



SER CUIDADO: Significados sobre el cuidado que han construido las personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado “CUIDARTE” en los municipios de Medellín y Rionegro

Gloria Estefany Hincapié Naranjo

Jessica Tatiana Becerro Barco

Trabajo de grado para optar al título de psicólogas

Asesor

Gabriel Jaime Saldarriaga Ruiz

Magíster en Investigación Social

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín, Antioquia, Colombia

2021

Cita	(Hincapié Naranjo & Becerra Barco, 2021)
Referencia	Hincapié Naranjo, G. E., & Becerra Barco, J. T. (2021). <i>SER CUIDADO: Significados sobre el cuidado que han construido las personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado "CUIDARTE" en los municipios de Medellín y Rionegro</i> . [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/director: John Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Principalmente, gracias a las personas adultas mayores que participaron voluntariamente de este trabajo y que a pesar de su edad, condiciones de salud y cansancio, decidieron sacar un espacio de su tiempo y aportar con información valiosa sobre su vida con tanta disposición y generosidad a nuestra investigación.

A los cuidadores, primeramente, por desempeñar este rol día a día de manera persistente y dedicada y por cada una de sus acciones que permitieron gestionar de la mejor manera la participación de las entrevistadas.

Gracias a Juliana Ortiz integrante del grupo de investigación en psicología Social, quién nos acercó a las personas objetivo de esta investigación y proporcionó los datos necesarios para acceder a ellas.

A nuestro tutor profesor de la Universidad de Antioquia Gabriel Jaime Saldarriaga Ruiz, por por la orientación, el seguimiento, la paciencia, el ánimo infundido y todo el amor e interés con que trabaja en esta población desde la psicología.

Nuestros agradecimientos más sinceros a todas aquellas personas que se cruzaron y que hacen parte de nuestra vida, nuestros amigos, compañeros, maestros y familia, que de alguna manera aportaron a la consecución de nuestros objetivos profesionales.

Y, por último, pero no menos importante, a nuestra querida Alma Máter, Universidad de Antioquia, por hacer parte de nuestra formación e historia, y en quien reposan los recuerdos de una de las más bellas y productivas etapas de nuestra vida.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
1. Justificación.....	13
2. Planteamiento del problema de investigación	15
2.1 Pregunta de investigación	20
3. Antecedentes de investigación	21
4. Marco teórico	26
4.1 El envejecimiento poblacional y la demanda de cuidado en Colombia.....	26
4.2 Del proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital al momento de la vejez	27
4.2.1 <i>Envejecimiento</i>	27
4.2.2 <i>Vejez</i>	28
4.3 El cuidado	29
4.3.1 <i>El cuidado como tarea</i>	29
4.3.2 <i>Las relaciones de cuidado desde la psicología</i>	31
4.4 Las conductas en el cuidado	34
4.5 El estado afectivo-emocional de cuidado	35
4.6 La estructura relacional del cuidado	36
4.7 El ámbito social-cultural del cuidado	37
4.8 Las acciones de autocuidado dentro de la relación de cuidado	38
4.9 Marco institucional y jurídico del cuidado de mayores	39
5. Objetivos	41
5.1 Objetivo General	41
5.2 Objetivos Específicos.....	41
6. Diseño Metodológico	42
6.1 Enfoque metodológico	42
6.2 Plan de recolección y generación de información	43
6.3 Criterios de exclusión e inclusión	44
6.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	44
6.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	44
6.4 Preparación de la entrevista	44
6.4.1 <i>Revisión de expertos</i>	45
6.4.2 <i>Prueba Piloto</i>	46
6.5 Protocolo de la entrevista.....	46
6.5.1 <i>Dimensión del autocuidado</i>	46

6.5.2	<i>Dimensión conductual del cuidado</i>	47
6.5.3	<i>Dimensión afectiva-emocional</i>	47
6.5.4	<i>Dimensión social-cultural</i>	48
6.5.5	<i>Dimensión relacional</i>	49
6.6	Formato de guía de entrevista	50
6.7	Sistematización y análisis de la información	51
6.7.1	<i>Transcripción</i>	51
6.7.2	<i>Codificación</i>	51
6.7.3	<i>Análisis e interpretación</i>	52
7.	Consideraciones éticas	53
8.	Resultados	54
8.1	Dimensión del autocuidado	55
8.1.1	<i>Autonomía</i>	55
8.1.2	<i>Descanso</i>	57
8.1.3	<i>Actividades de esparcimiento</i>	57
8.1.4	<i>Acciones preventivas</i>	59
8.2	Dimensión Conductual	60
8.2.1	<i>Ayuda instrumental</i>	60
8.2.2	<i>Apoyo en salud</i>	61
8.2.3	<i>Alimentación</i>	61
8.2.4	<i>Acción de acudir o auxiliar</i>	62
8.3	Dimensión Afectivo-Emocional	63
8.3.1	<i>Sentimientos positivos</i>	63
8.3.2	<i>Sentimientos Negativos</i>	64
8.4	Dimensión Social-cultural	65
8.4.1	<i>Familiarización Vs Institucionalización</i>	65
8.4.2	<i>Obligación filial</i>	65
8.4.3	<i>Funcionamiento familiar</i>	66
8.4.4	<i>Percepción de productividad</i>	67
8.5	Dimensión Relacional	68
8.5.1	<i>Comunicación</i>	68
8.5.2	<i>Compañía, apoyo, atención y diligencia</i>	69
8.5.3	<i>Confianza y seguridad</i>	70
8.5.4	<i>Afecto y cariño</i>	71
8.5.5	<i>Compartir momentos</i>	72
8.5.6	<i>Empatía</i>	72
8.5.7	<i>Agradecimiento y satisfacción</i>	73

9. Discusión.....	74
10. Conclusiones.....	79
Referencias	80
Anexos	88
Anexo 1. Formato de consentimiento informado de la entrevista semiestructurada.....	88
Anexo 2. Revisión de expertos	91
Anexo 3. Guía de preguntas entrevista semiestructurada SER CUIDADO	92
1. Dimensión del autocuidado	92
2. Dimensión conductual del cuidado.....	93
3. Dimensión relacional del cuidado	93
4. Dimensión social-cultural del cuidado	95
Anexo 4. Guía de entrevista	97

Lista de tablas

Tabla 1 Descripción de la población entrevistada	45
---	----

Lista de figuras

Figura 1	Mapa categorial previo a la recolección de información	50
Figura 2	Mapa categorial posterior a la recolección de información	54

Resumen

El presente proyecto de investigación busca conocer y describir los significados del cuidado en adultos mayores desde la perspectiva de las personas que son cuidadas. Para llevar a cabo este trabajo se adoptó un enfoque cualitativo de investigación donde se usó la técnica de entrevista semiestructurada aplicada a cinco personas adultas mayores, cuyos cuidadores se formaron en el diplomado “Cuidarte” que implementó el grupo de investigación en Psicología social de la Universidad de Antioquia para cuidadores informales. Estas fueron realizadas a través de llamadas telefónicas debido a la difícil situación de salud pública provocada por el Covid-19 y la imposibilidad del acercamiento físico a la población de este grupo etario. En los resultados obtenidos se evidencia, en términos generales, una percepción positiva del cuidado que reciben por parte de sus cuidadores, sintiéndose satisfechas y agradecidas con la ayuda y apoyo que se les brinda, tanto en términos instrumentales y conductuales como en términos emocionales y relacionales. Así mismo, se logró evidenciar una sobresaliente autonomía en relación con decisiones personales y movilidad en las personas participantes y una percepción que apoya la familiarización de los cuidados para con las personas adultas mayores, prefiriendo que sean ofrecidos por los parientes más cercanos como son las hijas.

Palabras clave: significados, envejecimiento, cuidado, personas mayores, psicología

Abstract

This research project seeks to know and describe the meanings of care in older adults from the perspective of the people who are cared for. To carry out this work, a qualitative research approach was adopted where the semi-structured interview technique applied to five older adults was used, whose caregivers were trained in the “Cuidarte” course implemented by the research group in Social Psychology at the Universidad de Antioquia for informal caregivers. These were made through telephone calls due to the difficult public health situation caused by Covid-19 and the impossibility of physical approach to the population of this age group. The results obtained show, in general terms, a positive perception of the care they receive from their caregivers, feeling satisfied and grateful with the help and support provided, both in instrumental and behavioral terms as well as in emotional and relational terms. Likewise, it was possible to demonstrate an outstanding autonomy in relation to personal decisions and mobility in the participants and a perception that supports the familiarization of care with older adults, preferring that they be offered by the closest relatives such as daughters.

Keywords: Meanings, Ageing, Care, Elderly people, Psychology

Introducción

Se ha evidenciado recientemente una condición de envejecimiento poblacional progresivo alrededor no solo de Colombia, sino del mundo entero. Es así como para el país se registraron, según el DANE (2018) un total de 5.970.956 adultos mayores en noviembre del 2018 y para el 2020 se estimaban alrededor de 6.696.72, según cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019). De la misma manera se evidencia la prevalencia de la población adulta mayor en la región Antioqueña tras encontrar cifras de hasta 49 adultos mayores por cada 100 jóvenes entre 0 y 15 años para el año 2018 en este sector del país (citado por Camargo, 2019).

Se identifica en el tema del cuidado un aspecto de vital importancia para un desarrollo pleno en esta etapa ya que influye directamente en la calidad de vida percibida por estas personas. De esta manera, autores como Carrasquer (2013) afirman que las prácticas y representaciones en torno al trabajo de cuidar están relacionadas con los distintos significados que puede tener la idea de cuidados, y el valor y obligatoriedad con que se identifiquen estos.

El escenario anteriormente mencionado y la necesidad de poner en él especial atención, ha provocado nuevos retos para el cuidado y la atención de los adultos mayores, lo que podría ser una oportunidad para el progreso y la mejora de los cuidados ofrecidos, entendiendo a esta población en su contexto y teniendo en cuenta sus perspectivas y expectativas desde la posición de ser cuidados.

En este sentido, se observa que, si bien el tema del cuidado es un elemento recurrente en las investigaciones de diferentes lugares del mundo, estas se han enfocado o han partido desde una visión del ámbito de la medicina o la enfermería, privilegiando los aspectos comportamentales, emocionales o psicológicos del cuidador formado para el rol, dejando relegadas formas de cuidar informales, así como las perspectivas que poseen quienes son los receptores del cuidado. Los estudios en el ámbito informal son escasos, siendo aún menores los que parten desde la visión que el adulto mayor tiene de los cuidados que le son brindados.

Los retos que suponen este envejecimiento poblacional evidente y la necesidad de insumos informativos sobre el mismo, especialmente alrededor del tema del cuidado, han permeado áreas a nivel social, familiar y político suscitando el interés en la generación de información a través de su estudio, sobre todo en áreas dónde se ha identificado un vacío como lo es la perspectiva del cuidando, dando un lugar a los diferentes significados y percepciones que surgen alrededor de la labor de cuidar, de la relación interpersonal que se genera, así como

las reacciones emocionales y otros aspectos como el autocuidado y las conductas evidentes dentro de la interacción cuidador-cuidando

Es importante construir información acerca de la labor de cuidar desde la visión de la persona cuidada ya que también son partícipes directamente involucrados en la interacción, además considerados una población vulnerable por todas sus características físicas, psicológicas y cognitivas, por lo que el cuidado se hace aún más particular y llamativo a la hora de investigar. En este sentido, Camargo y Caro (2009) afirman la importancia de privilegiar la mirada de las personas que tienen una posición desde el interior de esta experiencia ya que son las que reciben este trabajo asistencial pues permite la obtención de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que finalmente, posibilitan ofrecer unas pautas más centradas en las necesidades reales de esta población y que a su vez, sean aceptadas por ellos mismos. No hacerlo, es una forma de marginarlos y excluirlos en la construcción de respuestas a sus necesidades (Robles y Vásquez, 2008).

Partiendo de lo anterior, el interés principal de este estudio es describir los significados y percepciones en torno al cuidado y a los diferentes aspectos que hacen parte e intervienen en esta dinámica, que han construido las personas adultas mayores, en este caso, asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado CUIDARTE en los municipios de Rionegro y Medellín.

1. Justificación

Las estadísticas indican un aumento progresivo del envejecimiento en Colombia y el mundo. En Colombia, esta población pasó de ser 2.142.219 de personas en 1985 a 5.970.956 de personas en el año 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, citado por Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019). Además, el índice de envejecimiento para los mayores de 60 años, que corresponde a la relación entre las personas de 60 años o más y la población menor de 15, para Julio de 2019 era de 58,6% y para mayores de 65 años de 40,4%, lo que ilustra el estado demográfico de la población en general colombiana caracterizada por una mayor cantidad de personas adultas mayores con relación a la cantidad de personas jóvenes (DANE, 2018).

Esta condición actual de envejecimiento poblacional ha provocado nuevos retos para el cuidado y la atención de los adultos mayores. Considerando esto, los servicios de atención para los adultos mayores pueden ser mejorados al entender a esta población en su contexto, buscando así satisfacer sus necesidades desde sus perspectivas y expectativas.

Teniendo en cuenta que en el ámbito local los estudios desde el punto de vista de la persona cuidada son escasos, sobre todo en el ámbito informal, surge la necesidad de aportar nuevos significados y nuevas formas de realizar esta labor teniendo en cuenta la percepción de las personas adultas mayores a quienes se les imparten los cuidados.

Para entenderlos en su papel dentro de esta relación debemos tener claro que tanto los adultos mayores, como el cuidador, ponen en juego en la relación de cuidado diversos sentimientos y pensamientos. En este sentido, Robles y Vásquez (2008) afirman que no considerar el punto de vista de estas personas es una forma de marginarlos en la construcción de respuestas sociales y políticas para sus propias necesidades. Por esta razón, es importante que la mirada privilegiada sea la de quienes tienen una posición desde el interior de esta experiencia, para así obtener un conjunto de conocimientos y actitudes acerca de este trabajo asistencial que reciben, y de esta manera poder ofrecer pautas para dar un cuidado que sea aceptado socialmente por quienes lo reciben, de acuerdo con las necesidades reales de salud de esta población vulnerable, incluyendo la promoción y prevención (Camargo y Caro, 2009).

Además, como sugieren estos mismos autores, investigar cómo los adultos mayores perciben el cuidado brindado por su cuidador, contribuye a la búsqueda de una atención de calidad, ya que “por tener el cuidado un valor subjetivo desde su existencia, su sentido y su validez exigen conocer las reacciones del sujeto que se valora” (p. 57). Asimismo, permite reforzar el lazo entre quienes se preocupan (cuidadores) y quienes son atendidos (cuidados)

(Prochet y Paes, 2011). En este sentido, esta investigación podrá aportar información que pueda ser útil para implementarse en diferentes cursos, programas y proyectos que se dicten por diversas instituciones o para cuidadores informales particulares interesados en el tema

Por otro lado, se pretende resaltar con este proyecto un aspecto importante en el trabajo de cuidar y es su misión humanizadora, viéndolo desde la ética del cuidado. Mediante este se generan procesos de reflexión acerca de las posiciones tanto de sí mismo como del otro en el mundo, así como también de su propia experiencia de vida y de la consideración por aquel que se encuentra con necesidades; para que esto se cumpla se requiere contar con su mejora a través de su estudio y comprensión, que propicie las mejores condiciones tanto para el cuidador como para el cuidado desde los ámbitos que lo proporcionan como lo son la familia, el estado y la sociedad civil (Pineda, 2014).

En esta misma línea, esta investigación proporciona información para el desarrollo de nuevas perspectivas de abordaje del envejecimiento y el cuidado desde la disciplina psicológica. El análisis se hará bajo un enfoque psicológico que ofrece una perspectiva diferente a otras investigaciones realizadas, desde una orientación psicodinámica que pretende recalcar el valor de lo relacional en la configuración psíquica del individuo, teniendo en cuenta no solo el significado que le da el adulto mayor a ser cuidado, sino la dinámica de la relación cuidador-cuidado. Además, adoptará un enfoque epistemológico Introspectivo-Vivencial en el que se entiende el conocimiento como producto de las interpretaciones de los simbolismos socioculturales que construyen los actores de un determinado grupo sobre la realidad (Yáñez, 2018).

De esta forma el cuidado brindado va a estar fundamentado no solo en la teoría sino en la práctica, en la tarea de cuidar que los mismos adultos mayores expresen, lo que finalmente beneficia a esta población y a sus cuidadores, ya que sabrán específicamente qué esperan de ellos.

En este sentido, también sirve de motivación para seguir realizando investigaciones de este tipo, desde diferentes disciplinas que aporten en la indagación sobre las diferentes representaciones y significados que son construidos en este grupo etario sobre ser cuidado.

2. Planteamiento del problema de investigación

En las últimas décadas la situación demográfica en Colombia y el mundo ha venido teniendo un significativo cambio en su distribución, lo que ha llevado a dirigir la atención en un grupo poblacional concreto, los adultos mayores. Reportes provenientes de múltiples investigaciones sobre envejecimiento convergen en un punto específico, la población mayor de 60 años está aumentando progresivamente en todo el mundo (García, 2013). El Ministerio de Salud y Protección Social Minsalud (2018) plantea que algunos elementos que inciden sobre este fenómeno son la disminución de la fecundidad, disminución de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida. Respecto a esto, Pineda (2014) afirma que la caída de la fertilidad ha llevado a un descenso de la tasa de dependencia infantil, sin embargo, esto se contrarresta con la mayor dependencia de adultos mayores.

Por su parte, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) manifiesta que también intervienen otros aspectos como los de seguridad social y de violencia, sumados a factores culturales, sociales y económicos (citado por MinSalud 2013). Según Minsalud (2013), entre 1985 y 2013, la población de adultos mayores aumentó de 2.143.109 a 3.815.453. En Colombia, estudios del DANE (2018) muestran que para noviembre del 2018 las personas mayores de 60 años representaban el 13,4% de la población y las mayores de 65 el 9,2%; para este mismo año se registró un total de 5.970.956 de adultos mayores en Colombia, mientras que para mitad de año de 2020 se estiman 6.696.727 según cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019).

Asimismo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda (2018), por cada 100 jóvenes entre 0 y 15 años, hay en Antioquia 49,44 adultos mayores y en Medellín, 62 (citado por Camargo, 2019). Esta situación ilustra el estado demográfico de la población antioqueña en general, caracterizada por una mayor cantidad de personas adultas mayores en relación con la cantidad de personas jóvenes.

En general, este incremento poblacional de los adultos mayores ha hecho que se aumente el interés por conocer sobre el bienestar y la calidad de vida en este grupo etario (Ortiz y Castro, 2009), en especial porque es una población vulnerable que requiere de una atención particular, ya que presentan evidentes limitaciones físicas, emocionales y cognitivas que afectan su calidad vida. Según Zapata (2015) el envejecimiento es un proceso que conlleva tanto deterioro biológico como mental y que, por consiguiente, produce un detrimento en las actividades básicas cotidianas en el aspecto instrumental y físico. Por esta razón, empiezan a emerger diferentes necesidades, tanto en términos materiales como de atención social y en

salud, que deben ser cubiertas para garantizarles su derecho a una vida digna. Autores como Pineda (2014) y Rossel (2016) plantean que debido al progresivo aumento poblacional se ha generado una creciente presión en la demanda de cuidados hacia estas personas y se están remodelando los arreglos institucionales de las fuentes de cuidado entre la familia, el Estado y el mercado.

Con relación a lo anterior, el tema del cuidado se convierte en un elemento de suma importancia para el óptimo desarrollo de esta etapa de la vida, pues es uno de los aspectos principales del cual depende su calidad de vida.

La visión del cuidado ha cambiado en los últimos años. Hace algún tiempo había un concepto vinculado al cuidado humano desde una perspectiva patogénica y comenzaba solo cuando había una pérdida de algún aspecto de la vida, desde esta perspectiva basaban la forma de abordar, comprender y actuar. Para Michel, Lenardt, Hautsch y Alvarez (2015) este enfoque biológico, regulador, prescriptivo y farmacológico separa imperceptiblemente a los individuos de sus realidades socioculturales, debido a la homogeneización e imposición de cuidados y su énfasis en los aspectos orgánicos del ser humano, sin una visión más global en el que se tengan en cuenta factores determinantes de la salud como la cultura y el ámbito social, lo que desemboca finalmente en una falta de cuidado real. Sin embargo, actualmente, el cuidado ya no se reduce al ámbito médico, está siendo visto desde una perspectiva más social, considerando las prácticas y las formas de cuidar que las personas emplean en sus vidas. Por esta razón, dichos autores plantean la importancia de desarrollar más estudios culturales, para que aumente la participación y la mejora del poder político de las comunidades, y esté en línea con las propuestas para la promoción de la salud, lo que permitiría la convergencia de profesionales y usuarios en cuanto a este tema.

Las diferentes percepciones y representaciones sobre el cuidado están íntimamente vinculados con los diversos contextos sociales y políticos a través de los cuales se desarrolla esta tarea. Carrasquer (2013) afirma que las prácticas y representaciones en torno al trabajo de cuidar están relacionadas con los distintos significados que puede tener la idea de cuidados, y el valor y obligatoriedad con que se identifiquen estos. En este sentido, Acosta, Picasso y Perrotta (2018) sostienen que:

“los significados de los cuidados en la vejez (qué es cuidar bien, quién cuida a quién, dónde, a cambio de qué) están impregnados de una cultura familista, condicionada por la normatividad moral y jurídica desde la cual se derivan tanto mandatos como sanciones respecto de lo que se considera el buen cuidado” (p. 40).

En esta misma línea, Flores (2014) expresa que el cuidado a los adultos mayores tiene características propias que lo diferencian del que se proporciona a otros grupos etarios, que su definición es esencial para concretar políticas públicas para atenderlo y que su demanda aumenta con el envejecimiento de la población.

En este sentido, la tarea de cuidar puede ser realizada por diferentes personas y entes, bien sean remunerados o no y los cuales son conceptualizados según Razavi (2007) en el término “diamante del cuidado” que se refiere concretamente a: organizaciones voluntarias o sin ánimo de lucro, el sector público, los mercados y la familia. Pueden ser provistos tanto por cuidadores instruidos como cuidadores informales. Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá (Pineda, 2014) muestra que el cuidado domiciliario puede darse tanto por personas profesionales como por empleadas domésticas, de acuerdo con las posibilidades económicas y arreglos de cada familia. También expone que quienes poseen estudios generalmente provienen de estratos más altos y atienden lugares también de estratos relativamente más altos; caso contrario ocurre con los cuidadores empíricos quienes generalmente provienen y atienden estratos más bajos en relación con los profesionales.

Se puede ver entonces una necesidad emergente en este campo, ya que dicha situación desemboca en una demanda de formación para cubrir las diferentes necesidades de los adultos mayores. En Antioquia existen diversos tipos de programas y entes enfocados en la satisfacción de estas. Entidades como el Inder y la Alcaldía de Medellín tienen proyectos como “Canas al aire” y “La sala temática AMAUTTA” dirigidos a promover la salud y prevenir la enfermedad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de este grupo etario. Además, universidades como Uniminuto, Universidad Pontificia Bolivariana, Politécnico Mayor, entre otras, ofrecen cursos virtuales y presenciales sobre el cuidado, trato digno, vejez, envejecimiento, asistencia geriátrica, atención integral y diversos temas relacionados con el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

A esta lista de organizaciones que ponen su grano de arena a esta causa, se suma la Universidad de Antioquia brindando un proceso formativo sobre los cuidados impartidos a adultos mayores, es un diplomado para cuidadores llamado “CUIDARTE”, el cual tiene como objetivo que las personas encargadas de impartir estos cuidados a adultos mayores desarrollen estrategias y habilidades para el cuidado, en ámbitos familiares o institucionales, originando más posibilidades de que ambas partes puedan llevar una vida de calidad.

Aunque son diversas las instituciones dedicadas a este campo, diferentes estudios y textos como los de Aguilar y Toledo (2019), González (1994), De la Cuesta (2007) afirman que el trabajo del cuidado del adulto mayor generalmente es familiarizado, es decir que este ha

estado, en la mayoría de los casos, a cargo de familiares o allegados. Además, algunos autores como De la Cuesta (2007), Carrasquer (2013) y Acosta, Picasso y Perrotta (2018) convergen en que este ha recaído históricamente en las mujeres, aun presentando mayor inserción en el campo laboral y la vida pública, siguen dedicando mucho más tiempo a estas labores que los hombres. Otros autores como Pineda (2014), Faur y Pereyra (2018) y Razavi (2007) coinciden en ambos postulados.

