoria (los recuerdos están, aunque cuesta evocarlos en forma espontánea; si se le da la primera sílaba de la palabra, o información del contexto del evento olvidado, la persona recupera el dato olvidado.)
- Disminución en la capacidad de atención dividida (hacer dos tareas casi simultáneamente).
- Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiada (mayor distractibilidad).
- Hay una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria, aunque las mismas no provoquen impacto en ámbitos sociales, familiares y laborales.
- Las dificultades son relativamente estables en el tiempo.
- No hay episodios de desorientación espacial o temporal.
- No aparecen trastornos de la conducta.





En el **envejecimiento cognitivo patológico**:

- Se ven afectadas las actividades de la vida diaria (en distinto nivel según la patología y el grado).
- Hay impacto funcional.
- La persona puede no llegar al objetivo.
- Con el tiempo va perdiendo autonomía.

Existe un porcentaje de la población mayor al 20% que tiene rendimientos alterados, generalmente por cambios en el estado de ánimo. Estas causas pueden ser ansiedad o depresión, abuso de alcohol o drogas (incluso de medicamentos), y pueden normalizarse con tratamiento.

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

Dentro de este 20% puede presentarse una condición especial llamada **Deterioro Cognitivo Leve** (DCL), que es un deterioro importante de la memoria, pero sin impacto en la vida cotidiana de la persona, luego otro 20% de la población mayor presenta algún tipo de demencia incipiente, en general una **Demencia Tipo Alzheimer**. Cabe aclarar que, a medida que la enfermedad avanza irán disminuyendo las quejas de memoria de parte del paciente y sí aumentarán las quejas de los familiares.

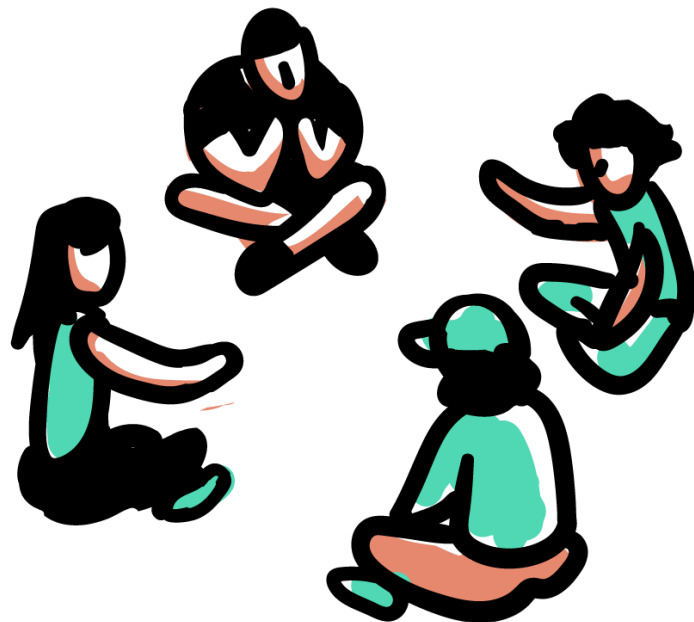
Por último, un 60% de la población mayor que consultan por la memoria presentan un desempeño normal, los cambios en estos casos están relacionadas con causas propias del envejecimiento ya que es normal tener un declive de la memoria asociado con el paso de los años.



¿Qué podemos hacer para mantener nuestra memoria?

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

- La participación en un ambiente enriquecido con mayores oportunidades de aprendizaje.
- El aumento de las interacciones sociales.
- Una mayor actividad física.
- La participación en talleres de memoria. Estas conductas promueven efectos positivos, no sólo sobre la memoria y la cognición, sino sobre el estado de ánimo, sobre la sensación de control del medio, aumentando el autocontrol y la sensación de auto eficacia, facilitando la elaboración de proyectos que permitan desplegar nuestros deseos y vitalidad.



Actividad



Luego de haber realizado la lectura del texto vamos a pasar a desarrollar las siguientes actividades.

1. Te presentamos dos situaciones para que pienses (en función de lo leído) cómo intervendrías:

ACTIVIDAD 1

La cuidadora de la Sra. M estaba preocupada por los gemidos que escuchaba mientras ésta se encontraba en el baño, ante el temor que le sucediera algo “grave” decide abrir la puerta del baño, donde encuentra a la Sra. M en una escena masturbatoria.

- **¿Está bien haberle abierto la puerta del baño a la Sra.?**
- **¿Qué actitud tomarías como cuidador domiciliario?**
- **¿Qué líneas de acción plantearías con respecto a esta situación para el futuro?**
- **¿Lo hablas con la Sra.?**
- **¿Acuerdan horarios para que la Sra. tenga espacios de intimidad? o ¿haces como si nada hubiera pasado?**

ACTIVIDAD 2

Sos cuidador/a de José, que en este último tiempo está presentando una disminución de la memoria que él reconoce y lo inquieta bastante. ¿Qué actividades le propondrías a José con el objetivo de ejercitar su memoria? Enumera 2 con su correspondiente desarrollo. Podes incorporar imágenes al trabajo.



Recomendaciones para la resolución de la actividad

- ✓ Lee el texto de la clase y tomá algunas notas aparte, en tu cuaderno, así tenés tus apuntes ordenados.
- ✓ En función de lo que leíste, pensá cada una de las situaciones que se te proponen.
- ✓ Tomá nota acerca de cómo intervendrías en la situación 1 y 2. Podés enviar tu respuesta en un mensaje o copiarlas en tu cuaderno y enviar una foto clara.
- ✓ No dejes de escuchar o leer lo que responden tus compañeros y tu profesora.



CIERRE DE LA CLASE

En esta clase aprendiste:

Sobre la sexualidad de las personas adultas mayores, sobre las conductas normales y patológicas en torno a ellas, sobre el derecho a la intimidad. La clase es una invitación a que revises tus propios prejuicios.

Sobre deterioro cognitivo normal y patológico y sobre algunas intervenciones posibles para poder colaborar a mejorar la vida de las personas adultas mayores frente a tal deterioro.

En el siguiente link vas a encontrar todos los materiales de la Escuela de Oficios. Buscá tu curso y tendrás acceso a todas las fichas que trabajaste hasta ahora. Navegar en la página de la Universidad y descargar los materiales es gratuito: no te consume datos.

Hacé clic aquí: <https://unlp.edu.ar/oficios/fichas-educativas-17882>