La familiarización del cuidado en el adulto mayor y de otros grupos con necesidades específicas dentro de la familia no es un asunto que data de fechas recientes, este es tan antiguo como el propio ser humano (Blanca, Linares, Grande, Jiménez e Hidalgo, 2012) y parece ser una idea generalizada entre comunidades. Según Aguilar y Toledo (2019) este ha estado vinculado con la esfera privada, ya que socialmente se ha instaurado la idea de que el mejor lugar para llevar a cabo el cuidado es la familia. Esto concuerda con lo que afirman Aquilas, Waday y Moreira (2006), quienes plantean la existencia de una disposición u organización en el seno familiar enfocada a satisfacer las necesidades de los adultos mayores dependientes, tanto para la compañía como para ayudar en el desarrollo de las actividades cotidianas o la atención médica. En esta misma línea Da Silva y Vilar (2010) afirman que los más indicados para cumplir el rol de cuidador en la atención informal sería la familia, ya que hay lazos de sangre y afectivos. Otros autores como Acosta, Picasso y Perrota (2018) sugieren que esta sobrerrepresentación de la familia en el cuidado de las personas mayores está fuertemente supeditada por el lento e insuficiente desarrollo de los sistemas gubernamentales, que no han sido capaces de instaurar planes sólidos de apoyo institucional para estas personas.

Esta inclinación hacia la familiarización del cuidado es apoyada no solo por la sociedad, sino también por los mismos miembros que requieren del cuidado, ya que así lo prefieren. Respecto a esto, Robles y Vásquez (2008) encontraron que usualmente las expectativas de los adultos mayores apuntan a que su cuidado en la vejez debe ser dado por sus hijos, dicha idea es compartida por ancianos pertenecientes a las variadas culturas en el mundo.

De acuerdo con la investigación de estos autores además del cuidado como obligación filial, existe el cuidado por parte de no familiares y la institucionalización, ambas opciones son consideradas una violación a la obligación filial, siendo más sancionado el hecho de institucionalizarlos. Estas personas justifican que el cuidado y apoyo durante esta etapa de su vida debía ser por parte de sus hijos ya que tienen la obligación moral, religiosa y social de hacerlo. Según ellos, la obligación filial significaba una acción de gratitud por parte de los hijos por los cuidados y atenciones que recibieron en su pasado. En esta misma línea, afirman Galvis, López y Velásquez (2018) que “recibir el apoyo y la ayuda de la familia en situaciones difíciles

se convierte en un factor esperado culturalmente, es un valor implícito de gratitud a la inversión del adulto mayor durante su juventud y fuente de orgullo” (p. 173).

En este sentido, en los últimos años el cuidado de los adultos mayores ha tomado relevancia en diferentes disciplinas (Arroyo y Soto, 2013). Sin embargo, comparando la perspectiva de las investigaciones, en países latinoamericanos la mayoría de literatura relacionada con este tema se centra en los efectos psicosociales y de la salud física de quienes cuidan, y no tanto en la visión de las personas cuidadas. Ejemplos de estos estudios son: Vargas, Vargas y Morales, 2019; Martins et al., 2012; Flores, Rivas y Seguel, 2012; Kottwitz et al., 2017; Rodríguez y Mármol, 2014; Segura, Peña y Gonzáles, 2014; Pineda, 2014. No obstante, algunas investigaciones como las de Burille y Engel, 2018; Prochet y Paes, 2011; Camargo y Caro, 2009; Miramira, 2015; Huera, 2017, los cuales toman como eje central la perspectiva y las necesidades de la persona cuidada, empero, son investigaciones inscritas en el área de la salud y desarrolladas desde el cuidado y la atención en el ámbito hospitalario o institucionalizado.

Respecto a la situación de Colombia, las investigaciones sobre el punto de vista del adulto mayor es aún menor ya que igualmente focalizan su atención en el cuidador. Entre estos se encuentran los trabajos realizados por Giraldo y Franco, 2006; Bertel, 2012; Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013; Sánchez, 2004. En esta línea, Chaparro (2010) afirma que hay muy poca evidencia sobre conocimientos en el cuidado diario de carácter intersubjetivo.

Desde este punto de vista, es importante enfocarse más en la perspectiva del individuo cuidado, ya que en muchas ocasiones los significados y percepciones sobre el cuidado asociados a la relación diádica son diferentes, lo que imposibilita un manejo adecuado del trabajo de cuidar, ya que el sujeto puede esperar algo distinto a lo que se le ofrece. Por ejemplo, en un estudio realizado por Da Silva y Vilar (2010) se mostró que la atención brindada por profesionales a los ancianos no siempre corresponde a lo que se espera de ellos. Por lo tanto, concluyen la necesidad de explorar más el tema de la atención a las personas mayores y agregan que los estudios sobre esto son necesarios y de gran importancia para la construcción de mejores alternativas de atención y cuidado.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los significados sobre el cuidado que han construido las personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado “CUIDARTE” en los municipios de Medellín y Rionegro?

3. Antecedentes de investigación

El tema del cuidado en el adulto mayor es un elemento recurrente en la investigación en diferentes lugares del mundo, sobre todo en el campo de la enfermería ya que este es considerado la base de sus actuaciones. Sin embargo, no sucede lo mismo con el cuidado informal o familiar. Los estudios en este ámbito son escasos, siendo aún menores los que parten desde la visión que el adulto mayor tiene de los cuidados que le son brindados.

Como ya se ha dicho anteriormente, muchas de las investigaciones encontradas se realizan desde el punto de vista del cuidador, sin embargo, se encontraron algunos documentos desde la perspectiva del sujeto cuidado. Estos trabajos fueron realizados mayormente en países latinoamericanos, entre los que se destacan México, Perú y especialmente Brasil. Además, aunque un gran porcentaje de estas son del área de enfermería, también se encuentran diferentes áreas del conocimiento a las cuales circunscriben su desarrollo, por ejemplo, desde una mirada social, desde la institucionalidad o desde el cuidado familiar. A continuación, mencionaremos algunos de ellos.

Desde la enfermería y salud pública se encontraron la mayoría de las investigaciones realizadas. En Países Bajos una investigación realizada por Hupkens et al. (2019) que tenía como participantes enfermeras y adultos mayores bajo el escenario de atención domiciliaria, obtuvo resultados que ponían de manifiesto la importancia de una relación empática para el significado que le da a su vida el adulto mayor, tomando en cuenta en sus interacciones y esferas de su vida, lo familiar y lo contextual. Además, subrayan el valor que tiene para el sujeto cuidado apoyar esta interacción con elementos no verbales, como una mirada o un abrazo que reflejan conexión, más que conversación. Esto es, una atención que se adapta de acuerdo con los deseos y posibilidades del paciente.

En la misma línea que el anterior, un estudio hecho por Prochet y Paes (2011) sobre la percepción del anciano frente a los comportamientos afectivos expresados por el equipo de enfermería, concluye que saber sobre lo que los ancianos observan, piensan y sienten proporciona una oportunidad no solo para reflexionar sobre la práctica del equipo de enfermería, sino que también permite tomar medidas reales y fortalecer el vínculo entre quienes se preocupan y quienes son atendidos. Por lo que finalmente, estos autores sugieren que la atención en enfermería no debe centrarse solamente en el cumplimiento de una tarea, sino que debe planificarse y promoverse en conjunto con los ancianos, valorando sus particularidades y limitaciones. De la misma manera el estudio realizado por Soares et al., (2019) sobre la longitudinalidad de la atención en atención primaria destaca la importancia del vínculo

interpersonal que le proporcione confianza al usuario y que además se le reconozca en su totalidad teniendo en cuenta su contexto social y familiar en lugar de vérselo solo en calidad de enfermo.

En Brasil un estudio realizado por Michel, Lenardt, Hautsch y Álvarez (2015) demostró que existe una distancia entre el cuidado de la salud deseado y el cuidado prestado a las personas con edad avanzada en el escenario estudiado. Estos autores señalan que esto puede explicarse parcialmente a la falta de recursos materiales, el desarrollo de capacidades y la educación permanente en atención geriátrica, y la falta de acción en prevención y promoción de la salud.

Camargo y Caro (2009) realizaron un estudio en Panamá acerca de la percepción de los comportamientos de cuidado en enfermería desde la óptica del paciente. Los resultados mostraron que estas personas conciben a los profesionales como el recurso que les ofrece una ayuda importante y que inspira sentimientos de respeto y admiración, sin embargo, reconocen sus limitaciones. Los autores afirman que se hace necesario fomentar la comunicación, las actitudes afectivas y de confianza para mejorar la percepción de los ancianos en las consultas e involucrarlos en la planeación del cuidado como actores activos.

Uno de los estudios más significativos fue uno realizado en Colombia por Blanca, Linares, Grande, Jiménez e Hidalgo (2012), se trata de una investigación documental en donde se buscaba describir que tipo de cuidados y de interacción humana demandan de sus enfermeras las personas mayores que viven en un hogar para ancianos. En resumen, encontraron que las cualidades demandadas al cuidador son principalmente: respeto, competencia, bondad, simpatía y amabilidad. Además, estos adultos mayores afirman que las intervenciones de cuidado deben ser óptimas: ser rápidas y otorgarles seguridad, planificar actividades recreativas o terapéuticas con el propósito de relacionarse con otras personas. Agregan que la relación entre ambos debe ser positiva y más cercana que la exclusivamente profesional.

Un estudio en Pereira, Colombia hecho por Holguín, Bartolo y Cardona (2018) en varios centros vida de la ciudad, muestra que el 90,1 % de los participantes tienen una percepción favorable acerca del cuidado que reciben, en acciones como ser llamados por su nombre, ser escuchados cuando están tristes, sentirse confiados, recibir atención en cama, entre otros. En otro estudio realizado en un hospital de Bogotá, por Joven y Guaquetá (2019) sobre la percepción del cuidado en UCI, se resaltan aspectos del actuar de enfermería tanto de cuidado físico como emocional manifestando empatía, trato cálido, respeto por las decisiones e intimidad del paciente, entre otras.

Zea y Torres (2007) realizaron un estudio en el que se evalúa la transición del cuidado del hospital a la casa en diferentes partes del país, este dio como resultado que a estos adultos

mayores se les da de alta sin haberles brindado la información necesaria sobre cómo continuar el cuidado en casa, por lo que es necesario que el personal de salud asuma de manera real la transición del cuidado hospital.

Por otro lado, Carmen de la Cuesta (2006, 2000) ha publicado varios textos e investigaciones en el país sobre la necesidad y la importancia de un cuidado humanizado hacia el adulto mayor en el ámbito de la enfermería.

Desde la perspectiva social se encontraron menos investigaciones. Los trabajos realizados fueron acerca de los imaginarios del cuidado, de la influencia del contexto sociocultural y de los diferentes aspectos que intervienen en la calidad de la atención brindada.

Un estudio realizado por Robles (2005) en diferentes ciudades de México, tanto rurales como urbanas, muestra que no siempre el cuidado es visto de una manera positiva. Los adultos mayores encuestados expresan su desvalorización sobre el cuidado, ya que hace visible su estado de dependencia. Estos autores afirman que esta percepción se da por dos vías: a partir de representar a la vejez como pérdida y dependencia y valorarla en términos de decrepitud; y la otra, que el cuidado es considerado como una acción social propia del ambiente privado y, por lo tanto, adquiere la devaluación establecida hacia este espacio.

Melguizo (2010) hace su tesis sobre la influencia del contexto sociocultural en las prácticas de cuidado de ancianos en Cartagena utilizando una metodología cualitativa, en donde concluye que los componentes del contexto sociocultural que parecen favorecer la salud de los ancianos participantes del estudio son: religioso, político-legal, de relaciones sociales y familiares, y tecnológico; y los componentes que parecen no ser favorables son: ambiental, económico y educativo. Además, afirman que las prácticas y creencias de cuidado de la salud parecen haberse formado en “la calle, lecturas, noticias, lógica personal, vivencias propias, vivencias compartidas por las amistades, conocidos, hijos, consejo médico y costumbres que aprendieron cuando niños” (p. 156).

Otra de ellas fue realizada en Suecia, amparada en una encuesta nacional sobre indicadores de calidad para los servicios de atención a personas mayores. Esta investigación concuerda con otras ya mencionadas, en la relevancia de las relaciones establecidas entre sujeto cuidado y sujeto cuidador. Este estudio hecho por Kajonius y Kazemi (2016) revela la implicación que tiene una participación activa y un trato digno en la relación establecida, incluso en aspectos como el cumplimiento con la toma de medicamentos, las dietas y la actividad física. Concluye con una afirmación muy importante para este campo y es que el paciente se siente conforme o no, de acuerdo con las relaciones interpersonales establecidas con su cuidador.

Desde el ámbito del cuidado familiar otros estudios resaltan diferentes hechos relevantes en el cuidado a adultos mayores. Cataldi, Newlands, Denardin y Mattioni (2010) en su estudio de tipo etnográfico basado en cuidados intergeneracionales a ancianos, encuentran que la autonomía, relacionada con el respeto a las decisiones y la dependencia económica, así como la presencia del cuidador, referida al estar disponible y a la administración de medicamentos, son determinantes para la prestación de los servicios de cuidado por sus familiares y, siendo deficientes, generalmente sugieren puntos de malestar para el adulto mayor.

En México, Robles y Vásquez (2008) realizaron un estudio llamado “El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar” en donde se muestra que según los adultos mayores entrevistados la valoración de cuidado asentado en la familia continúa siendo una fuerte preferencia, por lo que concluyen que estudiar sobre este tema desde el cuidado familiar o informal es cada vez más importante.

En Perú, un artículo de corte cualitativo y centrado en el cuidado familiar realizado por Bustamante, et al. (2018) trata sobre los principios de cuidado en familias peruanas y mexicanas. En esta investigación se encontró que la solidaridad y la expresión de amor son los principios de la familia, y que el adulto mayor es valorado por su experiencia vivida. Finalmente, recomiendan incluir los indicadores de principios de cuidado en las diferentes investigaciones, y en la docencia y asistencia al adulto mayor con enfoque familiar.

En Colombia, Galvis, López y Velázquez (2018) realizaron dos revisiones documentales, una sobre los patrones culturales de cuidado familiar, en donde concluyen que la generosidad y el agradecimiento, sumados a la actitud positiva del adulto mayor son factores que motivan el cuidar al adulto mayor en situación de dependencia. La otra trata sobre la trayectoria de cuidado popular y la dinámica familiar, en donde se encuentra que la cultura en que está inmersa la familia es determinante en las trayectorias y dinámicas familiares que se construyen en torno al cuidado. La familia demanda diversos soportes para cuidar y no sucumbir en el intento.

En un estudio realizado por Arroyo y Soto (2013) en México, en el que indaga por las emociones del adulto mayor que surgen alrededor del cuidado en la vejez avanzada, se encontró que las emociones que más aparecían eran: ansiedad-miedo, culpa, vergüenza, esperanza, desesperanza, tristeza y depresión, gratitud, compasión, en las que como se puede ver, dominan las emociones insatisfactorias. Las respuestas de los entrevistados nacen en la interacción de la convivencia diaria entre ellos y sus cuidadores.

Desde el área institucional uno de los estudios hallados fue el realizado en Brasil por Da Silva y Vilar (2010) llamado “Personas mayores en instituciones de atención a largo plazo:

hablar sobre la atención”. Los resultados indicaron que la atención brindada por profesionales a los ancianos no siempre corresponde a lo que se espera de ellos, por lo tanto, sugieren explorar más el tema argumentando que abordar el estilo de vida de estas personas es necesario y de gran importancia para la construcción de mejores alternativas de atención y cuidado.

Rojas (2014) realiza su tesis de grado sobre la percepción del cuidado de adultos mayores en dos centros de promoción y protección en Manizales, Colombia, en la cual se muestra que las instituciones hacen de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los adultos mayores, factores esenciales dinámicos para que estos se puedan sentir satisfechos con la atención que se les ofrece respecto a sus requerimientos básicos.

4. Marco teórico

4.1 El envejecimiento poblacional y la demanda de cuidado en Colombia

A nivel mundial se está desarrollando un fenómeno demográfico sin precedentes en la historia de la sociedad: el acelerado envejecimiento poblacional. La población mundial está envejeciendo rápidamente en todo el mundo. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años.

Esto principalmente se da por dos fenómenos denominados la transición demográfica y la transición epidemiológica. El primero, hace referencia al cambio en la estructura de la población, representada en sociedades donde el número de personas mayores se incrementa, con respecto a los menores de 15 años. La segunda, alude a los cambios en las razones por las cuales las poblaciones enferman y mueren.

Colombia es considerado por los demógrafos, como un país con una transición demográfica moderada. Comparativamente, el Censo 2018 informa que hay más personas mayores y menos jóvenes que en el Censo del 2005 en Colombia. El porcentaje de personas mayores de 60 años se incrementó en un 4,9% en 1964 a 13,4% en 2018.

Colombia no escapa a este fenómeno, donde las consecuencias, pero, además, representando para Colombia en este momento un gran reto por la denominada doble carga de la enfermedad, es decir, no solo hay un mayor número de personas mayores, con mayor expectativa de vida, sino que se debe considerar la presencia de las enfermedades crónicas y las infecciosas en la vejez. Esto representa un gran reto en materia de salud pública, de cara a sociedades cuya expectativa de vida supera los 85 años y donde los centenarios y súper centenarios (mayores de 110 años) cada vez son más en la estructura poblacional.

Sin duda el envejecimiento poblacional es un éxito de la humanidad y de la salud pública, que genera grandes retos en distintos ámbitos: individuales, familiares, sociales, culturales, políticos y económicos.

Desde la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se ha promovido una visión del envejecimiento que vaya más allá de la enfermedad y las concepciones negativas predominantes. Cada vez más se reconoce el aporte de las personas de 60 años o mayores que realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios

y actores de la fuerza política y de trabajo en las naciones. El envejecimiento poblacional trae grandes retos a las naciones, las cuales, si superan la visión negativa de este fenómeno, podrán incorporar cambios sustanciales en sus políticas, que reivindicquen la vida de los mayores y su aporte a la sociedad.

4.2 Del proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital al momento de la vejez

4.2.1 *Envejecimiento*

El término envejecimiento es considerado como un proceso humano constante en el cual se da un declive tanto de habilidades innatas como adquiridas a lo largo del desarrollo de la persona. Además, es un proceso personal e individualizado relacionado con aspectos sociales y psicológicos de cada sujeto, y que por tanto no debe ser generalizable, por ello se utiliza la edad cronológica como un referente y no como una causa del envejecimiento (González y de la Fuente, 2014).

Según González y de la Fuente (2014) este proceso conlleva cambios a nivel físico y fisiológico, psicológico y cognitivo, psicomotor y socioafectivo. A nivel físico y fisiológico se encuentran afectados aspectos como la movilidad y los actos reflejo, además, aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, músculo esqueléticas, neurológicas, déficits sensoriales y problemas urinarios. A nivel psicológico se muestra una mayor predisposición para la depresión, melancolía o tristeza, que pueden estar relacionadas con aspectos físicos o sociales tales como la pérdida de autonomía, enfermedades o la muerte, que a su vez pueden llevar al aislamiento social (Enríquez y Núñez, 2005, citados por González y de la Fuente, 2014). En cuanto a aspectos cognitivos se alteran procesos como memoria, atención, percepción y tiempo de reacción, que pueden estar relacionados en muchos casos con patologías tales como demencia senil, Alzheimer o Parkinson. Respecto a los aspectos psicomotores, se produce en general una retro génesis psicomotora en la que se pierden habilidades perceptivas, motrices y del equilibrio y aparecen dificultades para el desplazamiento, coordinación, velocidad, flexibilidad, fuerza y resistencia (Alonso y Moros, 2011, citados por González y de la Fuente, 2014).

La vivencia de envejecer ha dejado de ser sinónimo de enfermedad, ahora se aborda desde una perspectiva multidimensional. El envejecimiento activo, impulsado por la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en el 2002 por la Organización de las Naciones Unidas, donde tuvo lugar en Madrid, España y se definió como “el proceso en que se

optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p. 5) (citado por OMS, 2015). Bajo esta mirada, la cultura y el género son aspectos transversales que favorecen su lectura. En ese sentido se entiende que el envejecimiento se vive de manera diferencial en los contextos donde ocurre y comporta diferencias de sexo importantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) plantea seis determinantes del envejecimiento activo: determinantes del entorno físico, entorno social, determinantes socioeconómicos, factores personales, factores conductuales, uso y acceso a servicios sociales/condiciones de salud. Todos afectan de manera directa o indirecta el proceso del envejecimiento, debido a que dichos factores suelen ser fuertes influencias sobre el curso de vida.

El enfoque de curso de la vida, de acuerdo con Blanco (2011) “investiga fundamentalmente cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales –cohortes o generaciones–” (p. 6). Es así como este enfoque analiza los procesos, las trayectorias de la vida de los individuos y sus interrelaciones, asunto que desde una perspectiva de la escuela francesa puede enmarcarse en los análisis o estudios biográficos.

4.2.2 Vejez

La vejez es un determinado momento del ciclo de vida que se caracteriza por cambios funcionales y fisiológicos y, además, el alcance de una mayor madurez; esto atraviesa diferentes aspectos de la vida de la persona produciendo efectos en su desarrollo social e individual (Organización Panamericana de la Salud, citada por MinSalud, 2018).

La vejez como momento, a diferencia del envejecimiento como proceso, alude a “la última etapa del curso de vida en la que confluyen factores individuales, colectivos y contextuales como efecto de elecciones individuales y el tránsito de distintas condiciones de vida” (Zuluaga, Galeano, y Saldarriaga, 2019), lo que indica que la vejez es un momento específico y focalizado, permeado por una construcción social, económica, política y cultural (Arrubla, 2010).

Este momento de la vida se puede vivir acompañado de malestares o enfermedades que pueden llegar a ser discapacitantes o de una manera donde la presencia de estas puede ser aceptable y no interferir con el desarrollo de los aspectos de la vida. Baltes y Baltes, proponen en su teoría sobre la naturaleza del envejecimiento humano, hacer una distinción entre la vejez

normal que se refiere a la que se da en ausencia de patologías; la óptima que se refiere a un ideal de la vejez y la deficiente que hace alusión a la presencia de enfermedades (citados por Gómez, 2011).

Para Dulcey (2015) la vejez es una consecuencia del proceso de envejecimiento, y la edad cronológica del ser humano es utilizada según aspectos contextuales. En países en desarrollo se consideran los sesenta años como el comienzo de la vejez, mientras que, en países desarrollados desde los sesenta y cinco años, esto porque confluyen diferentes factores en ambos, como las condiciones y la esperanza de vida al nacer.

Además, la vejez no es un asunto únicamente referente al rango de edad, también comprende una serie de componentes que la determinan y condicionan, tales como los estilos de vida, las decisiones individuales, sociales, políticas y económicas, así como también todo lo vivido anteriormente. En este sentido, esta autora aclara que para comprender la vejez es necesario tener en cuenta que esta hace parte del curso total de la vida y que en ese transcurrir se producen complejas interrelaciones sociales, políticas, culturales y económicas, así como la vivencia y la percepción que cada sujeto tiene de estas condiciones que van conformando a la persona desde el nacimiento hasta la muerte.

4.3 El cuidado

La etiología de la palabra cuidado es el latín “cura” que significa pensar, prestar atención, demostrar interés y tener actitud de preocupación (Miramira, 2015). Según lo anterior, cuidar es asistir, preservar, atender, preocuparse por algo o alguien. Tanto en el proceso de envejecimiento como en el momento de la vejez las personas requieren de acompañamiento, soporte y cuidado.

4.3.1 El cuidado como tarea

El cuidado está presente a lo largo de toda la vida, en diferentes culturas y sociedades, en donde cada una desarrolla conocimientos y prácticas únicas alrededor de este. En este sentido, Acosta, Picasso y Perrotta (2018) afirman que es una noción dinámica y multidimensional que permite comprender los cambios y continuidades de los distintos arreglos institucionales en torno a este, además Aguilar y Toledo, (2019) expresan que el cuidado encierra dentro de sí un elemento relacional y afectivo que afecta las jerarquías y estereotipos

que poseen las sociedades respecto a las distinciones entre hombres y mujeres para la realización de las tareas.

Este concepto ha sido definido desde diferentes perspectivas, dependiendo de la corriente teórica y filosófica que lo aborde. González (2005) resume estas visiones de la siguiente manera:

- el cuidado como rasgo humano: que lo presenta como inherente a la naturaleza humana de suma importancia para la supervivencia.
- el cuidado como imperativo moral: que impone valores como el respeto, la valía y la dignidad y que considera el cuidado como un valor de la moral.
- el cuidado como afecto: que considera sentimientos como la empatía y compasión como motivadores de las conductas de cuidado y que además se producen también en las personas cuidadas.
- el cuidado como interacción personal: reconoce el esmero de lograr una relación única y legítima entre cuidador y cuidado, en donde ambos se benefician mutuamente, recuperando el encuentro personal.
- el cuidado como intervención terapéutica: en la que el cuidador se concientiza de que la otra persona requiere de unas atenciones que surgen de necesidades de cada paciente, para ser resueltas se debe tener un plan con el fin de lograr los objetivos del paciente.

Este punto de vista es descrito desde la enfermería y el cuidado hospitalario.

Por su parte, Dornell (2011) hace alusión al cuidado desde dos dimensiones: el cuidado como valor y el cuidado como acción: como valor, es tomado desde una mirada ética, que hace referencia a la actitud de respeto por la vida del otro, a su reconocimiento de autenticidad, de libertad, de autonomía. Desde la perspectiva de acción, el cuidado se relaciona con los vínculos y las implicancias. Cuidar supone un vínculo, y todo vínculo supone una relación entre dos o más personas en las que se intercambian afectos. Finalmente, señala que el cuidado desde la perspectiva de acción es una construcción social que está vinculada a lo político, desde una mirada de responsabilidad colectiva y no individual.

Por otro lado, Carmen de la Cuesta (2007) define el cuidado como una relación y un proceso, afirma que no hace referencia a la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos, sino que los cuidados van más allá de la enfermedad. Tiene un componente creativo y estético, en este sentido ve el cuidado como “un trabajo artesanal” porque se hace con las manos, porque es único, útil y bueno. Cuando se cuida del otro da satisfacción el que se

vea bien, lo que produce alegría. Esto implica “inventar el cuidado” no solo como una práctica sino un oficio que transforma tanto al cuidador como al sujeto cuidado.

Por último, Tronto (1993) conceptualiza el cuidado como un proceso dividido en cuatro fases interconectadas:

1. Reconocimiento de una necesidad: detección de la existencia de una necesidad en el otro y la toma de conciencia de que esta debe ser satisfecha, aquí resultan estados como la preocupación y el poner atención definidos de forma tanto individual como culturalmente.

2. Responsabilización: Asumir esa responsabilidad de satisfacción de esa necesidad manifiesta y decidir cómo responder a ella.

3. Prestación de los trabajos de cuidado: Aquí se da la satisfacción directa de la necesidad involucrando un trabajo físico y un contacto con la persona demandante del cuidado. Para realizar el trabajo de cuidar se requiere que el cuidador posea ciertas competencias, el sólo apoyo monetario no constituye el trabajo de cuidar.

4. Recepción de los trabajos de cuidado: En esta fase se reconoce que el objeto que recibe el cuidado responde de alguna manera a estas atenciones que se le dispensan. Esta sería la única manera con la que se cuenta para saber si las necesidades han sido satisfechas correctamente o no, dado que en el proceso pueden darse percepciones erróneas o que las formas de satisfacer las necesidades difieran de los intereses de la persona cuidada.

4.3.2 Las relaciones de cuidado desde la psicología

Desde una postura más psicológica, específicamente psicodinámica, nos podemos ubicar en el trabajo realizado por Donald Winnicott, este autor junto con otros de su misma corriente, explican fenómenos humanos basados en las relaciones interpersonales que se dan desde temprana edad entre el niño y su cuidador. Aunque este autor postula diferentes conceptos como el de holding y handling vinculados a la relación de cuidado entre madre e hijo, estos procesos de atención y sostenimiento pueden ser extrapolados a la vejez, dado que esta población tiene similares condiciones a las de un niño: presentan necesidades que requieren de otro para ser satisfechas y son demandantes de cuidado y apoyo en sus actividades instrumentales básicas, apoyo que es necesario para garantizar calidad de vida en esta etapa vital. Cabe anotar, que, aunque existen características semejantes entre ambos grupos etarios, hay otros aspectos que los diferencian radicalmente, tales como los años vividos, las costumbres, hábitos y la experiencia acumulada, que se deben tener en cuenta en la relación de cuidado entre los adultos mayores y su cuidador.

Winnicott en su libro “El proceso de maduración en el niño” (1981) desarrolla su teoría. Habla sobre el tema de los cuidados paternofiliales y refiere que en este proceso se dan diferentes fases. La primera es la fase de Sostenimiento(holding), que hace referencia no solo a sostener físicamente o brindar un apoyo físico al otro ser, sino también a toda una serie de condiciones ambientales que incluyen experiencias inherentes a la existencia humana. Las otras fases son la convivencia entre las figuras de cuidado y la convivencia entre los tres (cuidadores y sujeto cuidado).

Para lo que a este trabajo compete, solo nos vamos a enfocar en el tema del sostenimiento, orientándolo hacia el contexto del adulto mayor. Winnicott expone en su trabajo que durante este período es importante proporcionar la satisfacción más o menos estable de las necesidades fisiológicas, de manera que exista la confianza de que estas acciones van a permanecer a disposición para cuando sean requeridas. Además, afirma que este comprende en especial el hecho de sostener físicamente a la criatura, acción que constituye una forma de amar; sin embargo, agrega que no todas las personas proporcionan esto de una forma instintivamente adecuada, de manera que facilite en el otro una sensación de confianza, seguridad y de satisfacción. En este sentido, Márquez (citado en Miramira, 2015) afirma que el cuidado es una acción dirigida a realizar algo por alguien que no tiene capacidad de desempeñar por sí mismo sus necesidades básicas tales como alimentación, sueño, higiene, termorregulación, descanso, comodidad, movilidad, actividad, etc. Por su parte Dulcey (2015) sostiene que el cuidado no solo se refiere a la satisfacción de necesidades, sino también a las repercusiones psicológicas y sociales que implica el hecho de cuidar. Es así, como en el caso del adulto mayor, no solo es importante que perciba que su cuidador va a estar presente continuamente para socorrerlo en la realización de sus actividades básicas, sino que también debería sentir un apoyo emocional constante, en donde encuentre un ambiente de reconocimiento, protección, acompañamiento y amor. Este ambiente debe incluir un contacto físico que le demuestre al adulto mayor el vínculo afectivo que se ha construido.

Para que el sostenimiento se dé correctamente el cuidador debe tener en cuenta aspectos como el tacto, la sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, temperatura y la sensibilidad a las caídas; lo que puede recogerse en el concepto de sensibilidad epidérmica. Además, tiene la tarea de reconocer en el sujeto que es objeto del cuidado unas cualidades que lo diferencian de otros, por lo que surgen rutinas de cuidado tanto en el día como en la noche específicas para cada sujeto. Por último, esta persona cuidadora es capaz de percatarse de cambios casi imperceptibles tanto físicos como psicológicos. En el caso del adulto mayor, por las consecuencias de la vejez, en muchas ocasiones tienen unas condiciones especiales: piel delgada y delicada, un cuerpo

muy frágil, riesgo de caídas, lentitud en sus movimientos, disminución de la audición y visión, entre otras. Estas condiciones requieren que el cuidador sea sensible a ellas y las atienda. Además, debe tener en cuenta las preferencias que cada sujeto tiene, para que así el cuidado sea individualizado y sea algo único entre ambos que pueda fortalecer el vínculo. Cuando la relación es sólida y el vínculo es fuerte, los cuidadores son capaces de leer cambios mínimos en el estado de ánimo del adulto mayor.

Además, Winnicott plantea que de esta fase no sólo derivan estos procesos posteriores, sino que también depende de ella la salud mental del individuo, en su caso propone que el hecho de que se esté libre de psicosis o propensión a ella se apoya fundamentalmente en estos cuidados maternos (que pueden ser brindados por cualquier persona que se establezca como la principal figura de cuidado). Con esto vemos lo importante de proporcionar unos cuidados adecuados, precisos, en el momento justo y una manipulación correcta y delicada que precise el fortalecimiento de unas relaciones interpersonales basadas en un vínculo de confianza y entendimiento mutuo, relaciones que cuando todo marcha bien, se dan por sentadas con mucha facilidad. En este sentido plantean Cheri y Coelho (2017) que en la relación asistencial está presente la intersubjetividad relacionada con la empatía, por la cual el cuidador debe tener la capacidad de leer los estados mentales de su cuidando y debe poder hacer inferencias acerca de sus sentimientos e intenciones para poder dar una respuesta oportuna a sus necesidades.

Por otro lado, Winnicott afirma que el sostenimiento es un período muy importante en el desarrollo del individuo, dado que ayuda a integrar diferentes procesos y a constituir una diferenciación entre el interior y el exterior. En este sentido, es un momento vital en el que el cuidador da un sostenimiento con el fin de aportar a la supervivencia del individuo. El autor expone que este sujeto se encuentra en una condición de dependencia que puede ser: *absoluta* cuando la criatura no se sabe receptora del cuidado, puesto que no posee conciencia de los cuidados que se le son impartidos y no posee control de sí, ni de lo que se encuentra bien hecho o mal hecho, o *relativa* en la cual el sujeto puede ser consciente de la necesidad de la asistencia de la figura de cuidados y puede relacionarse mediante impulsos personales. Estos postulados pueden ser extrapolados a un contexto de cuidados al adulto mayor, ya que en la mayoría de las ocasiones presentan algún tipo de dependencia. Según El Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f.) en la vejez se pueden producir diferentes grados de dependencia debido al deterioro físico y cognitivo. Se pueden presentar:

- **Dependencia severa**, en la que el individuo requiere de ayuda constante ya que presenta condiciones como estar postrado, padecer demencia o incapacidad para

realizar una o dos actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, bañarse, acostarse, comer solo o levantarse de la cama.

- **Dependencia moderada** en la que requiere de ayuda humana siempre o casi siempre para efectuar una o dos ABVD, para realizar tres actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como manejar el dinero, cocinar, salir, realizar compras, llamadas, hacer aseo, etc. e incapacidad para efectuar una AIVD, así como necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD o incapacidad para bañarse.
- **Dependencia leve** en la que se presenta incapacidad para efectuar una AIVD, necesidad de ayuda siempre o casi siempre para realizar una ABVD, y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para realizar dos AIVD.

Desde los trabajos teóricos y sus distintas perspectivas hay algunas dimensiones relacionadas al fenómeno del cuidado de las personas mayores que se pueden traducir en categorías generales de análisis, estas son: las conductas en el cuidado, el estado afectivo-emocional del cuidado, la estructura relacional del cuidado, el ámbito social-cultural del cuidado y las acciones de autocuidado dentro de la relación de cuidado.

4.4 Las conductas en el cuidado

El cuidado son acciones dirigidas a realizar algo por alguien que no tiene capacidad suficiente para desempeñar por sí mismo actividades relacionadas a sus actividades básicas como alimentación, sueño, higiene, descanso, movilidad y actividad (Marquez citado por Miramira, 2015).

Los comportamientos de cuidado pueden ser definidos también como acciones y actitudes de conocimiento que el adulto mayor tiene del cuidado que se le brinda y que experimenta a través del vínculo con su cuidador (Camargo y caro, 2009).

Dentro de la situación de cuidado al adulto mayor se encuentran ciertos aspectos conductuales relevantes que juegan papeles significativos en la configuración de esta relación. Como bien mencionan Da Silva y Vilar (2010) en cualquier interacción entre humanos hay relaciones de poder, por lo que esto también está presente cuando se tiene cuidado o se está cuidando a alguien. Parece que la decisión de cuidado está más en manos del cuidador, pero la persona cuidada también emite signos de poder rechazando o no colaborando con el cuidador. De este modo, permitirles conductas como decidir sobre cosas simples como qué ropa ponerse

o qué actividad hacer, permite de algún modo que el adulto mayor se sienta satisfecho con el cuidado que se le ofrece, puesto que de esta manera fomentan su autonomía y libertad de decisión, lo que les hace sentir respetados y autosuficientes. De la misma manera es importante que el cuidador vele por la salud de la persona cuidada con conductas como la administración de medicamentos, el control de horarios de dicha administración y el estar cerca, todo esto les hace sentir valorados y respetados en su complejidad y sus formas de vida (Cataldi et al., 2013).

4.5 El estado afectivo-emocional de cuidado

En la experiencia de cuidado, tanto el adulto mayor como su familia y su cuidador se insertan en una relación que genera un ambiente difícil y estresante para todos. Por ello, en esta dinámica, se debe saber reconocer las respuestas emocionales de la persona cuidada, así como el contexto en el que surgen, lo que implica ser consciente de cómo se construyen las relaciones y de lo que es importante o no para la otra persona (Arroyo y Soto, 2013). Según la relación que se tenga con el cuidador pueden surgir diferentes sentimientos y emociones, por ejemplo, en algunos casos los adultos mayores se sienten valorados, capaces de tomar sus propias decisiones, incluidos y tratados con afecto cuando su cuidador respeta su autonomía, entendida como la libertad para tomar ciertas decisiones y el respeto hacia ellas (Cataldi et al., 2010).

Además, en esta etapa de envejecimiento las personas son vulnerables a sentir con mayor peso algunos tipos de emociones y sentimientos como la ansiedad o miedo, debido a preguntas acerca del futuro o de la muerte y por ello requieren de alguien con quien compartir sus temores. Aparece también la culpa, ya que sienten que obstaculizan la vida personal de quienes les cuidan, o pueden sentir vergüenza por requerir de la ayuda constante debido a su dependencia física. Pueden aparecer sentimientos de desesperanza, sobre todo cuando está presente el deterioro, la enfermedad y la discapacidad; o sentimientos de tristeza, debido a las pérdidas que trae consigo la vejez como la salud, estatus social o seres queridos (Arroyo y Soto, 2013). En este sentido, se puede notar que no siempre el cuidado es visto de una manera positiva, ya que hace visible el estado de pérdida, dependencia y fragilidad de los adultos mayores (Robles, 2005).

4.6 La estructura relacional del cuidado

Para Cherix y Coelho (2017) las diferentes formas de relacionamiento con el otro pueden entenderse como un campo intersubjetivo de reconocimiento mutuo o intersubjetividad interpersonal como esa manera de relación entre el ser y el otro, entre dos sujetos completamente constituidos, relación en la cual está involucrado el concepto de empatía como la capacidad de estar con el otro en su sufrimiento y comprender sus sentimientos poniéndose en su lugar.

Desde esta postura nos plantean como la estructuración psíquica de cada individuo se pone en juego en la situación de cuidado del adulto mayor. De esta manera los autores expresan que las primeras experiencias de vinculación generan en cada individuo condiciones de estructuración psíquica que condicionan las posteriores relaciones del sujeto y que, de cierto modo, desde edades tempranas el ser humano depende de otros. En este sentido, en muchos adultos mayores se encuentran serias limitaciones que derivan en cierto grado de dependencia, que, si bien es diferente a la antes mencionada debido a que la persona ya está constituida como sujeto y tiene la capacidad de significar las diferentes situaciones de dependencia y cuidado, se pueden experimentar sensaciones primitivas de confianza, odio, amor, placer o miedo que fueron vividas en relaciones tempranas y que aparecen como una matriz en las interacciones posteriores. En esa situación de cuidado y dependencia, de cierto modo vital, pueden surgir grandes miedos como la pérdida de lazos afectivos y el amor del otro. Además, también plantean, que en esta relación es posible que los adultos mayores revivan situaciones que tiene que ver con su infancia y otras experiencias de dependencia y cuidado con el cuidador y de la misma manera su cuidador reviva situaciones relacionadas con su historia personal, poniendo todos estos aspectos en juego a la hora de establecer y mantener el vínculo relacional con el otro.

Desde la perspectiva relacional de Winnicott, durante el proceso de cuidado hacia un otro dependiente, el cuidador debe proveer ciertas acciones y atenciones para contribuir al bienestar del otro. De esta manera es importante brindar satisfacción más o menos estable a las necesidades fisiológicas generando en el otro la confianza de que estas acciones estarán disponibles al momento de requerirse. Además, también es importante el sostenimiento físico del otro, de manera que esto le genera sensaciones de seguridad y satisfacción. Para brindar un sostenimiento adecuado al cuidando es necesario tener en cuenta en su manipulación aspectos

como el tacto, la sensibilidad de tipo auditiva, visual, térmica y la sensibilidad a las caídas, además de reconocer en el sujeto cualidades que lo diferencian de otros (Winnicott, 1981)

Igualmente, hay que tener en cuenta que, el establecimiento de una comunicación adecuada entre el cuidador y el adulto mayor cuidado es un aspecto esencial en el desarrollo de su vínculo, debe existir entre ambos una relación positiva y cercana. La falta de conversación se toma como poca atención hacia sus necesidades sociales, en consecuencia, sienten que sus días se hacen largos y aburridos (Blanca, Linares, Grande, Jiménez e Hidalgo, 2012). Esta comunicación incluye tanto aspectos verbales: hablar con sinceridad, respetar las opiniones del otro y comunicarse con respeto, entablar conversaciones; como no verbales: escuchar atentamente al otro cuando habla, tocar y sentir cerca la otra persona, mirar al otro a los ojos, tener gestos y expresiones faciales que demuestren afecto (Prochet y Paes, 2011).

Además, los adultos mayores pueden exigir o esperar algunas cualidades específicas de sus cuidadores tales como el respeto, definido como la ausencia de cualquier actitud que pueda ser considerada como maltrato. Deben ser simpáticos, amables y agradables igualmente, se les debe generar confianza y mantenerse atentos y vigilantes. También, esperan ser atendidos con rapidez a sus demandas, ya que no hacerlo provoca sentimientos negativos y la percepción de que no les están prestando suficiente atención (Blanca, Linares, Grande, Jimenez e Hidalgo, 2012).

4.7 El ámbito social-cultural del cuidado

A nivel social, el adulto mayor ya no goza de la aceptación que tenía anteriormente, ya que denotaba sabiduría y experiencia. Ahora, debido a los procesos de industrialización se ha relegado al anciano a otro plano por su bajo nivel de productividad en el mercado; sumado a esto se encuentran las necesidades de atención y cuidados demandadas debido a su alto crecimiento poblacional alrededor del mundo que exige cambios en las dinámicas contextuales.

Según Cánovas (2008) esta dimensión se refiere a las características relacionadas con el entorno social, familiar, laboral, interacción e inclusión sociales, que presenta el adulto mayor como producto del envejecimiento (citado por Miramira, 2015). En este sentido, es importante considerar el funcionamiento familiar, ya que los miembros de la familia pueden servir como un apoyo fundamental para los adultos mayores en relación con el cuidado (Silveira, Denardin, Machado, Beuter y Schimith, 2009)

La cultura en que está inmersa la familia es determinante en las trayectorias y dinámicas familiares que se construyen en torno al cuidado. En algunas familias existen sentimientos de obligación y reciprocidad que mueven a dar y recibir el cuidado (Galvis, López y Velásquez, 2018). De esta manera, existe una fuerte preferencia por que el cuidado esté asentado en la familia y generalmente, los adultos mayores lo ven como una obligación filial, moral y social por parte de sus hijos. En este sentido, los otros tipos de cuidado como el informal, brindado por personas no familiares, y la institucionalización son vistos como una violación a esta obligación filial, en especial, cuando se interna al adulto mayor en un asilo. Estos lugares son vistos como no idóneos para atender las necesidades de cuidado que requieren los ancianos (Robles y Vásquez 2008).

En América Latina está generalizado el supuesto de que el cuidado a los adultos mayores descansa en la familia o en las redes familiares junto con una alta feminización de las tareas de cuidar pese a que en la actualidad ha crecido la inserción de las mujeres en el campo laboral (Pineda, 2014). En contextos de países en vía de desarrollo como Colombia el cuidado es proporcionado por redes familiares extensas e informales y el apoyo formal es mínimo. Debido a esta particularidad y a que en este tipo de contextos socio culturales el apoyo del estado y los servicios públicos prestados a esta población son pocos y los existentes son desconocidos, el cuidado a adultos mayores es un asunto generalmente privado y de familia, la cual construye sistemas de apoyo para atender las necesidades de los adultos mayores en los que se involucran no sólo el cuidador principal sino varios miembros de la familia e incluso llegan a contribuir vecinos o allegados (De la Cuesta, 2006).

4.8 Las acciones de autocuidado dentro de la relación de cuidado

El autocuidado es entendido como las actividades o prácticas que los adultos mayores realizan en pro de sí mismos para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Estas acciones están enmarcadas en los tres requisitos de autocuidado universales que se refieren a: el ingreso suficiente de aire, el consumo suficiente de agua, cuidados relacionados a los procesos de eliminación urinaria e intestinal, mantenimiento de la ingesta adecuada de alimentos, velar por un equilibrio entre actividad y descanso y entre soledad e interacción social, prevención de riesgos para la vida y el funcionamiento y la promoción de la interacción en grupos sociales (Orem, 1991, citada por Navarro y Castro, 2010)

Cuando las personas mayores tienen la posibilidad de realizar acciones de autocuidado aumenta en ellos la sensación de independencia; en consecuencia, aumenta la percepción de calidad que tienen del proceso de cuidado de sus cuidadores. De la misma manera, el incremento de la sensación de independencia afecta favorablemente aspectos como su confianza, autonomía y mantenimiento de la función física, lo que se traduce en una mayor sensación de felicidad en las personas mayores (Blanca, Linares, Grande, Jimenez e Hidalgo, 2012)

Sin embargo, en algunos casos el solo acto de cuidar de sí puede verse como inapropiado o con sentido peyorativo pues lo relacionan con asuntos como citas amorosas y sexo. El vestirse y el cuidar de la presentación personal son aspectos que atraviesan tanto generaciones como contextos históricos, y además están relacionados con la posición social de los individuos. Es de resaltar que el autocuidado es algo más que la apariencia en sí, sin embargo, es origen de primeras impresiones dado que al ver a una persona que es negligente con su aspecto físico, esta característica se relaciona inmediatamente con diversos aspectos de su vida (Da silva y Vilar, 2010).

4.9 Marco institucional y jurídico del cuidado de mayores

En Colombia se encuentran varias leyes vigentes que cubren los derechos y la protección de las personas mayores. La Ley 1251 de 2008 dicta normas para procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores; la Ley 1850 de 2017 busca la protección del adulto mayor y penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono.

El Ministerio de Salud a partir de la encuesta SABE la cual que aborda con estándares internacionales una descripción nacional de la situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento logra mostrar un panorama del envejecimiento en Colombia y señala posibles líneas de intervención para mejorar la calidad de vida y la salud mental de las personas mayores (Minsalud, 2019).

Por su parte, Medellín cuenta con la política pública de envejecimiento y vejez, Plan Gerontológico 2017-2027, la cual busca transformar la cultura del envejecimiento, ya que es la base para alcanzar condiciones de vida digna para los adultos mayores (Alcaldía de Medellín). Esto se pretende llevar a cabo mediante el desarrollo de acciones que permitan generar condiciones dignas de envejecimiento, la gestión de condiciones necesarias para garantizar la autonomía y el libre desarrollo de personas envejecientes y en condición de vejez en todos los

ámbitos, y la promoción de la gestión de conocimiento en temas relacionados con el envejecimiento.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Describir los significados sobre el cuidado que han construido las personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado CUIDARTE en los municipios de Rionegro y Medellín.

5.2 Objetivos Específicos

1. Realizar una revisión documental de las dimensiones relacionadas con el fenómeno del cuidado de personas mayores desde el punto de vista de la persona cuidada.
2. Definir un grupo de categorías pertinentes al cuidado de mayores en Colombia.
3. Recolectar las percepciones sobre el cuidado recibido por parte de estas personas, a partir de las categorías delimitadas previamente y categoría emergentes.
4. Analizar las percepciones que tienen las personas mayores cuidadas sobre el cuidado recibido.

6. Diseño Metodológico

6.1 Enfoque metodológico

Este trabajo estará fundamentado en un enfoque cualitativo de investigación el cual se centra en comprender fenómenos desde la visión de los participantes y en su contexto natural. Trata de entender el sentido, de interpretar el objeto que se estudia en términos de lo que significa para un sujeto con el fin de lograr más acercamiento al fenómeno (Galeano, 2004)

Esta autora plantea que la investigación cualitativa hace un énfasis particular en la valoración de la subjetividad, ya que esta es el garante y el medio a través del cual se obtiene el conocimiento de la realidad humana (Galeano, 2004). Desde esta perspectiva “el conocimiento es un producto social y su proceso de producción colectivo está atravesado e influenciado por los valores, percepciones y significados de los sujetos que la construyen. De esta manera, aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimientos científicos.” (p.18)

De la misma manera, establece el lugar del investigador social cualitativo, quien es consciente de que la subjetividad es parte integrante de la realidad en estudio y que esta define su perspectiva de trabajo y los límites de su investigación. También tiene presente que como sujeto inmerso en la realidad estudiada tiene intereses y visiones que no compaginan en ocasiones y debe trabajar de forma interactiva en pro de un surgimiento de las lógicas de los actores sociales, de modo que estas vivencias pueden ser comprendidas e interpretadas a partir de sus propias lógicas.

Esta investigación tiene un alcance de tipo exploratorio, ya que el fenómeno del cuidado ha sido poco estudiado desde una perspectiva psicológica en el contexto local. Y descriptivo, debido a que el interés está puesto en describir la percepción e interpretación que los adultos mayores elegidos para el análisis tienen acerca del cuidado que se les brinda informalmente. De la misma manera, se busca dar cuenta de algunas características y significados de este fenómeno a partir de la narración de estas personas (Galeano, 2016).

6.2 Plan de recolección y generación de información

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) las entrevistas para recolectar datos cualitativos se usan cuando el objeto de estudio tiene alto nivel de complejidad y es muy difícil de observar. Además, poseen las siguientes características: Tienen un carácter más anecdótico y amistoso, las preguntas y su orden se adecuan a los participantes, el contexto social es crucial en la interpretación de significados, la comunicación y el lenguaje se adecua al entrevistado y las preguntas se formulan de manera neutral y abierta propiciando el afloramiento de perspectivas, experiencias y opiniones detalladas.

Teniendo en cuenta que la estrategia de investigación cualitativa pretende comprender conceptos íntimos de las personas como motivos o creencias detrás el accionar, privilegia técnicas que van en pro de una mirada interna del individuo quien vivencia la realidad sociocultural (Eumelia, 2016). En este sentido y dado la orientación de este estudio la estrategia de recolección de datos más conveniente para alcanzar los objetivos de la presente investigación es la entrevista semiestructurada. La finalidad es llegar a un nivel de profundidad de las vivencias de los individuos que nos permita sólo describirlas e interpretarlas.

Esta técnica permite basar la narrativa del individuo en asuntos particulares a través de algunas preguntas orientadoras, al igual que permite al investigador introducir preguntas adicionales con el fin de aclarar ciertos asuntos u obtener más información en aquellos aspectos relevantes para la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

La muestra de participantes no supera un volumen de 10 personas. Estas fueron elegidas a través de lo que Galeano (2016) denomina un *informante portero* quien sirve de puente al investigador hacia los escenarios y actores sociales por ser personas que poseen conocimientos sobre el tema y controlan recursos claves. Así pues, nuestros conectores hacia los participantes es el grupo organizador del diplomado “CUIDARTE” con quienes nos contactamos a través del asesor del trabajo de grado y quienes se encargarán, por asuntos de ética y confidencialidad, de la gestión del contacto con los adultos mayores cuidados por las personas que hicieron parte de este diplomado sobre cuidado informal. Estos participantes provienen de los municipios de Medellín y Rionegro.

La movilidad y el desplazamiento a los lugares de residencia de los participantes de la investigación se ve afectada por motivos de la pandemia de COVID-19, por ello fue necesario realizar las entrevistas por vía telefónica.

6.3 Criterios de exclusión e inclusión

6.3.1 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 60 años que han sido cuidados por cuidadores informales partícipes del diplomado “CUIDARTE” desarrollado por el grupo de investigación “Psicología, sociedad y subjetividades”, a través de la línea de envejecimiento y vejez de la Universidad de Antioquia en el año 2019 y que poseen condiciones físicas y mentales para participar y responder entrevistas, bien sea de manera telefónica o presencial, que además deseen y autoricen hacer parte de la presente investigación y se encuentren en los municipios de Medellín y Rionegro.

6.3.2 Criterios de exclusión

Adultos mayores de 60 años que no sean cuidados por cuidadores informales que hicieron parte del diplomado “CUIDARTE” desarrollado por el grupo de investigación “Psicología, sociedad y subjetividades”, a través de la línea de envejecimiento y vejez de la Universidad de Antioquia en el año 2019

Adultos mayores de 60 años que, aunque estén implicados en el diplomado antes mencionado, no posean las disposiciones físicas y mentales para participar de esta investigación por limitaciones inherentes al deterioro mental y/o cognitivo.

Adultos mayores de 60 años que cumplan con los requerimientos, pero no se encuentren en los municipios de Medellín y Rionegro.

Adultos mayores de 60 años que, aunque cumplan con los requerimientos necesarios, expresen por deseo propio no querer participar de la investigación.

6.4 Preparación de la entrevista

Como instrumento para recolectar los datos se usará la entrevista semiestructurada. Esta técnica es definida como un instrumento técnico que utiliza un lenguaje coloquial y que tiene un fin determinado diferente al de solo conversar, además, con esta se puede obtener información más completa y profunda y brinda la posibilidad de aclarar dudas y acentuar aspectos importantes durante el proceso (Díaz et al., 2013). El tipo de entrevista que se realizó fue la semiestructurada ya que presenta la ventaja de ser más flexible, posibilitando la adaptación de las preguntas de acuerdo con el entrevistado de forma que se le motive, se puedan

hacer aclaraciones sobre términos, identificar ambigüedades y disminuir los formalismos (Díaz et al., 2013).

La guía de las preguntas de la entrevista se realizó con base en la bibliografía consultada, de la cual se extrajeron las categorías importantes que surgieron en los diferentes estudios y textos encontrados sobre el cuidado al adulto mayor.

Las entrevistas con los participantes fueron realizadas por las propias autoras, para lo cual se contó con un entrenamiento previo en entrevistas cualitativas guiado por el asesor designado para el presente estudio.

A continuación, se presenta la descripción de los adultos mayores, en relación con el género y edad, que fueron entrevistados con el fin de recolectar la información necesaria.

Tabla 1

Descripción de la población entrevistada

Participante	Género	Edad
Participante 1 (P1A)	Femenino	88
Participante 2 (P2F)	Femenino	84
Participante 3 (P3L)	Femenino	92
Participante 4 (P4M)	Femenino	85
Participante 5 (P5O)	Femenino	85

6.4.1 Revisión de expertos

Se realizó una valoración de expertos de la primera versión de la guía de preguntas por la profesora María Isabel Zuluaga Vallejas como juez experta, con la ayuda de Juliana Ortiz, quienes nos dieron sus recomendaciones sobre la cantidad de preguntas, el lenguaje utilizado, la manera de preguntar, la distribución de las preguntas en relación con las categorías y algunas preguntas para agregar entre otros aspectos, lo que conllevó a la realización de una segunda versión con las correcciones aplicadas.

6.4.2 Prueba Piloto

Con el protocolo de entrevista corregido se realizó una prueba piloto entrevistando a dos personas adultas mayores que recibían cuidados por parte de un familiar. Gracias a esta prueba piloto se encontraron detalles a modificar de modo que se empleara un lenguaje más acorde a la población intervenida, puesto que se habían establecido previamente preguntas en lenguaje técnico y además cerradas, que no permitían una exploración un poco más a profundidad sobre sus significados, entre otros aspectos. Debido a esto, se reformularon los aspectos necesarios hasta lograr el protocolo final de entrevista. Adicionalmente, se probó y auto aplicó en las entrevistadoras con el acompañamiento del tutor para verificar y analizar su pertinencia (ver anexo 3, guía de entrevista).

6.5 Protocolo de la entrevista

A continuación, se enuncian las categorías generales encontradas que intervienen en el cuidado con sus respectivas preguntas guía. Estas dimensiones fueron descritas con más detalle en la sección anterior “marco conceptual” y son la base de la cual parte las preguntas para la entrevista semiestructurada que se usará como instrumento de recolección de información.

6.5.1 Dimensión del autocuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a las acciones que los adultos mayores realizan que van en pro del mantenimiento de la salud, el bienestar y la vida tales como la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Desde la teoría se han identificado algunas categorías como descanso, actividades lúdicas, cubrimiento de necesidades básicas, higiene que se pueden agrupar en esta dimensión. Algunas preguntas pertinentes para poder comprenderla son:

¿Cuándo usted tiene hambre, sed o ganas de ir al baño y percibe algún cambio en estas necesidades a quien le dice y por qué?

¿Qué hace cuándo se siente cansado o agotado?

¿Qué hace cuando no se siente cómodo o no se siente bien en un espacio?

¿Cuándo ha necesitado apoyo o distracción, a quien busca aparte de su cuidador?

¿Qué tipo de recomendaciones le han hecho para el cuidado de su salud? ¿Qué piensa de cada una de ellas? (prevención de caídas como usar el bastón, el caminador, compañía, duerme las horas que son, duerme cómodamente, esfuerzo físico, ejercicio).

¿Ha hecho parte de algún grupo social o cultural para pasar el tiempo o distraerse? ¿cuales? ¿cuánto dedica a ello? ¿por qué? Si la respuesta es no ¿Qué hace para entretenerse? (natilleras, ejercicio, chisme, tejer, manualidades, lectura, juegos, baile).

6.5.2 Dimensión conductual del cuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a acciones dirigidas a realizar algo por alguien que no tiene capacidad suficiente para desempeñarlas por sí mismo. Se han identificado algunas categorías tales como autonomía, ayuda instrumental, administración de medicamentos, alimentación e higiene que se pueden agrupar en esta dimensión. Algunas preguntas guía respecto a estas son:

¿A quién busca cuando necesita ayuda para realizar alguna actividad como ir al baño o asearse?

¿Le gusta que sea esa persona, por qué? ¿Preferiría que lo hiciera alguien más? ¿Y su cuidador está presto para brindar esta ayuda?

¿Siente que su cuidador tiene en cuenta sus gustos y necesidades con lo que le da de comer? ¿por qué?

¿Su cuidador le brinda ayuda en aspectos como levantarse, acostarse, caminar, moverse, vestirse o suministrar sus medicamentos?

¿Su cuidador le brinda ayuda en aspectos como realizar tareas domésticas, ir de compras, manejar dinero, cocinar, salir y/o hacer llamadas?

¿Cómo se siente al recibir esos cuidados? (excesivos, adecuados, permiten su autonomía o no)

¿A usted le gustaría exponerle sus gustos y necesidades para que él le ofrezca una mejor atención, por qué, ¿qué le diría?

En aspectos de su vida cotidiana (ropa, plata, salidas, compras) ¿quién toma la mayoría de las decisiones ¿Por qué y cómo le hace sentir? ¿sobre qué le gustaría decidir? ¿Qué obstáculos encuentra para realizar las cosas por sí misma?

¿Cuándo quiere realizar actividades lúdicas como su cuidador lo apoya? ¿o qué le dice?

6.5.3 Dimensión afectiva-emocional

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a los diferentes sentimientos y afectos que pueden surgir en la persona mayor producto de la relación de cuidado, e incluye el reconocimiento de estas, por parte del cuidador. Se han identificado algunas categorías tales como sentimientos negativos y sentimientos positivos que se pueden agrupar en esta dimensión. Algunas preguntas guía respecto a estas son:

¿Si se siente triste o tiene miedo y su cuidador está presente, cómo reaccionan? (se lo tiene que decir o no, porque cree que se da cuenta o no).

¿Cómo se siente con su cuidador? (Pudor, si reconoce sus opiniones y sentimientos, si el trato es cercano, cariñosos, frío, distante, sensación de bienestar).

¿Qué le hace sentir el hecho de ser cuidado? (triste, culpable, con miedo, inútil, pena, querido, valorado, devaluado).

¿Para usted cómo lo debería hacer sentir la persona que lo cuida?

¿El ser una persona cuidada le hace sentir vulnerable? ¿ por qué?

6.5.4 Dimensión social-cultural

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a las características relacionadas con el entorno social, familiar, laboral, interacción e inclusión social que presenta el adulto mayor como producto del envejecimiento. Se han identificado algunas categorías tales como obligación filial, institucionalización, funcionamiento familiar y familiarización que se pueden agrupar en esta dimensión. Algunas preguntas guía respecto a estas son:

¿Usted vive permanentemente en su casa o tiene vivienda rotativa con otros hijos o cuidadores?

¿Qué personas de su familia lo apoyan en su cuidado?

¿Qué le hace sentir ser atendido por varios familiares a la vez o que se repartan su cuidado? que le hace sentir que lo cuide solo uno y los otros no?

¿Qué piensa que cree la sociedad de las personas de la tercera edad? (sociedad permite suficiente participación o inclusión).

¿Para usted quién debería cuidarlo y por qué? (familiares, hijos, mujeres, instituciones, personas contratadas etc. ¿qué piensa de las otras opciones?

¿Por qué razón o razones cree que su familia está al pendiente de su cuidado? (solo si lo cuida la familia).

¿Cómo cree que influyen las posibilidades laborales suyas o de su familia (tiempo y dinero) en la manera como se le es cuidado?

¿Usted cree que su participación y el apoyo que le puede dar a otros ha cambiado por el hecho de ser cuidado? (restricciones, no lo dejan, los demás lo consideran incapaz, no toman en cuenta su palabra, lo menosprecian).

6.5.5 Dimensión relacional

Esta dimensión del fenómeno del cuidado hace alusión a un campo intersubjetivo de reconocimiento mutuo o intersubjetividad interpersonal en la que actúan dos sujetos completamente constituidos (Cherix y Coelho, 2017). En este campo de interacción las personas ponen subjetividades propias de cada uno involucrando la capacidad de estar con el otro en su sufrimiento y comprender sus sentimientos poniéndose en su lugar. Se han identificado algunas categorías tales como respeto, comunicación, afecto, caricias, mirar, confianza y apoyo que se pueden agrupar en esta dimensión. Algunas preguntas guía respecto a estas son:

¿Quién es su cuidador? ¿Cómo lo conoció?

¿Si algo no le agrada y su cuidador está presente, cómo reaccionan? (se lo tiene que decir o no, porque cree que se da cuenta o no).

¿Qué le gusta de su cuidador, que no le gusta, qué le gustaría que cambiara?

¿Cómo describiría el trato que su cuidador le brinda en un día cotidiano? (amable, simpático y agradable, grotesco, respetuoso con gustos o creencias, sonrío, lo mira)

¿Qué tipo de manifestaciones de cariño o afecto recibe de su cuidador? ¿Y usted, cómo responde a ello? (Recibe caricias, toques, palabras de afecto, le gustaría que fuera más, menos, más frecuente, como se siente, que tan importante).

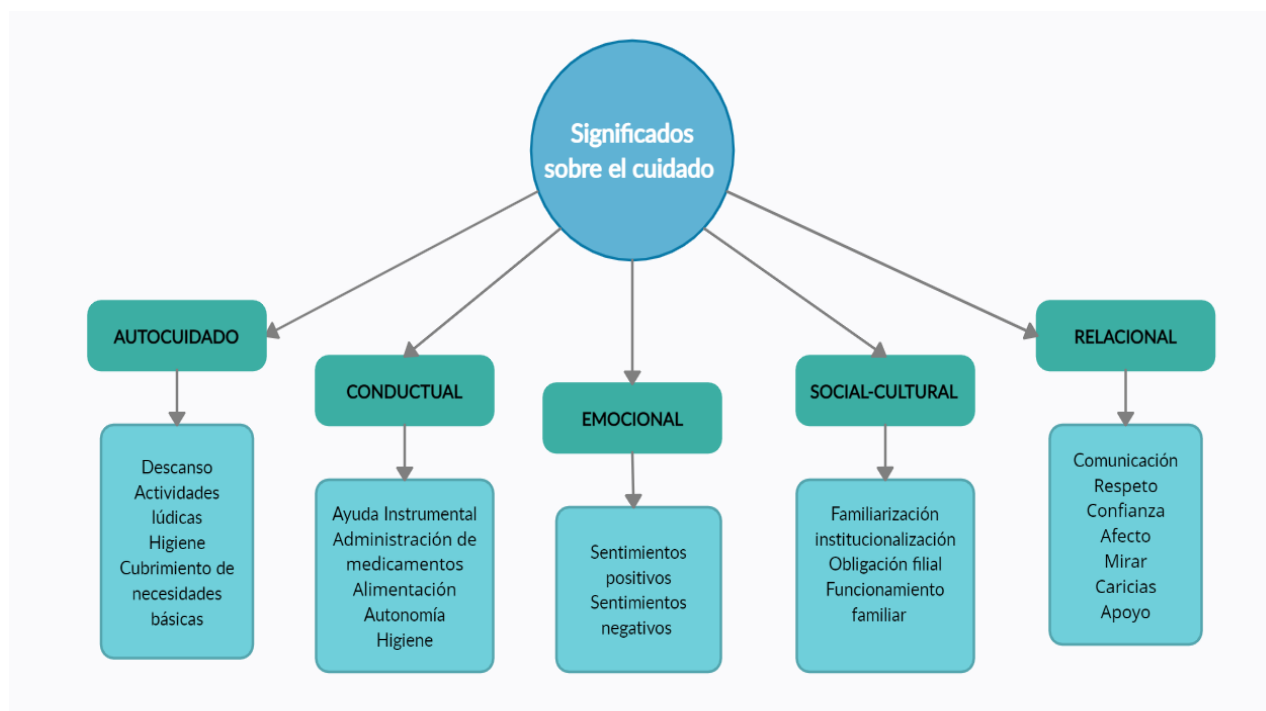
¿Usted considera que puede confiar en su cuidador? ¿De qué manera? (cómo cree que se puede fortalecer).

¿Cuándo surge una necesidad (cualquiera), cómo actúa su cuidador? (acude pronto, está atento, vigilante, disponible).

¿Su cuidador es cuidadoso con el trato físico? (cuidadoso con la piel, las caídas, la audición y la visión).

¿Qué tipo de conversaciones tienen en la normalidad su cuidador y usted? ¿De qué temas hablan (sociedad, política, religión)? ¿Cada cuánto? (le da información de su estado de salud como medicamentos, tratamientos, recomendaciones).

¿Qué piensa de la comunicación con él?, cómo se siente? ¿Le gustaría cambiar, agregar, quitar algo? (tiempo, temas, frecuencia que tan importante, es clara, se hace entender, le queda claro cuándo él le explica algo).

Figura 1*Mapa categorial previo a la recolección de información*

6.6 Formato de guía de entrevista

Debido a la contingencia por la pandemia provocada por el Covid-19 que se presentó al momento de recolectar la información y por motivos de prevención, el consentimiento para la realización de la entrevista se realizó de manera oral mediante la llamada establecida con la participante y con su cuidador/a. Además, por ser una población adulta mayor, se resumió y concretó la información de manera más entendible y que conllevara menos tiempo, sin embargo, se tomó de guía el consentimiento informado preestablecido (ver anexo 1).

Las preguntas realizadas en las entrevistas fueron las respectivas a la tercera versión del protocolo de entrevista, en donde se optó por agrupar varias de las preguntas en una sola, organizándose por temas generales con el fin de propiciar la conversación y su fluidez teniendo en cuenta la población, limitaciones y lenguaje (ver anexo 3).

6.7 Sistematización y análisis de la información

La sistematización y análisis de la información incluyó una serie de pasos que van desde la transcripción y codificación hasta el análisis e interpretación de la información recogida. A continuación, se explican de manera detallada las fases de este proceso.

6.7.1 Transcripción

La investigación cualitativa genera una gran cantidad de información, además compleja, que debe ser registrada y llevada ordenadamente durante el transcurso de la investigación para evitar confusiones y facilitar el análisis. Por consiguiente “el investigador debe contar con un sistema de registro de la información que posibilite la clasificación y recuperación para su análisis y confrontación” (Galeano, 2012, p. 37). Teniendo en cuenta esto, las sesiones de entrevista se grabaron a través de la aplicación de celular Call X para su posterior transcripción.

La transcripción realizada fue literal a lo expresado por los participantes, y no excluyó u omitió ningún tipo de información, salvo que los participantes lo solicitaran, ya que esto podría restar rigor al trabajo realizado.

6.7.2 Codificación

Una vez realizada la tarea de la transcripción, se procedió a la codificación a través del programa Atlas Ti, en el cual se cargaron las entrevistas transcritas para posteriormente categorizarlas y subcategorizarlas. Después de esto, se descargó un documento en Excel, con la información condensada y relacionada, con fin de darle sentido a la investigación, partiendo de las unidades iniciales de análisis hasta la descripción de las categorías emergentes.

La codificación y la organización de la información, tuvo como resultado el surgimiento de una serie de elementos que fueron relevantes por su presencia o aparición recurrente en los relatos de los participantes; a partir de estos se construyeron algunas categorías emergentes para el análisis final. Es importante resaltar que, en la construcción de categorías, no sólo se tuvo en cuenta la información recolectada con las entrevistas sino también la teoría o referentes conceptuales por medio de los cuáles se establecieron categorías y subcategorías de manera previa y que, además, fue la información que permitió la construcción de la guía de entrevista utilizada para la recolección de información.

6.7.3 *Análisis e interpretación*

Una vez realizada la recolección de información y su debida transcripción se procedió a realizar la sistematización de esta con la ayuda del programa Atlas ti estructurando las familias de códigos y posteriormente arrojando la información organizada y relacionada con las categorías previamente establecidas, así como con las emergentes tras una revisión de la información obtenida. Al hacer este proceso se obtuvo un insumo importante para ser analizado con relación al objeto de estudio, que en este caso fue la percepción del adulto mayor cuidado por una persona participante del diplomado cuidarte, y en articulación con las cinco categorías y sus subcategorías establecidas durante la revisión bibliográfica sobre el cuidado en la vejez, así como las emergentes durante el proceso de sistematización y análisis de la información.

Es así como se obtuvieron los resultados necesarios para establecer el análisis descriptivo de nuestro objeto de estudio a partir de las diferentes percepciones de cinco adultos mayores de los municipios de Medellín y Rionegro.

7. Consideraciones éticas

Esta investigación cumple con las leyes ONU (en cuanto a protección de sujetos de investigación, en donde en el artículo 5 de la de la resolución número 8430 de 1993, se establece la dignidad y los derechos de bienestar). También está regida por el código deontológico del psicólogo y lo que estriba para la realización de investigaciones en el marco conceptual que lo establece, especialmente el capítulo IV donde se establecen las normas de investigación y docencia para este profesional.

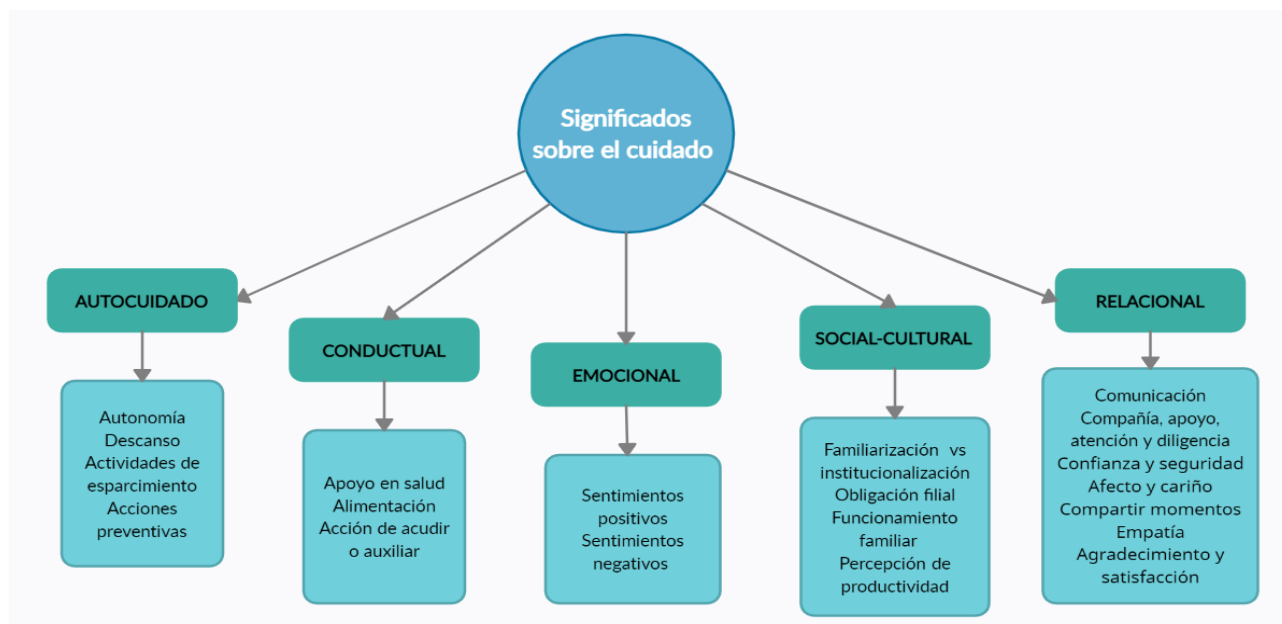
Este estudio se ajusta a las normas éticas que rigen la investigación en seres humanos, a nivel internacional: el Código de Nuremberg, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Declaración de Helsinki, en especial aquellos que se refieren al respeto a la persona, a la autonomía para participar en la investigación, al principio beneficencia y no-maleficencia, al respeto a la intimidad, a la información veraz y al secreto profesional. A nivel nacional, se ceñirá al artículo 15 de la Constitución Política sobre intimidad y buen nombre; los datos de los participantes estarán protegidos por la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Ley de habeas data), reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013.

El estudio se acoge a la normatividad sobre investigación con seres humanos según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Se cuenta con consentimiento informado de forma oral por los adultos mayores participantes y por parte de sus cuidadores. Se solicitará a los entes pertinentes autorización para la recolección, análisis, almacenamiento y utilización de los datos a procesar.

8. Resultados

Figura 2

Mapa categorial posterior a la recolección de información



En este estudio se pretendió encontrar los diferentes conceptos o significados que el hecho de ser cuidado sugería a las personas adultas mayores que eran atendidas por personas formadas en un diplomado para el cuidado informal, en cuanto a la relación establecida con su cuidador y los significados que se entretienen en esta interacción en cuanto a aspectos emocionales, conductuales, socio culturales, de autocuidado y de relacionamiento interpersonal con el cuidador principal y/o red de cuidadores.

Este proceso de búsqueda de relaciones e interconexiones en el intento de la articulación de significados y percepciones del cuidado partió de la investigación y rastreo documental que permitió sustraer previamente una serie de elementos relevantes que intervienen y sobresalen en las diferentes investigaciones y trabajos encontrados alrededor del tema. Sin embargo, este insumo correspondía a una guía para la realización de la búsqueda de estas percepciones en la muestra establecida para el presente trabajo, pero no significaba una limitante para la indagación de nuevos aspectos que pudieran surgir dentro de la marcha del proceso de recolección y análisis de la información.

Al obtener la información necesaria para su respectivo análisis, se procedió a organizarla y examinarla con la ayuda de la herramienta Atlas Ti, a través de la cual, se clasificó y codificó el material en las diferentes categorías y subcategorías preestablecidas y emergentes

buscando los vínculos e interconexiones entre ellas y entre los diferentes discursos de las participantes.

8.1 Dimensión del autocuidado

En esta categoría descrita inicialmente tras el rastreo del tema en las diferentes investigaciones, se pretendía establecer si las personas adultas mayores entrevistadas adoptan conductas de autocuidado, es decir, acciones o conductas que velan por el bienestar de su propia salud física y mental, que se convierten generalmente en hábitos que incluyen en rutina diaria y que ayudan a garantizar una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta la etapa en la que están. De esta derivan otros conceptos como autonomía para tomar decisiones frente al cuidado, el descanso, actividades lúdicas o recreativas y acciones de prevención de riesgos como caídas.

8.1.1 Autonomía

Se encontró que en general las personas entrevistadas, tienen aún, cierto grado de autonomía sobre su propio cuidado, que difiere en intensidad en unas y otras entrevistadas en aspectos que tienen que ver con la toma de decisiones y el adoptar conductas protectoras que les hacen concebirse como personas capaces de asumir ciertas responsabilidades frente a su propio cuidado y con la capacidad de realizar actividades por cuenta propia, sin necesitar ayuda de su cuidador tal como lo manifiesta la siguiente participante “Yo si tengo independencia. Yo voy al baño todavía sola, me baño sola, y pues, a veces voy a misa sola...” (P50). Así mismo podemos observar cómo se destaca este sentido de autonomía en acciones como el decidir sobre qué comer, qué usar, a dónde salir expresado por la misma participante: “Yo si tengo libertad para tomar decisiones, ellas no me oprimen ni me prohíben” “Ellas me dejan que yo... piense o que escoja lo que, la idea que a mí me gusta, o las comidas, o los sabores de helado o las frutas que sean buenas, o los lugares dónde voy por ahí a caminar, o sí, ellas si toman mi parecer”.

De la misma manera, la participante (P1A) es una de las personas entrevistadas que también conserva un alto grado de autonomía que podemos resaltar en expresiones como: “No, no he tenido pues como necesidad” que responde al preguntársele si necesita ayuda en tareas domésticas o tareas como ir de compras, manejar su dinero, cocinar, o hacer llamadas. “Aquí dentro de la casa si, afuera no” responde cuando se le pregunta si necesita ayuda para caminar o para ir a algún lugar, tratando de hacer alusión a que en su casa no necesita supervisión,

mientras que para salir si requiere de mayor ayuda. Esto sobre todo por el hecho de los riesgos físicos a los que puede estar expuesta en ambientes abiertos, sin una persona cercana de confianza. En ella también encontramos independencia en cuanto a sus gustos y momentos de esparcimiento o que supongan una dosis de disfrute o goce, expresándose así: “Ah sí, pongo musiquita ahí en la grabadora, lo que más me guste”.

Es así como se nota que estas participantes otorgan un significado positivo en cuanto a la libertad que aún se les otorga para realizar algunas actividades, por lo que se percibe un respeto hacia aspectos propios de la persona como su salud y gustos particulares.

En cuanto a otras participantes se encontró que, a pesar de que pudieran tener cierto grado de autonomía, por sus inclinaciones particulares y preferencias encuentra poco agradable realizar actividades fuera del hogar o departir con otras personas al expresar lo siguiente: “A mi si me dicen para ir a comer por ahí a restaurantes o ir al cine, salir por ahí una parte para otra, mis otras hermanas, pero a mí no me gusta salir, yo me quedo encerrada” (P4M). Por consiguiente, se puede concluir que no necesariamente el cuidador limita la independencia, sino que hace uso de ella al elegir quedarse con sus cuidadores principal y secundarios puesto que incluso refiere sentirse en buenas condiciones de salud, como lo refiere aquí: “Avenaría yo soy muy aliviada” (P4M).

En relación con los casos anteriores, en esta participante, la autonomía se encontraba un poco más afectada, sin dejar de conservarla del todo. Aquí podemos ver esta afirmación: “No, yo voy sola, me baño, a comer lo mismo”, “Calentar un agua para, para hacer café, si, para mi sola, si soy capaz pues, porque... ellos no permiten y tampoco me siento como, de hacer nada”, “No, yo voy sola, me baño, a comer lo mismo” (P2F). Para el caso de esta entrevistada, ella refiere que su cuidador es un poco más restrictivo con su participación en tareas de la casa, sin embargo no se encuentra el deseo en ella de hacer parte de las mismas, por lo que se siente conforme con este tipo de limitación, sobre todo para tareas instrumentales, puesto que en relación a aspectos más personales como la toma de decisiones, presentaba un poco más de participación, refiriéndose al tema de la siguiente manera: “por ejemplo hay cosas como la ropa, yo, yo le digo ¿usted qué piensa? Y ella me dice: no, no, no, me veo tal, bueno, entoes ahí bueno, ahí, es entre las dos”. En esta respuesta vemos reflejada la participación de la persona en esa decisión, que quiso tener en cuenta a su cuidador pero que pudo tomarla por sí misma. También lo encontramos en aspectos como el manejo del dinero “...por ejemplo yo tengo mi dinero, el dinero que me manda mi hijo y yo lo guardo, cuando yo voy a comprar algo yo...”.

Por otro lado, la participante (P3L) fue la que menos autonomía reflejó en su discurso, es la que más ayuda y apoyo necesita y solicita de sus cuidadores en diferentes aspectos, no

obstante, frente algunos temas específicos, expresó independencia y capacidad de hacerlo por sí misma como lo expresa aquí “Pues yo todavía me levanto y voy y hago todas esas cositas, voy al baño” “si estoy en la casa pues, me paro y me voy pa alguna otra parte”. Se observa que posee un grado de autonomía para realizar tareas como ir al baño, asearse, levantarse o desplazarse por sí sola, al igual que para desplazarse hacia el lugar que desee, sin ayuda o permiso de otra persona. “Ah ellas me tienen que todo, darmen la comida y ... la dormida y acostarme y acompañarme”, sin embargo, para otros temas de ayuda instrumental o alimentación si requiere mayor cercanía y asistencia de su cuidador. “No, no que si vamos a salir, que si quiero salir, que si quiero dar una vueltecita por el parque pa que me caliente y así y ya”. Frente a esto vemos que las decisiones en cuanto a las actividades lúdicas están sujetas al cuidador y no a ella, por lo que tampoco se evidencia autonomía para los momentos de disfrute. Todo esto se encuentra relacionado y su causa principal es evidentemente una limitación física en su sentido de la visión, que hace que sea una persona mucho más demandante en el cuidado “Por qué vivo muy mal de las vistas” refiriéndose, con cierta nostalgia y anhelo, a que no puede realizar sus deseos y otorgándole la causalidad a su condición visual.

8.1.2 Descanso

Encontramos que todas destinan un tiempo para descansar de sus actividades diarias, tomándose un espacio de reposo, dándole la importancia que requiere, ya que este es un aspecto necesario para el mantenimiento de la salud y bienestar físico. Respecto a esto nos refieren:

“Cuando me canso me siento por allá en otro lado” (P4M). “Me recuesto un ratico, no mucho, porque me desvelo por la noche si duermo mucho rato, si no que descanso un ratico” (P5O). “Cuando yo estoy cansada me acuesto, o antes me levanto y así, porque no puedo casi caminar, pero si, también salgo a caminar” (P3L). “¿Cuándo me siento cansada? umm, descansar. Yo subo los pies hacia la pared, o camino, o camino aquí en la casa que aquí hay un corredor grande, toes camino aquí en el corredor” (P2F). “Me pongo a leer, y ya con eso” (P1A), en esta respuesta, la participante se refiere a que su manera de descansar es ponerse a hacer esta actividad.

8.1.3 Actividades de esparcimiento

Se refiere a las diferentes actividades de esparcimiento y entretenimiento que realizan o realizaban las personas entrevistadas. En general, casi todas las participantes realizaban

actividades de este tipo y las disfrutaban. Frente a esto referían salidas en compañía y por fuera de su casa como salir al parque, a caminar, a comer. También comentaban sobre actividades que realizan solitas en su hogar como leer, ver televisión, escuchar música, coser, escribir, orar. Y finalmente, algunas otras refirieron actividades que realizaban con los grupos en los que estaban o estuvieron. Respecto a esto, encontramos expresiones como:

“A mí me gusta salir mucho por ahí a comer afuera”, “No, por ahí a un parqucito donde pues haya gente más conocida”, “si, yo tengo muchos libros ahí, tengo muchos libros ahí pa leer y entonces ahí me voy instruyendo”, “pa distraerme no, pongo música” (P1A), “¿Lo que más me gusta a mí? es salir por ahí a andar un poquitico y si” (P3L). “¡Ah sí! leo la palabra de Dios, ahh bueno, no vamos a decir que leo otro libro porque no, leo la palabra de Dios, no mucho, un poquito, y... si ahh que, bueno, hago cositas”, “salgo con mi hija así de la mano, y... y bueno, tenemos pensado estar saliendo cada dos días para caminar así, para caminar por aquí que hay mucho donde caminar”, “íbamos a la gimnasia del adulto mayor, íbamos 2 veces por semana” (P2F).

Para una de las participantes en especial (P5O), estas diferentes actividades de esparcimiento y entretenimiento son importantes en su vida y trata de realizarlas constantemente, disfruta mucho salir y compartir e interactuar con otras personas diferentes a sus cuidadores. Realiza distintas actividades que le gustan para distraerse y pasar su tiempo. Esto lo podemos evidenciar en expresiones como: “a veces voy a misa sola”, “hago un poquito de ejercicio”, “descanso un ratico y ya me levanto a hacer alguna labor, coser alguna cosita, alguna costurita, leer la sagrada biblia, escribir alguna cosa, algunas letras o así, y otras, sobre todo orar”, “y también he estado en un programa de los ancianos que ahora no está por la pandemia, pero pronto se volverá a iniciar y entonces voy a asistir si Dios quiere, si Dios me lo permite voy a estar también en ese programa que es muy ameno, muy especial, muy bueno”, “se hace gimnasia, jugamos bingo”, “jugamos, comemos, compartimos ideas, charlamos, bailamos, jumm no nos alcanza el tiempo, es muy agradable”, “¡Claro! escribo ahí palabras grandes, bonitas, escucho la Santa Misa, escucho... escribo oraciones, escucho también la Misericordia a las tres todos los días”.

También se encontró que solamente una persona no presentaba ningún interés en salir de su casa o en interactuar con otras personas, prefería realizar actividades sencillas en su hogar y en general lo hacía sola: “A mi si me dicen para ir a comer por ahí a restaurantes o ir al cine, salir por ahí una parte para otra, mis otras hermanas, pero a mí no me gusta salir, yo me quedo encerrada”, “oiga a mí no me gusta salir por ahí a ninguna parte, a mi si me invitan, a salir por ahí a alguna parte, pero a mí no me gusta salir”, “Ver televisión, lo que a mí me gusta” (P4M).

En el caso de otra participante, no identifica ni busca espacios de esparcimiento. Expresa que lo que es una fuente de distracción para ella es el trabajo de hogar, esto era lo que le gustaba y disfrutaba hacer, pero ya no puede hacerlo por su edad y por su problema visual. Nos expresa frases como:

“No, no señora yo no” expresaba cuando se le preguntaba si hacía o hace parte de algún grupo. “yo casi no me, no me distraigo, porque ya, si estoy en la casa pues, me paro y me voy pa alguna otra parte, pa otra pieza, o si, o ya”, “En la casa no hago nada nada, sentarse, no hago nada verdad”, “Pues era capaz de hacer lo que siempre estaba acostumbrada hacer, a trabajar cuando estaba aliviada” (P3L).

8.1.4 Acciones preventivas

Se refiere a todas las conductas, hábitos y actos en pro de cuidar y mantener la salud física y mental, evitar riesgos y prevenir incidentes o accidentes. En este caso, encontramos que casi todas las participantes eran conscientes de que, por su edad y condición, necesitaban practicar ciertas conductas que aportaban al cuidado de su salud y a la promoción de su bienestar. Además, entendían que, en ocasiones, para cumplir con estas prácticas debían hacerlo con su cuidador, para evitar poner en riesgo su salud, si no se sentían en capacidad de hacerlo solas. Respecto a esto encontramos expresiones como:

“No, salgo con una de ellas” (P3L), ¡Ah no! Si yo no soy capaz, llamo”, “Si no soy capaz, no lo hago porque no soy capaz” (P2F). Con esto podemos ver que reconocen que no todo pueden hacerlo por sí mismas y que si no se sienten capaz pueden pedir para pedir ayuda, lo cual demuestra el interés en cuidar de sí y no exponerse a riesgos.

En una persona en específico (P2F) se evidenció en muchas ocasiones las acciones preventivas que realiza desde sí misma, sabe cuándo detenerse para no desgastarse y poder darse el suficiente descanso y reconoce las conductas que debe adoptar para cuidar de sí misma, en pro de su salud y bienestar, por lo que se preocupa por estar bien. Lo expresa en su discurso con frases como:

“Yo, debo de tomar mucha agua, entonces descanso, me tomo la medicina que me manda, la medicina pal dolor, porque me duele mucho la espalda”, “tengo una máquina que me mandó mi hijo. Entoes, me siento en una silla que tengo y entonces hago la, hago, ahí en la, coloco los pies en la máquina”, “hago cositas, pero poquitas, pa no cansarme”, “para ayudarme más aahh para hacer el ejercicio de... de, del pie, porque así caminando ya vengo cansadita, ya subo los pies así, así a la pared”. Además, está consciente de que, por la situación actual, lo mejor para

su salud es evitar el contacto social, respecto a esto refiere: “Hay que... hay que ver lo mejor para uno, porque en verdad que, no se puede eso así” contándonos que en este momento ya no está en el grupo de la tercera edad.

8.2 Dimensión Conductual

En esta categoría descrita inicialmente tras el rastreo del tema en las diferentes investigaciones, se pretendía establecer las ayudas que los cuidadores le brindan a las personas adultas mayores, tanto en temas instrumentales como en apoyo en salud y alimentación, además, la disposición de sus cuidadores para prestar esta ayuda.

8.2.1 Ayuda instrumental

Respecto a esta ayuda, que se refiere al apoyo por parte de los cuidadores en aspectos como levantarse, caminar, sentarse, pararse, trasladarse de lugar, bañarse, entre otros, se observó que el grupo de personas entrevistadas conservaban un alto grado de funcionalidad y libertad en la movilidad, por lo que perciben que en la mayoría del tiempo no necesitan recibir este tipo de ayuda instrumental. Como refiere una de las participantes “Yo si tengo independencia. Yo voy al baño todavía sola, me baño sola, y pues, a veces voy a misa sola” (P5O).

Sin embargo, para actividades que involucraban un poco más de complejidad como salir a dar un paseo o ir al médico, requerían de un apoyo y supervisión más cercano, con el fin de prevenir riesgos y tener un acompañamiento en actividades que demandan más recursos cognitivos como la orientación espaciotemporal a la hora de asistir a una cita médica o el recurso de la memoria a la hora de ir a realizar el mercado del hogar. Por otro lado, cabe mencionar que si bien las cuidadoras movilizaban sus alimentos o medicamentos hasta dónde ellas se encontraban, no era debido a que los cuidandos presentaran algún impedimento de tipo físico, si no por que las cuidadoras consideraban importante que realizaran el menor esfuerzo posible. En este sentido comentaba una participante “Si, no, es que ellas hacen todo lo que...yo de compras ya, pues yo no tengo memoria para eso” (P1A). De igual manera expresa la siguiente participante “No, yo voy sola, me baño, a comer lo mismo”, “yo puedo caminar, la hija mía me lleva de la mano y ella me dice: Dé el pasito más largo, no lo de tan cortico, y entoes lo doy más larguito y a... al lado mío y entonces, ahí estamos” (P2F).

Por otro lado, solo una de las entrevistadas percibía más dificultades a nivel físico debido a una condición en sus ojos que redujo significativamente su visión, refiriéndose al tema expresa: “Ah ellas me tienen que todo, darme la comida y ... la dormida y acostarme y acompañarme”, “por qué vivo muy mal de las vistas, y entonces no, uno queda como bien... pa estar mirando” (P3L). Sus cuidadoras consideraban que era ésta la razón principal por la que debían asistirle en casi todas las actividades diarias, pero brindándole cierto grado de privacidad en algunas de ellas.

8.2.2 *Apoyo en salud*

Se refiere a todas las conductas por parte de los cuidadores, relacionadas al mantenimiento de la salud del cuidador, tales como la administración de medicamentos y el acompañamiento al médico. En este aspecto se encontró una percepción favorable respecto al apoyo y acompañamiento que brindaban en cuanto los cuidados orientados a preservar la salud como lo refiere la siguiente participante “Muy bien, muy bien, de las pastas, los remedios, las medicinas, me las están aplicando desde siempre...” (P5O). Pudimos observar que las personas entrevistadas lograban identificar un apoyo y atención constante en el suministro de medicamentos, el acompañamiento a citas médicas y la atención brindada a aspectos de la salud tales como el cumplimiento de las prescripciones médicas alimenticias o de cualquier otro tipo.

8.2.3 *Alimentación*

Esta categoría hace referencia a aquellas conductas que están orientadas a asistir a la persona cuidada en relación con proporcionar una alimentación que tenga en cuenta las necesidades propias de cada persona, así como sus gustos. Es así como pudimos encontrar que todas las personas entrevistadas perciben que se les tiene en cuenta sus preferencias y sus necesidades, atendiendo las consideraciones médicas y cuidados pertinentes según las diferentes condiciones de salud. De esta manera surgen las siguientes expresiones “Ellas saben que me provoca a mí entonces ellas, me dan de lo que sea y ya, y yo quedo satisfecha” “...la comida, eh me colaboran con la comida” (P3L), “Ah sí, los alimentos bajitos de sal, de dulce” (P1A), “...y frutas y alimentos que me convienen, que el médico me aconseja” (P5O). En consecuencia, se entiende que se encuentran a gusto en este aspecto, disfrutan y encuentran

agradable lo que reciben de comer, e incluso algunas veces se sienten consentidos con algunos gustos de más que se les brindan y adicional a esto, es un aspecto que es cuidado y priorizado incluso cuando el cuidador tiene otras actividades que realizar, se busca planificar el tema de las comidas con el fin de que siempre estén disponibles.

En una de las participantes se logra percibir, que no solo se siente conforme con los alimentos preparados, sino que, en muchas ocasiones, ella también hace parte de la preparación de estos, no precisamente llevándolos a cabo en su totalidad, pero sí apoyando en el proceso de planificación y preparación de la minuta, tal como lo afirma en el siguiente fragmento: “Cuando estamos cocinando. Cuando vemos que comidita se va a preparar en el día. La variación de comidas, para los almuerzos o que, que alimentación vamos a hacer ese día. En todo caso, ellas me colaboran con, con las comidas y las bebidas y las frutas.” (P5O)

Por lo anterior se identifica que las personas entrevistadas, experimentan conformidad y sentirse a gusto con la atención que reciben en cuanto a la administración de la alimentación, ya que encuentran en las preparaciones alimentos que disfrutan, además de recibirlos de manera oportuna y pensada precisamente para las necesidades de ellas, así como para sus gustos.

8.2.4 Acción de acudir o auxiliar

Las personas entrevistadas coinciden en una percepción favorable en relación con la disposición que presentan sus cuidadores a atender su llamado en cuanto estas las requieran por alguna situación específica tal como lo observamos en las siguientes afirmaciones:

“Ah, por las buenas, todo. Qué necesito, qué quiero, entonces ellas están, como casi no me dejan sola, ellas se dan cuenta de todo”, “Ah me sirven la comida, que qué quiero, o lo que sea, que si quiero ir al baño” (P3L), “Si, ellas están al pie de mi con todas las necesidades que yo les pido, que yo necesite” (P5O).

De este modo, podemos notar cierto vínculo entre la disponibilidad de ayudar y la compañía. Casi todas las personas entrevistadas relacionan en el discurso la disposición de estar atenta y acudir al llamado con la presencia del cuidador en casa y con la compañía de este en todo momento, vislumbrando cierto componente de aprendizaje y conocimiento de la persona que cuida que le hace tener cierta disposición y sensibilidad al auxilio en momentos o aspectos de la persona cuidada que el cuidador logra identificar fácilmente debido la experiencia proveniente del tiempo que lleva estando al pendiente.

Por otro lado, una de ellas identifica este aspecto del cuidado como una acción constante que puede estar mediada por algunas herramientas que faciliten la acción de auxiliar de ser necesario. Es así como durante la tarea de cuidar se han dispuesto diferentes estrategias que otorgan facilidad para lograr el estar pendientes dentro de los lugares amplios y habitaciones alejadas que componen el hogar disponiendo de timbres y cámaras en lugares estratégicos expresándonos lo siguiente:

“Y si algo necesitamos pues, a, aquí hay un timbre pa llamarla, si necesito algo, hay un timbre, siento es ahí mismo con un timbre ella va a estar, al pie mío, “Mami que necesita”, “...entoes ya él, se encarga de mí, pues, si algo me tiene que traer, como la pastilla, como el agua, entonces él ya me la trae” (P2F).

8.3 Dimensión Afectivo-Emocional

Con esta categoría encontrada inicialmente tras el rastreo del tema en las diferentes investigaciones, se pretendía establecer si en las personas que fueron intervenidas en este trabajo, se encontraba algún tipo de repercusión en la esfera emocional que estuviera relacionada con el cuidado y las emociones positivas o negativas que pudieran emerger de este acontecer y de la relación con los cuidadores.

8.3.1 *Sentimientos positivos*

Se observó que, en la mayoría de las ocasiones, las personas entrevistadas experimentaban sentimientos de índole agradable respecto al cuidado que impartían sus cuidadores y respecto a la relación con los mismos. Es así como los cuidandos, en la mayoría de los casos, no lograban identificar aspectos negativos que pudieran representar una fuente de malestar para ellos y por el contrario podían identificar emociones y sentimientos tales como tranquilidad, conformidad, gratitud y felicidad. Tal como lo podemos notar en la participante P4M “las personas que son cuidadas deberían vivir, así como vivo yo, tranquilas”. En esta participante se encontraban persistentemente expresiones de conformidad y sensación de bienestar con el trato y cuidado que brindaban, no solo su cuidador principal, si no también todos aquellos que de alguna manera intervenían y apoyaban en los cuidados. Este sentirse a gusto, venía relacionado de alguna manera con un concepto de significado importante para ella, que era la tranquilidad. Esta sensación tenía especial significado y relevancia a la hora de tratar el tema del cuidado y era importante que su cuidador pudiera proporcionar y contribuir al

mantenimiento de ella en su vida. De la misma manera, la entrevistada velaba por propiciar un ambiente de paz para su cuidador en contribución a esa tranquilidad que experimentaba gracias a los cuidados impartidos por su cuidador.

Tal y como se ha venido mencionando, en las personas entrevistadas se encontraba un continuo de gratificación y bienestar que podemos observar en las siguientes expresiones que surgían al preguntar cómo se sentían respecto al cuidado que se les brindaba:

“Muy bien, muy bien. Me parece muy bien. Son unas hijas extraordinarias. Mejor dicho, que, como si no las mereciera, pero es una bendición que Dios me mandó”, “yo me siento muy bien con ellas, ellas me apoyan y me ayudan, toda la vida han estado siempre al pie mío” (P5O). “¿Cómo me siento? Yo me siento bien, porque ya les tengo confianza a ellas, a todas.” (P3L).

Es así como podemos advertir que las participantes experimentaban sensaciones de agrado respecto al cuidado y en la mayoría de los casos estaban relacionadas al poder ser atendidas por personas de su entera confianza y miembros de su familia, con quienes sentían mayor afinidad y con quienes experimentaban una gran sensación de gratitud por la paciencia y dedicación que han tenido a lo largo de la tarea de cuidar, algunas de ellas, hasta el punto de sentirse no merecedoras de tales beneficios, mientras que otra de ellas, encontraba una relación con el hecho de ser madre e hija y cierta obligación y correspondencia al cuidarse en doble vía y en etapas distintas de sus vidas. Adicional a esto, esta sensación de bienestar era de cierta manera incrementada, por el hecho de experimentar sentimientos de amor para con sus hijos, quienes eran las personas directamente involucradas en sus cuidados.

8.3.2 *Sentimientos Negativos*

Por otro lado, solo en el discurso de dos de las personas entrevistadas se logró vislumbrar dos fuentes de sentimientos de desagrado. Una de ellas la relacionaba con ciertos sentimientos de malestar ocasionales sin ninguna fuente externa de origen, por lo que no se encontró vínculo alguno con la percepción del cuidado, sin embargo, se logra ver que ella prefiere no hacer esto visible a sus cuidadores y encontrar en ella misma y en el tiempo, una fuente de tranquilidad y estabilidad para esta desazón o indisposición. La otra persona logró identificar en su cuidador un aspecto que directamente encuentra desagradable, pero coincide en la reacción de la participante anterior, prefiere no hacer saber este hecho ni hablarlo directamente con ella. Por lo que ante sentimientos negativos las personas que son cuidadas y fueron entrevistadas para este trabajo, prefieren no exponer su sentir o inconformidades

personales con el fin de no ocasionar algún tipo de molestia a las personas que se encuentran a su alrededor.

8.4 Dimensión Social-cultural

8.4.1 *Familiarización Vs Institucionalización*

En esta subcategoría se pretendía contrarrestar o confirmar la información anteriormente hallada en otras investigaciones que emitían resultados tendientes a la preferencia de la familiarización del cuidado. Esto es que, se encontraban inclinaciones a nivel cultural y familiar a ubicar a los parientes más cercanos en roles de cuidadores antes que dejar la tarea de cuidar en instituciones o terceros como enfermeras o personas instruidas para el rol.

De todas las personas entrevistadas, solo una de ellas entró a considerar la posibilidad de ser institucionalizada o la tercerización de los cuidados familiares al preguntársele por la percepción que tenía sobre la atención familiar y la atención por terceros en esta etapa de la vida. Sin embargo, finalmente terminó coincidiendo en su discurso con la opinión del resto de las personas entrevistadas, por consiguiente, se halló que la totalidad de los participantes preferían ser cuidados por sus propios familiares, en sus casos, por sus hijas. Al indagar por las razones por las que tenían esta preferencia las participantes expresaron: “Yo, pues no me figuro el nombre de ningún forastero, pero si ocurriera, yo no, no lo aceptaría. Aceptaría más bien mis familiares”, “porque hay más seguridad en ellos, tienen más... conocen más de uno que un forastero” (P50), “Pues a ver que le dijera yo, si pues, no sé, si, uno pues como en la familia tiene más, como más uumm, menos pena, menos de todo” (P1A). Con lo que podemos observar que subyacen sentimientos de confianza y seguridad pues los conocen más que cualquier persona externa.

8.4.2 *Obligación filial*

Al indagar por el motivo por el cuál consideraban que eran sus hijas las encargadas de su cuidado no se logró encontrar relación con una percepción de obligación filial casi en ninguna, excepto una de ellas, quién nos expresaba: “Son las primeras que me asistieron y también una se adeuda, entonces nos cuidamos y dialogamos mutuamente acerca de las cosas familiares, de los gustos, de los, de los momentos que tenemos que compartir, la oración, ideas” (P50). De esta manera se alcanza a vislumbrar cierto componente de reciprocidad entre las acciones del cuidado de una para con la otra. Si bien la respuesta aparece al preguntarle con

otra intención, podemos percibir un elemento relacionado a una deuda o compromiso a través del cual se corresponden con la compañía y cuidado mutuo. Es decir que al encontrarse ellas receptoras del cuidado que consideran apropiado y beneficioso, también experimentan la necesidad de retribuir, dentro de sus márgenes de acción, de alguna manera esos efectos positivos y cuidados en quienes son sus cuidadores de forma que termina configurándose una relación de cuidado en una doble vía.

En otras de ellas encontramos que identificaban como motivo para ser sus hijas quienes brinden los cuidados, el acompañamiento y la permanencia que habían tenido en el hogar de origen a medida que iban avanzando en edad, debido a que, no habían obtenido otras responsabilidades como el ser madres o esposas tal como lo expresa la siguiente entrevistada “Pues porque ellas ya se acostumbraron a estar conmigo, entonces ya es como más maluco pa compartir con más personas” (P3L). Mientras que otra de ellas lo hacía por libre decisión y consenso familiar y otra por la misma razón y además por ser hija única y no tener a quién delegar.

8.4.3 *Funcionamiento familiar*

Una vez encontrada la esperada preferencia por la familiarización del cuidado, se pretendió identificar las diferentes dinámicas que se desarrollaban en la labor de cuidar, muy relacionadas también con los contextos familiares y condiciones particulares de cada persona entrevistada.

En todos los casos se halló que el cuidado era proporcionado por las hijas. No obstante, otros integrantes de la familia participaban de manera ocasional en él. Esto lo podemos notar en las expresiones como: “... cuándo mi hija Lina sale, el nietecito se queda acompañándome” (P4M), “Si, ellas me llevan y me traen también, o cuándo una no puede, la otra. O sea, se reemplazan. Si, así. O las nietas, las nietas” (P5O). Con esto evidenciamos, como también se involucraban personas como los nietos, demás hijas o incluso yernos. Las dinámicas consistían principalmente en hacer relevos o reemplazos por periodos cortos de tiempo en el mayor de los casos, o por algunos días; tal como lo expresa la siguiente entrevistada: “Ah muy fácil cuándo la una puede venir, o sea, entonces viene, se queda por ahí ocho, ocho días o más y después viene la otra y así se van turnando” (P1A). Sin embargo, solo en un caso se notó un sistema de organización para realizar los relevos, el cual se encontraba planificado tratando de involucrar a casi todos los hijos, aunque muchos de ellos vivieran en el exterior procurando hacer a cada

miembro partícipe de alguna manera. Es así como la cuidadora principal, junto con su esposo, quien era visto como otro hijo, se encargaban de administrar el cuidado en la mayoría del tiempo, pero era reemplazada los sábados por otra hermana para ella tomar un día de descanso. Adicionalmente, se le programaban vacaciones a la persona adulta mayor en la casa de otra de sus hijas residente en otro municipio. Esto era dado gracias a un ambiente familiar muy orientado al conocimiento y a la apertura hacia el aprendizaje, de manera que sostenían una comunicación constante y una circulación de conocimientos de diferentes disciplinas relacionadas con el cuidado de la persona adulta mayor, la cual, podemos ver, que, para esta familia, representaba una figura demandante y de alto significado e importancia para ellos. En este caso y debido a la característica de organización y formación de los miembros de la familia, el cuidado era impartido por la cuidadora principal de manera libre y por convicción y decisión propia con consenso familiar expresado. Mientras que en el resto de los casos, el cuidado venía dado por las hijas por razones de acompañamiento y menores responsabilidades, es decir, el resto de las cuidadoras, lo hacían debido a que, eran hijas únicas o no tenían hijos o esposo ni otras motivaciones por las cuales establecerse alejados de la familia de origen y por ende permanecieron en el hogar paterno hasta edades adultas generando esa relación de madre-hija, cuidador- cuidando a medida que las demandas iban acrecentando con la edad de las personas adultas mayores. Igualmente, la dinámica de cuidado consistía en la relevación o alternancia de la asistencia a la entrevistada en momentos en los cuáles no pudiera estar en casa por diferentes motivos, pero podría entenderse como un relevo más ocasional.

8.4.4 *Percepción de productividad*

En cuanto a esta categoría se halló que las participantes encontraban reducida su sensación de productividad en relación con una disminución de sus actividades en ámbitos sociales, económicos e incluso familiares. Es por ello por lo que la mayoría de ellas ya no laboraban ni se encontraban insertas en algún sector productivo de la sociedad y tampoco realizaban tareas domésticas aun cuando sus condiciones de salud se los permitiera por dos razones principales. Sus cuidadores no les permitían hacer parte de este tipo de actividades cómo estar al frente de la realización de la comida o del aseo del hogar y otra de las razones estaba dirigida a una falta de interés y motivación en realizarlas. Esto lo podemos encontrar en las siguientes expresiones de dos participantes: “Ya es como lo que estaba acostumbrada en la cocina, despachar la familia y hacer lo de la cocina... No, ya no, ya no me provoca eso. Ya no

es uno capaz de nada” (P3L), “Calentar un agua para, para hacer café, si, para mi sola, si soy capaz pues, porque... ellos no permiten y tampoco me siento como, de hacer nada, o sea si” (P2F). Es así como, algunas de ellas ya no encontraban atractivo el hecho de cocinar o asear y otras no lo hacían debido a las condiciones de salud, que, de cierta manera, repercutían en una baja de ánimo o motivación para llevar a cabo las tareas domésticas.

8.5 Dimensión Relacional

Con esta categoría descrita inicialmente tras el rastreo del tema en las diferentes investigaciones, se pretendía establecer cómo se daba la dinámica relacional entre la persona cuidada y cuidador y qué aspectos intervienen en esta. De esta manera, se encontró que la relación de cuidado entre ambos era percibida como positiva, resaltando aspectos como la adecuada comunicación, la empatía, la compañía, la atención, el apoyo, la preocupación, el afecto, la confianza y la diligencia.

8.5.1 Comunicación

Se encontró que para todas existe una comunicación cercana y positiva con su cuidador, pueden expresar lo que sienten, piensan o desean sin ser juzgadas, además de percibir que sus opiniones son tenidas en cuenta, que son escuchadas y comprendidas. Algunas expresiones referentes a la acertada comunicación son:

“Siento buena comunicación porque ellas me escuchan, me colaboran en todo lo que yo les pida”, “dialogamos mutuamente acerca de las cosas familiares, de los gustos, de los, de los momentos que tenemos que compartir, la oración, ideas” (P5O), “nosotros no nos mantenemos discutiendo ni alegando ni nada” “como ella y yo nos entendemos mucho, porque somos lo mismo, vamos al mismo lugar, ... al mismo Dios, no no es que ella coge pa un punto y yo pa otro, no, nos comprendemos muy bien” (P2F). “Nos sentamos a conversar”, “como lo que más le gusta a uno es conversar”, “no hemos tenido nada de contradicciones” (P3L). En las últimas frases vemos como disfrutaban de entablar conversaciones con sus cuidadores, ya que reciben por parte de ellos comprensión y respeto, sin llegar a confrontaciones o desacuerdos ya que a percepción de ellas se entienden muy bien.

En este sentido, también se encontraron dos personas que resaltaban la escucha que sentían en los diálogos que entablaban con sus cuidadores y la posibilidad de opinar sobre

ciertos temas: “Yo si tengo libertad para tomar decisiones”, “ellas si toman mi parecer... sin tomar distancia conmigo” (P5O). “Si no me gusta, yo le digo”, “ella sabe todo y si se le olvida algo yo le digo: Hija, tal cosa”, “por ejemplo hay cosas como la ropa, yo, yo le digo ¿usted qué piensa? y ella me dice: no, no, no, me veo tal, bueno. Entoes ahí bueno, ahí, es entre las dos” (P2F). Así es como sienten que pueden expresar su disgusto sin inconvenientes, sintiendo que serán escuchadas y no juzgadas por exteriorizarlo. Además de esto, perciben la confianza de poder dialogar sobre varios temas de interés en común y llegar a acuerdos teniendo en cuenta ambas partes.

Es así como la configuración de la relación comunicacional podría ser tan íntima que, incluso, una de ellas expresaba no necesitar las palabras para que su cuidadora pudiera comprender cuál era la necesidad del momento, tal como lo expresa en la siguiente oración “ellas me entienden jejeje, me entienden así también” (P1A).

8.5.2 *Compañía, apoyo, atención y diligencia*

Expresaban también sentir un apoyo, soporte y compañía constante por parte de sus cuidadores. Era importante sentir que se encontraban cerca, atentas y disponibles a responder a cualquier petición. Teniendo en cuenta que las relaciones de cuidado se basan en acciones dirigidas a realizar algo por alguien que se encuentra menos capaz de realizar dicha acción (Marquez citado por Miramira, 2015), estas acciones, además, deben encontrarse oportunas, a tiempo y de manera constante, hecho que implica un estar atento y estar presente tal como lo expresan las siguientes participantes: “...ellas me apoyan y me ayudan, toda la vida han estado siempre al pie mío”, “...ellas me asisten ante todo lo que yo les diga” (P5O), “ellas no me dejan sola y están pendientes de mí, de noche y de día” (P3L). Es así como la percepción de las participantes concordaba en que esta relación de cuidado tenía cualidades de atención, disposición y diligencia, pues las cuidadoras brindaban la atención cada que el cuidando lo requería, mostrando siempre disposición y diligencia para suplir sus necesidades y peticiones, además teniendo en cuenta su sentir, sus gustos, necesidades y/o maneras de hacer las cosas. Esto lo podemos encontrar en expresiones como: “Yo les pido un deseo, que me ayuden y ellas me ayudan ahí mismo, de la forma que yo necesito” (P5O), “En el día no me dejan sola tampoco”, “ellas no me desamparan pues mejor dicho” (P3L), “entonces ellas están, como casi no me dejan sola, ellas se dan cuenta de todo” (P3L). Este elemento de compañía y estar pendiente por mucho tiempo les otorga el poder sustraer un conocimiento amplio y profundo

sobre muchos aspectos de la vida de la persona adulta mayor personalizando de alguna manera el cuidado impartido.

8.5.3 *Confianza y seguridad*

Recalcaban que sus cuidadores le brindaban la confianza y seguridad suficientes para sentirse bien con ellos, por lo que no les daba vergüenza o pena y se sentían cómodas, mientras que con otra persona si pudiesen experimentar esos sentimientos negativos. Respecto a esto encontramos: “Oh, está bien porque tengo más confianza”, “eso, si, con más confianza con las hijas” Pues a ver que le dijera yo, si pues, no sé, si, uno pues como en la familia tiene más, como más uumm, menos pena, menos de todo” (P1A). “Es que yo me siento cómoda aquí en la casa con el cuidado” (P4M). “Uno es la mamá y uno tiene confianza porque uno, son, ellos son los hijos de uno, si algo falta, o es así, uno les dice con confianza. En cambio, otra persona, no, yo creo que no, que no, no es así” (P2F).

“Porque hay más seguridad en ellos, tienen más... conocen más de uno que un forastero”, “Porque ellas se duelen más de mí, los familiares se duelen más de su familiar, de su paciente, que un forastero que no le duelen las cosas del paciente” (P5O). Esta participante agrega otro aspecto importante, no solo es el hecho de sentir seguridad con su cuidador, sino la preocupación que demuestran por ellas y la empatía con que las tratan, al sentir su dolor como suyo, algo que según ella no pasaría con una persona desconocida.

“No, con otras personas no, con las mismas personas de la familia, con la hija mía, con los nietecitos” (P4M), en la última expresión se refiere a que a ella le gusta hablar de los temas de su difunto esposo con su propia familia y con nadie más, lo que refleja justamente la confianza y seguridad que siente por parte de sus cuidadores, sin temor a contarle lo que siente o piensa de la situación. Además, en otra ocasión menciona: “ellas ya se acostumbraron a estar conmigo, entonces ya es como más maluco pa compartir con más personas”, “yo me siento bien, porque ya les tengo confianza a ellas, a todas.” Por lo que expresa la confianza que tiene en sus cuidadores porque ellos están “acostumbrados”, a cuidarle de cierta manera porque llevan mucho tiempo viviendo juntos, por lo que no se sentiría cómoda compartiendo con personas diferentes, recibiendo cuidados de otros que no la conocen como sus cuidadores.

8.5.4 *Afecto y cariño*

Otro aspecto muy presente en el discurso de las personas entrevistadas fueron las diferentes demostraciones de afecto y cariño que se daban entre sí. Algunas demostraban su amor y se sentían queridas con expresiones comunes como los saludos, las despedidas, preguntas sencillas como “¿cómo estás?” o “¿qué necesitas?” como bien lo expresan: “Ah, hablando con ellas o, o, haciendo ahí, si, las pregunticas que me hacen o yo les hago” (P1A) “Nos saludamos, estamos felices, nos tamos sonriendo, estamos bueno... sí, cómo amaneció, nos despedimos, hasta mañana, que el señor le guarde” (P2F).

Otras personas concebían las charlas y las conversaciones como una muestra de afecto y de interés hacia ella, lo que implica atención y conocimiento, para poder hablar de temas entendibles y de interés para ambas partes: “Ah en la, que conversamos, y, y lo que me acompañan pa acostarme o de la levantada, todo eso” (P3L).

Otras participantes demuestran el afecto con palabras y expresiones de amor: “Yo les digo que, que ellas son muy, mi primer... la primer... necesidad mía”, “pues lo que puedo, las muestras de cariño que puedo porque... tampoco pues... pues, sii, normalmente. Las muestras de cariño que una mamá le muestra a las hijas” (P5O). “Yo los adoro a todos”, “no, ellos son muy serios, muy queridos, yo soy la repelente (risas)” (P4M). “Pues aquí, nosotras, pues el cariño, nosotras vivimos como muy bien gracias a Dios” (P1A). “Yo me siento muy bien con todos mis hijos, a todos los amo, a todos mis hijos los amo mucho y entonces me siento muy bien también” (P2F).

Otras, sienten que la quieren por el buen trato que reciben, por la diligencia, compañía y apoyo que recibe cuando lo necesitan, haciéndolo porque les nace y los quieren: “Describiría el trato muy excelente, muy bien, porque es la verdad” (P5O). “Ellas me quieren y me, me, me atienden pa todo” (P3L). “Ellos lo hacen con, con amor, con paz, con todo, porque, cuando usted quiere una persona, entoes usted va y hace las cosas bien”, ¡“si! ellos lo hacen con amor, con cariño, claro, lo hacen con amor verdad que sí, uno sabe”, “Todas dos, todas dos me quieren bien”, “nosotras no nos tratamos mal, todo con amor, con cariño, con paciencia” (P2F).

8.5.5 *Compartir momentos*

Otro aspecto encontrado en la dinámica relacional era el tiempo y las actividades que compartían juntos, no solo en el hecho de brindar acompañamiento en la asistencia de necesidades básicas sino en compartir actividades de entretenimiento y disfrute para ambas, que fortalecía más el vínculo que había. Podemos evidenciarlos en las siguientes expresiones: “O me llevan al parque... y ya”, “Cuando llega algo, la, las hijas, cuando llegan las hijas me entretengo también con ellos y ya. Todo se me olvida” (P3L). “Ellas comparten conmigo. Si, ellas siempre están compartiendo conmigo”, “cuando estamos cocinando. Cuando vemos que comidita se va a preparar en el día” (P5O). “¡Ah sí! Nosotras vamos al parque, comemos helado, comemos”, “Cuando salgo, salgo con mi hija así de la mano, y bueno, tenemos pensado estar saliendo cada dos días para caminar” (P2F). “El rosario, rezamos el rosario, eso es lo que más hacemos aquí, rezar” (P1A).

8.5.6 *Empatía*

También se encontró que los actos de empatía no solo se daban por parte del cuidador, sino también del cuidado, poniéndose en el lugar de la persona que los cuida, entendiendo sus otras responsabilidades y sus sentimientos, tratando de no preocuparlos o no pedirle más de lo que le ofrecían hasta el momento. Algunas expresiones referentes a esto son:

“Para no confundirlos ni ponerlos a pensar (risas)... yo quiero que vivan tranquilitos, así como yo” (P4M). “Los casados ya cogieron otra obligación, ya no pueden estar con uno diario” (P3L).

Una persona en específico nos contó que le gustaría tener una mascota, pero no lo hace pensando en los gustos y necesidades de sus cuidadores, ella se percibe como una carga suficiente como para tener otra responsabilidad de cuidado y depositarla en su cuidador. “Porque por ejemplo a mi yerno no le gustan los perros, pero a mí sí, pero no, tampoco eso es así, no se puede tampoco porque tampoco uno va a poner, la gente a que están trabajando” “Uno tiene que ser consciente también y dejar que otras personas disfruten de esos animales” “Aquí la casa es grande, muy bueno tenerlos, pero... no se puede pues, porque yo, que rico, pero no no, antes a mí me cuidan” (P2F).

8.5.7 *Agradecimiento y satisfacción*

Varias de las personas entrevistadas también expresaban que no tenían ninguna queja del cuidado o algo negativo para decir sobre ello, incluso expresaban agradecimiento y satisfacción con el cuidado brindado, como si no les faltara nada. Frente a esto encontramos lo siguiente: “ella tiene todo, suficiente, me hace ser feliz porque primeramente es mi hija”, “De ella me gusta todo” (P2F). “Son las primeras que me asistieron y también una se adeuda”, “Como ellas me están asistiendo, está supremamente bien” (P5O).

Especialmente, había una persona cuidada (P4M) que en muchas ocasiones resaltaba lo agradecida que estaba con Dios y con sus cuidadores por los cuidados que le brindaban, con frases como: “Que mi Dios les pague, que no tengo que decir nada de ellos, todos son maravillosos”, “ah no, es una maravilla, los cuidados todo”, “no, yo los quiero mucho. Avemaría, le doy gracias a Dios por haberme dado una familia tan querida”, “muy bien, muy bien. Me parece muy bien. Son unas hijas extraordinarias, mejor dicho, que, como si no las mereciera, pero es una bendición que Dios me mandó”.

9. Discusión

Contrastando las categorías previamente delimitadas con la información obtenida a través de las entrevistas, podemos encontrar que algunos aspectos no se evidenciaron en el discurso de las participantes, y, por el contrario, emergieron otros elementos relevantes para la investigación.

En relación con el ámbito social cultural interviniente en el cuidado, el aspecto más sobresaliente es la tendencia a preferir que los cuidados sean impartidos por miembros de la misma familia. Tal como se evidenció en la búsqueda previa, las personas adultas mayores adoptan una postura de oposición ante la posibilidad de hacer a un tercero partícipe del cuidado o de institucionalizarlo con entidades dedicadas al tema. Por ello se observa una relación directa con el postulado de Robles y Vásquez (2008), quienes también mencionan la negativa existente debido a que las personas entrevistadas consideran no idóneos para el cuidado a otras personas ya que no cuentan con una preocupación genuina por el cuidado y sus necesidades. De la misma manera se observaron este tipo de respuestas que justificaban su negativa en sentimientos de desconfianza puesto que son sus familiares quienes los conocen más debido al tiempo que han estado acompañándolos a lo largo de toda su vida, tal como lo refieren Silveira, Denardin, Machado, Beuter y Schimith (2009) al exponer la importancia de considerar el funcionamiento familiar, ya que los miembros de la familia pueden servir como un apoyo fundamental para los adultos mayores en relación al cuidado. Es así como, en el caso de las personas entrevistadas, se observó una dinámica familiar en la que si bien, otros miembros de la familia hacían parte ocasionalmente del cuidado, en la mayoría de los casos se designaba uno, máximo dos cuidadores principales.

Respecto a la visión del cuidado como obligación filial, en este estudio, no se visualizó claramente que los adultos mayores consideraran que la principal motivación para ser sus hijas quienes ejercieran el rol, fuera la obligación filial mencionada en estudios consultados previamente como el de Galvis, López y Velásquez (2018) que afirmaban haber hallado como motivo principal para ejercer esta labor, sentimientos de obligación y reciprocidad. La mayoría concordaban en que, desde su perspectiva, esto podría deberse al acompañamiento durante muchos años y la libertad respecto a otras responsabilidades como esposo o hijos, que conllevaba a que fueran las hijas quienes estuvieran al mando del cuidado. Sin embargo, en una de las participantes se pudo vislumbrar un poco de este elemento de obligatoriedad. Para ella existía una deuda o compromiso a través del cual se corresponden con la compañía y cuidado mutuo generando una relación de cuidado en doble vía, en la cual ambas pueden jugar el papel

de cuidando o cuidador, ya que la persona cuidada consideraba que también podía, desde sus capacidades, retribuir algo de ese cuidado y bienestar del que era receptora.

En lo que respecta a la categoría afectivo-emocional se observó, en su mayoría, que las personas entrevistadas mantenían percepciones positivas frente al cuidado otorgado por sus hijas. Este aspecto puede denotar una relación favorable con su cuidador, ya que, como lo menciona Cataldi et al., (2010), los sentimientos y emociones surgidas en las personas cuidadas dependen en gran medida de la relación establecida con sus cuidadores. Es así como a través de esta interacción, pueden surgir sentimientos tales como el agradecimiento, incluso a tal punto, de llegar a sentirse no merecedoras del cuidado brindado, o de su cuidadora o familia que apoya en los cuidados. En la mayoría de los casos se observó una notable satisfacción, sentirse a gusto y conformidad con la atención; es posible que esto se deba a que se sienten respetadas y tratadas con afecto.

Si bien la teoría nos expresa la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas adultas mayores en cuanto a sentir con mayor peso algunas emociones y sentimientos como ansiedad o miedo, sobre todo frente a temas como el futuro y la muerte (Arroyo y Soto, 2013), en esta investigación no se hallaron sentimientos negativos que pudieran establecer como origen este tipo de causales puesto que los sentimientos negativos encontrados aquí se hallaban relacionados con un descontento del cuidando hacia una acción particular de su cuidador, que si bien le molestaba, no empañaba la visión global positiva que tenía del mismo y de sus cuidados. Por otro lado, también se observó la experimentación de sentimientos negativos a los cuáles no se logró establecer una causa, se debían más bien a momentos de bajo ánimo de la participante, por lo que no se encontró relación directa con el cuidado. Es posible que este malestar situacional pueda deberse a su condición de salud que le limita en muchos aspectos, pues en la misma participante emergieron sentimientos de añoranza por realizar las tareas a las que estaba acostumbrada, evidenciando el postulado de Robles, (2005) quién recuerda que el cuidado en esta etapa no siempre es visto de manera positiva, ya que pone de manifiesto la fragilidad, dependencia y pérdida de los adultos mayores.

En ambos casos de estas participantes, se concuerda en la acción que toman frente al molestar experimentado y es que ambas prefieren callar el sentir, sin buscar apoyo, consuelo o un cambio. La causa para esto no se logró esclarecer completamente, sin embargo a lo largo del discurso se pudo percibir algo de ese cuidado en doble vía anteriormente mencionado, en el sentido de cuidar la tranquilidad de su cuidador y no hacer daño o causarle molestias, tal como lo comentaba el autor Arroyo y Soto (2013) al exponer sobre los sentimientos de vergüenza o

culpa que surgen debido a que sienten que obstaculizan la vida personal de quienes les cuidan puesto que requerir de la ayuda constante debido a su dependencia física.

En cuanto a la dimensión relacional entre cuidador y cuidado, Winnicott expone en su trabajo la importancia de que en esta relación la persona encargada del cuidado proporcione una satisfacción estable de las necesidades de su cuidado, de manera que exista la confianza de que estas acciones van a permanecer a disposición para cuando sean requeridas. Frente a esto se encontró que todos los cuidadores atienden asertivamente a las personas cuidadas en lo que necesiten, en forma diligente y dispuesta, brindando un apoyo, atención y compañía permanente de modo que se sintieran con la plena seguridad de que sus necesidades iban a ser suplidas. Además, nos plantea que, en esa situación de cuidado y dependencia, de cierto modo vital, pueden surgir grandes miedos como la pérdida de lazos afectivos y el amor del otro. En este caso, se evidencia lo contrario, estas personas se sienten muy seguras y confiadas de que su cuidador los socorrerá cada que necesiten y no expresan en ningún momento algún temor referente a esto o al abandono. Inclusive, en una de las participantes se pudo observar cómo, incluso, al estar alejada de su cuidadora o en reposo en su habitación, podía hacer uso de estrategias dispuestas por esta, para pedir su auxilio o ayuda en el momento en que lo necesitara, tal como un timbre dispuesto en su habitación o de cámaras para que su cuidadora pudiera estar pendiente. Esto denota, de cierta manera, una tecnificación del cuidado, el cual emplea un lugar importante que demanda especial atención a su cuidadora y mantiene un gran significado para la vida de esta, lo que proyecta a la persona cuidada una sensación de tranquilidad y seguridad, puesto que puede confiar en que puede ser atendida y auxiliada, además porque hace parte importante de la vida de su hija como madre y como ser cuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, observamos una asociación con el postulado de Blanca, Linares, Grande, Jimenez e Hidalgo (2012) quienes nos ponen de manifiesto el sentir de las personas adultas mayores respecto a la atención, esperando que esta sea brindada con rapidez para dar solución a sus demandas, así como que su cuidador se encuentre atento y vigilante ya que, de no hacerlo, puede suscitar sentimientos negativos y la percepción de que no les están prestando suficiente atención. Por todo esto, se infiere que las personas participantes de esta investigación, perciben como adecuada la atención que se les a sus peticiones, ya que sus cuidadores mantienen pendientes y atentas a lo que necesiten, por lo que no expresaron ningún sentimiento negativo frente a este aspecto y, por el contrario, expresaban constantemente la ayuda y el apoyo que siempre recibían de su parte.

Como anteriormente se mencionó, la comunicación adecuada entre el cuidador y el adulto mayor cuidado es un aspecto esencial en el desarrollo de su vínculo, ya que la falta de

conversación puede ser tomada como poca atención a sus necesidades sociales (Blanca, Linares, Grande, Jiménez e Hidalgo, 2012). En este caso, se encontró que para todas existe una comunicación adecuada y positiva, que potencia su vínculo y su cercanía, atendiendo a sus necesidades de comunicación e interacción. Mostraban algunos aspectos importantes expuestos por Prochet y Paes (2011) tales como: respetar las opiniones del otro, comunicarse con respeto, entablar conversaciones y escuchar atentamente al otro cuando habla. Por otro lado, aspectos como tocar y sentir cerca a la otra persona, mirar al otro a los ojos, y tener gestos y expresiones faciales que demuestren afecto no fueron mencionados en el discurso de estas personas.

Adicional a esto, también surgió un elemento importante que hace parte de este ámbito relacional y es el concepto de empatía, mencionado por Cherix y Coelho (2017), quienes refieren que se encuentra involucrado en las relaciones y se entiende como la capacidad de estar con el otro en su sufrimiento y comprender sus sentimientos poniéndose en su lugar. Este concepto se pudo observar principalmente y con claridad en una de las personas entrevistadas, al ponerse en el lugar de su cuidador, anteponiendo los sentimientos y gustos de él, sobre su propio deseo, poniendo de manifiesto la capacidad de reflexión y conciencia que tiene acerca de las circunstancias que rodean sus vidas y las limitantes que éstas imponen, emitiendo una conducta de aceptación y resignación. Pero, mucho más evidente se encuentra esta capacidad en los cuidadores, quienes constantemente acompañan en el sufrimiento y dolor a las personas cuidadas y muestran preocupación por lo que les afecta o necesitan.

En esta misma vía, autores como Cataldi, et al (2013) también apoyan el supuesto de que el cuidador debe proporcionar una atención constante y que además de preocupación, éstos deben emitir conductas en pro del cuidado de la salud del cuidado tales como la administración de medicamentos, el control de horarios de dicha administración y el estar cerca. Además, también, debe manifestar su apoyo y ayuda oportuna en actividades instrumentales, tales como alimentación, sueño, higiene, descanso, movilidad y actividad, ya que, por lo general, en esta etapa de la vida, el cuidado es entendido como acciones dirigidas a realizar algo por alguien que no tiene capacidad suficiente para desempeñar por sí mismo actividades relacionadas a sus actividades básicas (Marquez citado por Miramira, 2015). Lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos, ya que, a pesar de que la mayoría de las personas cuidadas conservaban un alto grado de funcionalidad, por lo que no requerían de demasiada ayuda instrumental, los cuidadores siempre se encontraban al pendiente, proporcionando atención en sus necesidades de manera ágil, generando una sensación de satisfacción al sentirse valorados, puesto que perciben que tienen un lugar importante en las vidas de sus cuidadores.

Autores como exponen que es importante que el cuidador vele por la salud de la persona cuidada con conductas como la administración de medicamentos, el control de horarios de dicha administración y el estar cerca ya que todo esto les hace sentir valorados y respetados en su complejidad y sus formas de vida.

Frente al tema de autocuidado las percepciones eran positivas, ya que sentían cierta autonomía e independencia para realizar algunas acciones en beneficio propio, desempeñadas de manera que se tuvieran en cuenta sus gustos y a su vez contando con el apoyo del cuidador para su realización. Lo que se encuentra como favorable y asertivo, ya que como lo afirman Blanca, Linares, Grande, Jimenez e Hidalgo (2012) cuando a las personas mayores les posibilitan realizar este tipo de acciones, aumenta en ellos la sensación de independencia y la percepción de calidad que tienen de su proceso de cuidado, aportando a la percepción positiva de la calidad de vida de las personas adultas mayores cuidadas.

Por otro lado, autores como Da Silva y Vilar, mencionan que el acto de cuidar de sí mismo puede verse como inapropiado o con sentido peyorativo pues se puede relacionar con asuntos como citas amorosas y sexo. Sin embargo, en este caso no se encontró ninguna manifestación respecto a esto, percibían su autonomía y su capacidad de tomar decisiones como algo positivo, sin relacionarlo a estos temas.

Además, la mayoría de personas cuidaban de su salud respetando uno de los principios del autocuidado mencionado por Orem (1991) (citado por Navarro y Castro, 2010) que es velar por un equilibrio entre actividad y descanso y entre soledad e interacción social, ya que, aunque disfrutaban realizando diferentes actividades de esparcimiento tanto con sus familiares como con otras personas, también destinaban un rato de descanso y reposo necesario y se tomaban un tiempo a solas para realizar otras actividades de disfrute personal. Sin embargo, en uno de los casos, el tiempo de disfrute y las actividades de esparcimiento se vieron reducidas, sobre todo por su estado de salud, que iba afectando cada vez más su independencia y funcionalidad. En este caso, no se encontró que los cuidadores aportaran buscando estrategias para involucrar a esta persona en alguna actividad de goce o disfrute y, por el contrario, la vida de esta participante contaba con pocas o nulas posibilidades de realizar alguna actividad de distracción o esparcimiento.

10. Conclusiones

1. Existe una notoria familiarización y feminización del cuidado por parte de las participantes, ya que de todas ellas eran cuidadas principalmente por sus hijas. Esto por razones como la confianza, seguridad y conocimiento que poseen sobre ellas, debido a los largos periodos de tiempo que han compartido a lo largo de sus vidas. Se observó una dinámica familiar en la que, si bien se encontraba una cuidadora principal, otros miembros de la familia como nietos, yernos u otras hijas intervenían en el cuidado de manera esporádica o periódica.
2. Resalta una configuración relacional positiva en términos generales, a través de la cual el cuidando se siente alguien importante y valorado, quién percibe los cuidados como adecuados, constantes y oportunos generando sensación de bienestar y satisfacción.
3. Se destacan acciones de autocuidado que las personas adultas mayores realizaban en pro de su bienestar, teniendo en cuenta aspectos como el descanso, las actividades de esparcimiento, las conductas preventivas y la autonomía que todavía conservan, aspectos que, en algunos momentos eran apoyados y en otros delimitados por las cuidadoras, siempre en pro de la conservación y preservación de la salud del cuidando.
4. Se observó gran disposición por parte de los cuidadores para auxiliar a las personas entrevistadas en aspectos instrumentales tales como atención de la salud, alimentación, mitigación de riesgos y/o actividades de esparcimiento. Así como apoyo en necesidades básicas como desplazarse, acostarse, cambiarse, sobre todo en uno de los casos.
5. Se percibió baja presencia de sentimientos negativos del total de las entrevistadas que tuvieran relación directa con el cuidado o la relación con el cuidador. Por el contrario, se observaron sentimientos positivos como agradecimiento, felicidad, conformidad y satisfacción con la atención, cariño y compañía recibida.

Referencias

- Acosta-González, E., Picasso-Risso, F. y Perrotta-González, V. (2018). Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay. Acosta. Programa interdisciplinario de investigación sobre cuidados, familia y bienestar. <https://bit.ly/2VeBcut>
- Aguilar-Pérez, M. y Toledo-González, M. P. (2019). Cuidado no remunerado y envejecimiento: un análisis sobre los arreglos domésticos y la reproducción social en Tlaxcala. *TLA-MELAU Revista de Ciencias Sociales*, (46), 171-189. <http://www.apps.buap.mx/ojs3/index.php/tlamelaua/article/view/508/pdf>
- Aquillas-Rodrigues, S. L., Wada-Watanabe, H. A. y Moreira-Derntl, A. (2006). A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 493-500. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400007>
- Arroyo-Rueda, M. C. y Soto-Alanís, L. E. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo social*, 27(2), 337-347. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333
- Arrubla-Sánchez, D. (2010). *Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos*. *Revista Gerencia y Política de salud*, 9 (19), 229-242. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp9-19.pspe>
- Blanca-Gutiérrez, J. J., Linares-Abad, M., Grande-Gascón, M. L., Jiménez-Díaz, M. C. e Hidalgo-Pedraza, L. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12(3), 213-227. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a02.pdf>
- Bertel-de la Hoz, A. M. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1), 77-85. <https://bit.ly/379d3Z1>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo: *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>
- Burille, A. y Engel-Gerhardt, T. (2018). Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), 1-19. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280307>
- Bustamante-Edquén, S., Victoria-Mori F. M. L., Ojeda-Vargas, M. G., Rojo-Vera, D., Rodríguez-Méndez, R. y Fajardo-Ramos, E. (2018). Principios de cuidado al adulto

- mayor en familias peruanas y mexicanas: Estudio comparado. *Revista Salud Uninorte*, 34(1), 112-118. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.1.10667>
- Camargo, M. (2019, 14 de julio). ¿Por qué no es lo mismo envejecer en Doce de Octubre que en La América? *El Colombiano*. <https://bit.ly/319AXMc>
- Camargo, I. L. y Caro, C. V. (2009). Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá, *Avances en Enfermería*, 27(1), 48-59. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a06.pdf>
- Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí, D. Y. y Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 30-39. <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/12411/13305>
- Carrasquer-Oto, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113 https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41633
- Cataldi-Flores G., Newlands-Borges, Z., Denardin-Budó, M. L., Carlise-Mattioni, F. (2010). Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 467-474. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300009>
- CEPAL (2019). *CEPALSTAT Estadísticas*. Consultado el 22 de marzo, 2020. <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?IdAplicacion=1&idTema=1&idIndicador=31&idioma=e>
- Chaparro-Díaz, L. (2010). El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. *Avances en Enfermería*, 28(2), 123-133. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a11.pdf>
- Coelho-Júnior, N. E. y Cherix, K. (2017). O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. *Interface*, 21(62), 579-588, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-893362>
- DANE (2018). *Censo Nacional de población y vivienda 2018, Colombia*. Consultado el 10 de agosto de 2019. <https://bit.ly/3BX4yOJ>
- Da Silva-Freitas, A.V. y Vilar-Noronha, C. (2010). Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 359-369. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010>

- De la Cuesta-Benjumea, C. (2006). "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 7(4). <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/16901>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215404012.pdf>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
- Dornell, T. (2011). La complejidad en los Cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida, *El cuidado humano Reflexiones (inter) disciplinarias* (pp. 65-76). Montevideo, Uruguay: Udelar. FCS-DS. <https://bit.ly/3facYsA>
- Dulcey-Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores. <https://bit.ly/3rVmZ21>
- Faur, E. y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado, *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta nacional sobre la estructura social* (pp. 497-534). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: CLACSO. doi:10.2307/j.ctvtxw2b7.19
- Flores-Castillo, A. (2014). Cuidado a Personas Mayores y Políticas Públicas. *Larna Newsletter*, (3), 5-9.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- Galeano-Marín, M. E. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. La Carreta Editores.
- Galeano-Marín, M. E. (2004). *Diseños de proyecto en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Galvis-Palacios, L. F., López-Díaz, L. y Florisa-Velásquez, V. (2018). Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. *Index de Enfermería*, 27(3), 170-174. <https://bit.ly/3iaj1Pw>
- Galvis-Palacios, L. F., López-Díaz, L. y Florisa-Velásquez, V. (2018). La telaraña del cuidado familiar para el adulto mayor en situación de discapacidad y pobreza. *Revista Salud Uninorte*, 34(3), 1-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81759607008>

- García-Puello, F. (2013). Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1), 69-77. <https://doi.org/10.17081/innosa.1.1.87>
- Giraldo-Molina, C. I. y Franco-Agudelo, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*, 6(1), 38-53. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v6n1/v6n1a05.pdf>
- Giraldo-Molina, C. I. y Franco-Agudelo, G. M. (2008). Capacidad funcional y salud: pautas y cuidados de enfermería en ancianos. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58. <https://bit.ly/3C0ARMI>
- González-Escobar, D. S. (2005). El cuidado de la familia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2(1), 49-54. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1122/1062>
- González-Bernal, J. y de la Fuente-Anuncibay, Raquel. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>
- González, F., Massad, C. y Lavanderos, F. (2012). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor. <https://bit.ly/3ifjRuC>
- Gómez-Redondo, R. (2011). *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*. Alianza Editorial.
- Holguín-Yate, D., Bartolo-González, G. y Cardona-León, N. A. (2018). Cuidado humanizado que recibe el adulto mayor en centros de vida de Pereira, Risaralda 2017-2018. *Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, (11), 56-63. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/911>
- Hernández, R., Fernández, C., Babbista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (Sexta edición). Mc Graw Hill. <https://bit.ly/3BWNOqS>
- Huera, N. E. (2017). Percepción de la calidad y cuidado de enfermería del adulto mayor, Centro Geriátrico de Atención Integral “Sara Espíndola”, Tulcán 2017 [tesis de pregrado, Universidad del Norte]. Repositorio digital UTN. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7494>
- Hupkens, S., Goumans, M., Derkx, P., Oldersma, A., Schutter, T. y Machielse, A. (2019). Meaning in life of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home nursing visits. *J. Adv. Nurs.*, 75(8), 1732-1740. <https://doi.org/10.1111/jan.14027>
- Joven, Z. M. y Guáqueta-Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6996459>

- Kajonius, P. y Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health and social care*, 24(6), 699-707. <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
- Kottwitz-Bierhals, C. C. B., Oliveira-dos Santos, N., Laís-Fengler, F., Dellamora-Raubustt, K., Anne-Forbes, D. y Girardi-Paskulin, L. M. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>
- Martins-Gratao, A. C., Ramos-Pereira, V. T., da Silva-Talmelli, L. F., Correa-Figueiredo, L., Ferreira-Santos, J. L. y Partezani-Rodrigues, R. A. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(2), 304-312. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422962007>
- Melguizo-Herrera, E. (2010). Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la Comuna 9 de Cartagena [tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio digital UNAL. <http://bdigital.unal.edu.co/8603/1/539118.2010.pdf>
- Michel, T., Lenardt, M. H., Hautsch-Willig, M. L. y Álvarez, A. M. (2015). From real to ideal - the health (un)care of long-lived elders. *Rev. Bras. Enferm*, 68(3), 343-349. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680304i>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020, dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. <https://bit.ly/3fd8YYc> el 10 de agosto de 2019
- Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación. (2018). *Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores*. <https://bit.ly/3j3sebM> el 10 de agosto de 2019
- Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación. (2019). *Sala situacional de la Población Adulta Mayor*.
- Miramira-Bustincio, L. R. (2015). Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una institución de salud-minsa [tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio UNMSM. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4336>
- Navarro-Peña, Y. y Castro-Salas, M. (2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.*, (19), 1-14. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Organización Mundial de la Salud. (2015). <https://bit.ly/3fdubkL> 8 de agosto de 2019

- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence
- Ortiz-Arriagada J. B. y Castro-Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución De Enfermería. Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-3. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
- Peña-Navarro, Y y Castro-Salas, M. (2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Pineda, Duque, J. A. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *La manzana de la discordia*, 9(1), 53-69. <https://pdfs.semanticscholar.org/c1f1/807c5f273b17b1f7315de48ad01bf3491fcc.pdf>
- Política Pública de envejecimiento y vejez, Plan gerontológico 2017-2027. (s.f.) Alcaldía de Medellín. <https://bit.ly/37Lh8CM>
- Prochet, T. C. y Paes-Da Silva, M. J. (2011). Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(4), 784-790. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400018>
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context*. (Gender and Development, Programme Paper Number 3). United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). <https://bit.ly/3idm1KZ>
- Robles-Silva, L. y Vázquez-Garnica, E. A. (2008). El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 225-231. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417202>
- Robles-Silva, L. (2005) La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, 11(45), 49-69. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11204504.pdf>
- Rodríguez, B. y Mármol, F. (2014). La sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor desde la percepción subjetiva: Propuesta de un programa de orientación para su abordaje [tesis de pregrado, Universidad de Carabobo]. <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1501/4593.pdf?sequence=4>
- Rojas-Sánchez, W. (2014). La percepción que tienen los adultos mayores del cuidado que reciben en dos centros de promoción y protección social de la persona mayor de Manizales [tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizales]. Repositorio digital UCM. <http://hdl.handle.net/10839/1015>

- Rossel, C. (2016). *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. CEPAL. <https://bit.ly/3zTHGhu>
- Sánchez-Herrera, B. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. *Avances en Enfermería*, 22(1), 61-67. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37943>
- Segura-Pacheco, A. M., Peña-Sánchez R. y Gonzáles, E. (2014). Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo - Oeste durante julio - diciembre 2012. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 7(1), 19-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4755883>
- Silveira, C. L., Budó, Denardin, M. L., Machado-Da Silva, F., Beuter, M. y Schimith, M. D. (2009). Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde*, 8(4), 667-674. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23363>
- Soares-de Lima, B. S., Heck-Weiller, T., Dias-Lopes, L. P., Ferraz, L., Dresch-Eberhardt, T., de Avila-Soares, R. S., de Lima-Trindade, I. (2019). Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*. 32(2). http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200186
- Tarouco-Da Silva, B., Costa-Santos, S. S. , Santos-Da Silva , M. R. y Dutra- De Soussa, L. (2009). Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(4), 118-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027968014>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* [Límites morales, un argumento político a favor de la ética del cuidado]. Routledge.
- Vargas, S., Vargas-Andres D. y Morales, J. (2019). Nivel de carga de trabajo en cuidadores del adulto mayor residentes en albergues de Lima Norte. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 3(2), 76-80. <https://doi.org/10.35839/repis.3.2.263>
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (J. Beltrán trad.). Editorial Laia. (Obra original publicada en 1965)
- Yáñez-Moreta, P. (2018). Estilos de pensamiento, enfoques epistemológicos y la generación del conocimiento científico. *Revista Espacios*, 39(51), 1-11. <http://www.revistaespacios.com/a18v39n51/a18v39n51p18.pdf>

Zapata-Ossa, H. J. (2015). Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 589-602.

Zea-Herrera, M. C. y Torres-Marín, B. P. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. *Invest Educ Enferm.*, 25(1), 40-49.
<http://hdl.handle.net/10495/5072>

Zuluaga-Callejas, M. I., Galeano-Marín, M. E. y Saldarriaga-Ruiz, G. J. (2019). *Calidad de vida en la vejez propuesta metodológica y teórica para su caracterización*. Fondo Editorial FCSH Universidad de Antioquia Colombia.

Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado de la entrevista semiestructurada

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL SER CUIDADO: SIGNIFICADOS SOBRE EL CUIDADO QUE HAN CONSTRUIDO LAS PERSONAS MAYORES ASISTIDAS POR CUIDADORES INFORMALES PARTICIPANTES EN EL DIPLOMADO “CUIDARTE” EN LOS MUNICIPIOS DE MEDELLÍN Y RIONEGRO

TESIS DE PREGRADO

Buenos días/tardes/noche. Mi nombre es _____, estudiante de Psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. Para nuestra tesis de trabajo de grado estamos realizando un estudio sobre el significado construido alrededor del cuidado desde la perspectiva de las personas cuidadas.

En este momento nos dirigimos a usted porque nos gustaría realizarle una entrevista con el propósito de reconocer las percepciones que usted tiene sobre el cuidado en general y el cuidado que recibe en esta etapa de su vida.

Procedimiento: Antes de la recolección de esta información, hemos recurrido a los datos sobre cuidadores que posee el grupo de investigación “Psicología, sociedad y subjetividades” de la Universidad de Antioquia, quienes realizaron, tiempo atrás, un seminario para cuidadores informales llamado “CUIDARTE”. Ellos nos proporcionaron el contacto de su cuidador por medio del cual pudimos acercarnos a usted.

Para nosotros es muy importante contar con su participación en esta investigación, aunque en ningún momento debe sentirse obligado a acceder. Por ello, antes de tomar cualquier decisión al respecto le explicaré los aspectos que usted debe saber sobre el estudio. También le pido que lea cuidadosamente este formulario de consentimiento (o pida que alguien ajeno al investigador lo haga por usted) y con toda tranquilidad y libertad pregunte sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Para recolectar la información, usted será entrevistado por el investigador de manera personal y en privado, en conversaciones en las que se pedirá su autorización para grabar la voz. Es posible que necesitemos de su participación en una o dos entrevistas, con una duración aproximada de 30 minutos.

Buscando comodidad, confianza y seguridad, acordaremos con usted previamente el sitio, la fecha y la hora de entrevista. Usted tiene derecho a conocer el borrador de la información recolectada, podrá revisarla y pedir que se eliminen aspectos que no quiere que queden incluidos en el documento final. El investigador se compromete a dar a conocer los resultados en instancias académicas protegiendo siempre su identidad y anonimato.

Beneficios: Participar en el estudio no tiene ningún costo y usted o su familia no recibirá dinero por ello. Es probable que los beneficios generados por este estudio no los sienta directamente usted. Sin embargo, se espera que sean útiles para la comunidad académica aportando al campo de la investigación en adultos mayores en Colombia.

Riesgos/malestares: El riesgo de participar en este estudio está clasificado de mayor a mínimo, lo que quiere decir que, aunque no se realizará ninguna intervención o tratamiento médico o quirúrgico a las personas, usted puede recordar eventos difíciles o estresantes que le han ocurrido y esto podría causarle algunas emociones desconcertantes o sentimientos negativos como la tristeza.

Participación voluntaria: La participación en este estudio es de carácter voluntario, por ello, usted no está obligado a participar. Participar en el estudio no tiene ningún costo y usted o su familia no recibirá dinero por ello. Si se siente incómodo puede suspender la entrevista o negarse a continuar sin que deba dar razón alguna y pedir que se le devuelva la información que suministró sin que sea sancionado por eso.

Confidencialidad: le garantizamos que todo lo que usted diga se mantendrá en confidencialidad y sólo será usado para fines académicos. Para proteger su información personal, no se incluirá su nombre en ningún formato, publicación o medio de divulgación, salvo si usted lo autoriza. Los registros serán conservados y salvaguardados con estricta seguridad. Al mismo tiempo, usted puede elegir un nombre diferente al suyo con el que se identificará en la información.

En caso de que tenga preguntas o inquietudes con respecto al estudio o a su participación en el mismo podrá contactar al asesor de la investigación Gabriel Jaime Saldarriaga a través del teléfono celular 304563372 o del correo electrónico gabriel.saldarriaga@udea.edu.co

Antes de asumir su aceptación, queremos asegurarnos de que tenga claros todos los aspectos relacionados con su participación o con este formato de consentimiento informado. ¿Tiene alguna duda?

Consentimiento: Confirmando que el personal del estudio me ha explicado de qué se trata el proyecto y las entrevistas que me realizarán. He entendido claramente y sin dudas que en cualquier momento puedo decidir si continúo o no en este estudio. Manifiesto que me han explicado que toda la información que doy se manejará de forma reservada y que los investigadores velarán por la confidencialidad y protección de mis datos. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la entrevista que me harán y estas han sido contestadas satisfactoriamente. Convengo en participar en este estudio, me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento y me han entregado una copia del presente documento.

Para todos los fines se firma el ____ de ____ del 20__ a las ____: ____ horas.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____

Teléfono de contacto: _____

Huella del adulto: _____

TESTIGO

Relación o Parentesco: _____

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Nombre del personal del estudio: _____

Firma: _____

C.C: _____

Anexo 2. Revisión de expertos

Medellín, 20 de noviembre de 2020

Mg. María Isabel Zuluaga C.

Docente Investigador
Facultad de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Solicitud evaluación como experto.

Cordial saludo,

Estimado profesional, de forma respetuosa le extendemos la invitación para participar como juez experto en el proceso de evaluación de la guía de entrevista semiestructurada de la investigación que se ha construido como técnica de recolección de información del proceso de investigación de la tesis “SER CUIDADO: Significados sobre el cuidado de las personas mayores cuidadas por egresados del diplomado CUIDARTE”

Esta es una actividad investigativa dentro del trabajo de grado requerido para el grado en Psicología 34334 de la Universidad de Antioquia.

El objetivo de la investigación es describir los significados construidos sobre el cuidado y está dirigida a personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado CUIDARTE

Para la evaluación de la guía de preguntas se anexa una rúbrica de calificación en la que se analizará cada pregunta teniendo en cuenta la relevancia y la coherencia de cada una.

Le agradecemos su colaboración.

Cordialmente,

Gloria Estefany Hincapié Naranjo



Estudiante
Pregrado en Psicología
Universidad de Antioquia

Jessica Tatiana Becerra Barco



Estudiante

Pregrado en Psicología
Universidad de Antioquia

Anexo 3. Guía de preguntas entrevista semiestructurada SER CUIDADO

El objetivo General de este estudio es describir los significados del cuidado que han construido las personas mayores asistidas por cuidadores informales participantes en el diplomado CUIDARTE en las ciudades de Rionegro, Medellín y Pereira.

A continuación, se enuncian las categorías generales encontradas que intervienen en el cuidado con sus respectivas preguntas. Estas dimensiones o categorías fueron descritas con más detalle en el marco conceptual y son la base de la cual parte la guía de preguntas para la entrevista semiestructurada que se usará como instrumento de recolección de información.

1. Dimensión del autocuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a las acciones que los adultos mayores y los cuidadores realizan que van en pro del mantenimiento de la salud, el bienestar y la vida. Desde la teoría se han identificado algunas categorías que se pueden agrupar en esta dimensión. Se toma en cuenta el cuidado del entorno (calidad del aire, del agua, de manejo de los desperdicios y de la prevención de riesgos), pero también de la actividad y el descanso, de la soledad e interacción social, e interacción de la actividad humana.

Algunas preguntas pertinentes para comenzar a abordar esta categoría desde las personas mayores son:

- *¿su cuidador lo auxilia cuando se siente agitado o sin aire?*
- *¿los alimentos que su cuidador le provee son acordes a sus necesidades?*
- *¿los alimentos que su cuidador le provee son acordes a sus gustos?*
- *¿Considera que consume suficiente agua en el día, es esta disponible, de buena calidad?*
- *¿Se percata de cambios en sus procesos de excreción y orina y los comparte con su cuidador para que sean atendidos?*
- *¿Su cuidador le hace recomendaciones para prevenir riesgos como caídas o alteraciones de salud?*
- *¿Si tiene problemas para desplazarse busca ayuda sin dudar?*
- *¿Busca espacios en el día para hacer ejercicio y descansar un poco?*
- *¿Duerme lo suficiente como para sentirse descansado?*
- *¿Si en algún momento necesita ayuda puede recurrir a sus amigos?*
- *¿Le solicita a su cuidador que la apoye para participar en algún grupo?*

2. Dimensión conductual del cuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a acciones dirigidas a realizar algo por alguien que no tiene capacidad suficiente para desempeñarlas por sí mismo. En este caso se busca comprender cómo significa el cuidado que reciben las personas mayores entrevistadas. Se han identificado algunas categorías que se pueden agrupar en esta dimensión. Alimentación, higiene personal, estar cerca, descanso, movilidad, administración de medicamentos y control de horarios, permitir decisiones, relaciones de poder.

Algunas preguntas guía respecto a estas son:

- *¿Le gusta la comida que su cuidador le prepara?*
- *¿Siente que su cuidador tiene en cuenta sus gustos y necesidades con lo que le da de comer?*
- *¿Su cuidador le ayuda con su higiene personal?*
- *¿Su cuidador está pendiente de usted, está cerca cuando necesita algún tipo de ayuda?*
- *¿Siente que su cuidador o cuidadores descansan lo suficiente?*
- *¿Su cuidador le brinda ayuda en aspectos como levantarse, acostarse, caminar, moverse?*
- *¿Su cuidador está atento a darle los medicamentos que necesita en el horario indicado?*
- *¿Siente que su cuidador le brinda espacios para realizar actividades lúdicas que ud disfrute?*
- *¿Siente que se le brindan cuidados excesivos que no le permiten tener cierto grado de autonomía o libertad?*
- *¿Ud. decide qué ropa ponerse o es su cuidador el que toma la decisión?*
- *¿Quién es el que toma más decisiones sobre su cuidado, ud o su cuidador?*
- *¿Cree que tendría mejor relación con un cuidador que le brinda cierto grado de libertad sobre usted y sus decisiones o con un cuidador que cuide y controle cada aspecto de su vida?*
- *¿De qué aspectos le gustaría tener control?*
- *¿Quisiera que fuera un control total o parcial en que su cuidador le brinde asesoría, pero no tome decisiones?*
- *¿siente que puede decidir por usted mismo?*
- *¿Qué obstáculos encuentra para realizar las cosas por sí misma (o)?*
- *¿Cómo cree que puede sentirse libre?*

3. Dimensión relacional del cuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado hace alusión a un campo intersubjetivo de reconocimiento mutuo o intersubjetividad interpersonal en la que actúan dos sujetos completamente constituidos (Cherix y Coelho, 2017). En este campo de interacción las personas ponen subjetividades propias de cada uno involucrando la capacidad de estar con el otro en su sufrimiento y comprender sus sentimientos poniéndose en su lugar.

Se han identificado algunas categorías que se pueden agrupar en esta dimensión. Hay confianza de que se cuenta con el otro, sostenimiento físico, tacto, sensibilidad auditiva, visual, térmica y a las caídas, comunicación, vínculo positivo y cercano, comunicación no verbal, hablar con sinceridad, respetar las opiniones del otro y comunicarse con respeto, entablar conversaciones, escuchar atentamente al otro cuando habla, tocar y sentir cerca la otra persona, mirar al otro a los ojos, tener gestos y expresiones faciales que demuestren afecto, respeto, amabilidad, simpatía, atento y vigilante, atendidos con rapidez.

Algunas preguntas guía respecto a estas son:

- *¿Siente que su cuidador está disponible para satisfacer sus necesidades en cualquier momento?*
- *¿Se siente seguro cuando su cuidador está cerca?*
- *¿Siente que tiene confianza en su cuidador?*
- *¿Cómo cree que se puede fortalecer esa confianza?*
- *¿Las acciones de cuidado de su cuidador le generan seguridad y satisfacción?*
- *¿Siente que su cuidador tiene en cuenta sus condiciones particulares de tipo auditivas, visuales o su sensibilidad de la piel o el peligro a las caídas?*
- *¿Cree que haya una buena comunicación entre ud y su cuidador? se entienden al hablar?*
- *¿Es importante para usted que su cuidador le proporcione información constante sobre su estado de salud, como resultados médicos, prescripciones y efectos de medicamentos, dietas, tratamientos médicos, recomendaciones, por qué?*
- *¿Qué tan importante considera la interacción afectiva entre ud y su cuidador?*
- *¿Cree que su cuidador le comprende cuando algo le molesta o le agrada sin tener que decírselo?*
- *¿Siente que su cuidador le habla con la verdad?*
- *¿Siente que su cuidador es respetuoso cuando le habla?*
- *¿Es importante para usted que su cuidador dialogue con usted?*
- *¿Cree que puede hablar con su cuidador de temas de su interés como las noticias, sociedad, política o sus asuntos personales, como le hace sentir eso?*
- *¿Cree que es necesario un espacio de conversación dónde usted le aclare sus gustos y necesidades a su cuidador con el fin de que él le ofrezca una mejor atención, por qué, qué le diría, cómo afectaría la relación entre ambos?*
- *¿Cree que cuando habla lo escuchan con atención?*
- *¿Cuándo cuidan de ud, le brindan caricias y toques que le hacen sentir cercanía con su cuidador?*
- *¿Es importante que cuando su cuidador se dirija a usted, este le sostenga la mirada?*
- *¿su cuidador normalmente le sonríe? ¿Cuándo le están cuidando, usted detecta afecto en las expresiones faciales de su cuidador?*
- *¿Siente que su cuidador respeta y reconoce su intimidad, decisiones, gustos, creencias y valores?*

- *¿Siente que su cuidador es amable, simpático y agradable en el trato que le brinda?*
- *¿Cree que su cuidador está atento y vigilante a sus necesidades?*
- *¿Cree que sus necesidades son satisfechas de manera rápida y oportuna?*
- *¿Le agrada la manera en que es cuidado?*

4. Dimensión social-cultural del cuidado

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a las características relacionadas con el entorno social, familiar, laboral, interacción e inclusión social que presenta el adulto mayor como producto del envejecimiento. Se han identificado algunas categorías que se pueden agrupar en esta dimensión. Aceptación, entorno social, entorno cultural, entorno laboral, funcionamiento familiar, familiarización, obligación filial, social y moral hijos, feminización, institucionalización, cuidado colectivo o en redes familiares.

Las preguntas guía respecto a estas categorías son:

- *¿El ser una persona cuidada le hace sentir poco productivo para la sociedad?*
- *¿Se relaciona con otras personas de su misma edad o de otras generaciones?*
- *¿Qué opina acerca del cuidado otorgado por extraños o por instituciones?*
- *¿Cree que las posibilidades laborales suyas o de su familia influyen en la manera como se le es cuidado?*
- *¿Cómo son las relaciones en su familia?*
- *¿Cree que su familia está pendiente de su cuidado por obligación o por otras cuestiones?*
- *¿Para usted el cuidado debe ser otorgado por la familia, por personas contratadas o instituciones, por qué?*
- *¿Cuáles cree que son las diferencias entre el cuidado de un hijo y otra persona?*
- *¿Cree que es una obligación filial que lo cuide un hijo?*
- *¿Para usted el cuidado debería ser siempre proporcionado por una mujer?*
- *¿Habrá diferencias entre el cuidado dado por un hombre y una mujer, cuáles?*
- *¿Cree que el cuidado debe ser asumido por las mujeres dentro o fuera del hogar, por qué?*
- *¿Si ud o su familia tuvieran la posibilidad de internarse en una institución de cuidado para el adulto mayor, se sentiría a gusto, por qué?*
- *¿Por qué motivos piensa que su familia prefiere atenderlo en casa y no internarlo?*
- *¿Qué le hace sentir ser atendido por varios familiares a la vez o que se repartan su cuidado?*

5. Dimensión afectivo-emocional

Esta dimensión del fenómeno del cuidado se refiere a los diferentes sentimientos y afectos que pueden surgir en la persona mayor producto de la relación de cuidado, e incluye el reconocimiento de estas, por parte del cuidador. Se han identificado algunas categorías que se pueden agrupar en esta dimensión. Respuestas emocionales, vergüenza, valoración, autonomía afectiva, inclusión, trato afectivo, Sentimientos de ansiedad o miedo, culpa, vergüenza, desesperanza, tristeza, pérdida, dependencia y fragilidad, autonomía, dependencia emocional.

Algunas preguntas guía respecto a estas son:

- *¿Su cuidador reconoce cuando está triste o tiene miedo sin que tenga que decírselo?*
- *¿Cómo se siente con su cuidador?*
- *¿Qué siente cuando lo cuidan?*
- *¿Alguna vez se ha sentido culpable, triste o con miedo por recibir cuidado de otro?*
- *¿Le da pena tener que ser cuidado por otro?*
- *¿Se siente devaluado al ser cuidado?*
- *¿El ser cuidado lo hace sentir menos que los demás?*
- *¿Siente ud que tienen en cuenta sus opiniones y sentimientos?*
- *¿Siente ud que el trato que recibe es cercano y cariñoso o frío y distante?*
- *¿Para usted como lo debería hacer sentir la persona que lo cuida?*
- *¿Los cuidados que le brindan le producen una sensación de bienestar o no, por qué?*
- *¿Cree que ser cuidado es una muestra de ser frágil, por qué?*
- *¿El ser una persona cuidada le hace sentir vulnerable?*

Datos de identificación para caracterización de los evaluadores:

1. **Sexo:** Hombre _____ Mujer _____ Otro _____
2. **Edad:** _____
3. **Años de experiencia en la gestión universitaria:** _____
4. **Mayor titulación académica:**
__Profesional __Especialista __Magíster __Doctor __Postdoctor
5. **Nombre su profesión:** _____
6. **Nombre la(s) facultad(es) o programa(s) a los que pertenece:**

-
7. **Nombre de la institución o instituciones en las que trabaja:**
Fundación Universitaria María Cano
Universidad de Antioquia

8. **Dedicación (marque las opciones que corresponda a su caso):**

Tiempo parcial (hora cátedra) Medio tiempo Tiempo completo

Anexo 4. Guía de entrevista

Guía de entrevista

Proyecto: Ser cuidado

Buenos días/tardes/noche. Mi nombre es Jessica Becerra, estudiante de Psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

Su contacto nos los brindó Juliana y Gabriel Jaime Saldarriaga, ellos hacen parte del grupo “Psicología, sociedad y subjetividades” de la Universidad de Antioquia, que realizó hace un tiempo atrás un diplomado para cuidadores llamado “CUIDARTE”.

Una compañera y yo, estamos realizando actualmente, nuestro trabajo de grado que trata sobre el significado y percepción del cuidado que tienen los adultos mayores que son cuidados. En este momento nos dirigimos a usted porque nos gustaría realizarle una entrevista con el propósito de conocer las percepciones que usted tiene sobre el cuidado que recibe en esta etapa de su vida por parte de su cuidador.

La participación en este estudio es de carácter voluntario, por ello, usted no está obligado a participar y se puede retirar en cualquier momento si así lo desea. La información que nos brinde es confidencial y sólo será utilizada para fines académicos y no se divulgará ni su nombre ni sus datos personales, salvo si usted lo autoriza.

¿Puede y desea ser parte de la investigación y algunas preguntas? y finalmente, ¿me da su permiso para grabar esta llamada?

Guía de preguntas

¿Cuántos años tiene?

¿Quién lo cuida? ¿Cómo lo conoció?

¿Qué personas de su familia lo apoyan en su cuidado?

¿Usted vive permanentemente en su casa o tiene vivienda rotativa con otros hijos o cuidadores?

¿Para usted quién debería cuidarlo y por qué? (familiares, hijos, mujeres, instituciones, personas contratadas etc.) ¿qué piensa de las otras opciones?

¿Por qué razón o razones cree que su familia está al pendiente de su cuidado?

¿Qué le hace sentir ser atendido por varios familiares a la vez o que se repartan su cuidado? que le hace sentir que lo cuide solo uno y los otros no?

¿Cómo cree que influyen las posibilidades laborales suyas o de su familia (tiempo y dinero) en la manera como se le es cuidado?

¿A quién busca cuando tiene hambre, sed o necesita ayuda para ir al baño o asearse? ¿Le gusta que sea esa persona, por qué? ¿Preferiría que lo hiciera alguien más?

¿Siente que su cuidador tiene en cuenta sus gustos y necesidades con lo que le da de comer? ¿por qué?

¿Cuándo surge una necesidad (cualquiera), cómo actúa su cuidador? (acude pronto, está atento, vigilante, disponible)

¿Su cuidador le brinda ayuda en aspectos como levantarse, acostarse, caminar, moverse, vestirse o suministrar sus medicamentos? y es cuidado con el trato físico? (cuidadoso con la piel, las caídas, la audición y la visión)

¿Su cuidador le brinda ayuda en aspectos como realizar tareas domésticas, ir de compras, manejar dinero, cocinar, salir y/o hacer llamadas?

¿Cómo se siente al recibir esos cuidados? (excesivos, adecuados, permiten su autonomía o no)

¿A usted le gustaría exponerle sus gustos y necesidades para que él le ofrezca una mejor atención, por qué, ¿qué le diría?

¿Qué hace cuándo se siente cansado o agotado?

¿Qué tipo de recomendaciones le han hecho para el cuidado de su salud? ¿Qué piensa de cada una de ellas? (prevención de caídas como usar el bastón, el caminador, compañía, duerme las horas que son, duerme cómodamente, esfuerzo físico, ejercicio)

En aspectos de su vida cotidiana (ropa, plata, salidas, compras) ¿quién toma la mayoría de las decisiones ¿Por qué y cómo le hace sentir? ¿sobre qué le gustaría decidir? ¿Qué obstáculos encuentra para realizar las cosas por sí misma?

¿Qué piensa de la comunicación que tiene con su cuidador, cómo se siente? ¿Le gustaría cambiar, agregar, quitar algo? (tiempo, temas, frecuencia qué tan importante, es clara, se hace entender, le queda claro cuándo él le explica algo)

¿Qué tipo de conversaciones tienen en la normalidad su cuidador y usted? ¿De qué temas hablan (sociedad, política, religión)? ¿Cada cuánto? (le da información de su estado de salud como medicamentos, tratamientos, recomendaciones)

¿Cuándo quiere realizar actividades lúdicas su cuidador lo apoya? ¿Qué le dice?

¿Cuándo ha necesitado apoyo o distracción, a quien busca aparte de su cuidador?

¿Ha hecho parte de algún grupo social o cultural para pasar el tiempo o distraerse? ¿cuales? ¿cuánto dedica a ello? ¿por qué? Si la respuesta es no ¿Qué hace para entretenerse? (natilleras, ejercicio, chisme, tejer, manualidades, lectura, juegos, baile)

¿Qué piensa que cree la sociedad de las personas de la tercera edad? (sociedad permite suficiente participación o inclusión)

¿Usted considera que puede confiar en su cuidador? ¿De qué manera? (cómo cree que se puede fortalecer)

¿Qué hace cuando no se siente cómodo o no se siente bien en un espacio o lugar en su casa?

¿Si algo no le agrada y su cuidador está presente, cómo reaccionan? (se lo tiene que decir o no, porque cree que se da cuenta o no)

¿Si se siente triste o tiene miedo y su cuidador está presente, cómo reaccionan? (se lo tiene que decir o no, porque cree que se da cuenta o no)

¿Para usted cómo lo debería hacer sentir la persona que lo cuida?

Cómo describiría el trato que su cuidador le brinda en un día cotidiano (amable, simpático y agradable, grotesco, respetuoso con gustos o creencias, sonrío, lo mira)

¿Cómo se siente usted con ese cuidado que le brinda? Pudor, si reconoce sus opiniones y sentimientos, si el trato es cercano, cariñosos, frío, distante, sensación de bienestar

¿Qué tipo de manifestaciones de cariño o afecto recibe de su cuidador? ¿Y usted, cómo responde a ello? (Recibe caricias, toques, palabras de afecto, le gustaría que fuera mas, menos, más frecuente, como se siente, que tan importante)

¿Qué le gusta de su cuidador, que no le gusta, qué le gustaría que cambiara?

¿Qué le hace sentir el ser una persona cuidada? (triste, culpable, con miedo, inutil, pena, querido, valorado, devaluado).

¿Usted cree que su participación y el apoyo que le puede dar a otros ha cambiado por ser una persona cuidada? (restricciones, no lo dejan, los demás lo consideran incapaz, no toman en cuenta su palabra, lo menosprecian)

¿El ser una persona cuidada le hace sentir vulnerable? ¿por qué?

Bueno, yo creo que podemos ir cerrando y finalizando la entrevista. Muchísimas gracias, le agradecemos mucho por su tiempo e información, es muy valioso para nosotros, para nuestro proceso dentro de la Universidad y el saber académico en general. Que tenga un buen día, hasta luego.

