

Vejez e interacción social:

**Una mirada a las relaciones que establecen los adultos mayores
institucionalizados**

Laura Lorena Barragán

Juan Manuel Nieva

Trabajo de grado dirigido por:

Jackeline Cantor Jiménez Universidad ICESI

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Programa de Psicología

Santiago de Cali

2021

Resumen

El objetivo del presente estudio es caracterizar el lugar que los cuidadores de un centro residencial para personas mayores de la ciudad de Palmira le dan a los residentes y la forma en la que esta posición permea las interacciones que se dan al interior del centro. Lo anterior se desarrolló a través de un estudio cualitativo que consistió en el desarrollo de diarios de campo y entrevistas semiestructuradas que se realizaron a los cuidadores, en estas se profundizó sobre los vínculos establecidos con los residentes y, la relación que estos tienen con sus familiares y compañeros, entre otros aspectos.

Palabras claves: vejez, interacción social, vínculos, adulto mayor, cuidadores, centros residenciales para personas mayores

Contenido

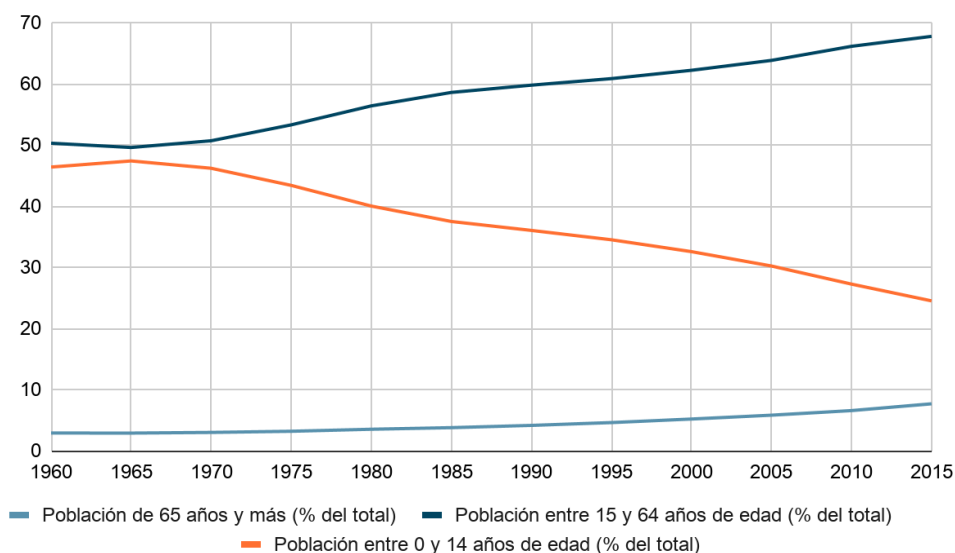
Introducción	5
Objetivos	9
Objetivo general:	9
Objetivos específicos:	9
Marco teórico	9
Definición de envejecimiento, vejez y adulto mayor	9
La vejez en Colombia.....	12
Teorías sobre el envejecimiento.....	14
Adulto mayor institucionalizado	20
Redes de apoyo social en la vejez.....	22
Redes de apoyo social	22
Relación entre la familia y el adulto mayor.....	24
Relación entre cuidador y adulto mayor.....	25
Relaciones entre adultos mayores institucionalizados.....	27
Metodología	29
Diseño:	29
Lugar de recolección de datos:.....	29
Participantes:	30
Estrategia de recolección de datos	30
Observación participante	30
Entrevistas en profundidad	31
Presentación de Resultados.....	33
Redes de apoyo formales.....	33
Relación con los Cuidadores	34
Redes de apoyo informales	38
Relación con la Familia	38
Relación entre pares:	40
Análisis y discusión de resultados	43
Relación con la familia.....	44
Relación con cuidadores.....	46
Relación entre pares	50
Conclusiones y recomendaciones	54

Limitaciones.....	56
Referencias.....	57
Anexos	67
ANEXO 1 - Diario de Campo	67
Anexo 2 – Entrevistas	87

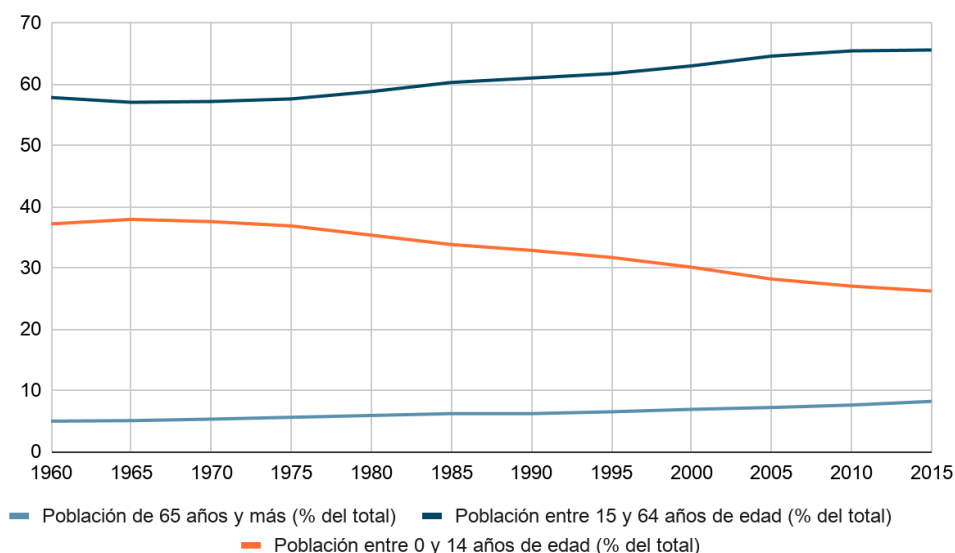
Introducción

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores retos para el país en lo que resta del siglo. El Ministerio de Salud Colombiano (2021), sostiene que el aumento acelerado de la tasa de morbilidad, contrastado con un decrecimiento de la mortalidad, constituyen un incremento en la probabilidad de desarrollar una discapacidad y/o dependencia funcional, poniendo en riesgo la capacidad de atención de los sistemas de salud. En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) estima que para el 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años se incrementará considerablemente, pasando de un 11% a un 22%. Así mismo, cifras del Banco Mundial (2019) permiten contrastar el descenso abrupto de la natalidad y el aumento de la vejez en Colombia (figura 1) durante los últimos 50 años con relación al resto del mundo (figura 2).

Figura 1. Demografía por edad en Colombia 1960-2019



Nota: La figura muestra el descenso de la natalidad en Colombia durante los últimos 50 años. Tomado de Demografía por edad en Colombia 1960-2019, de Banco Mundial (2019) Fuente: Datos de libre acceso del Banco Mundial (2019). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

Figura 2. Demografía por edad en el Mundo 1960-2019

Nota: La figura muestra el descenso de la natalidad en el Mundo durante los últimos 50 años. Tomado de Demografía por edad en el Mundo 1960-2019, de Banco Mundial (2019) Fuente: Datos de libre acceso del Banco Mundial (2019). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

De ahí que es claro que la población se encuentra en un proceso de envejecimiento acelerado tanto a nivel nacional como a nivel global, lo cual presupone un problema social y de salud pública, debido a la poca capacidad de las instituciones para proteger y brindar a los adultos mayores condiciones que le aseguren su bienestar. Además, Correa y Uribe (2017) desde la fundación Saldarriaga Concha exponen las preocupantes condiciones de desigualdad en la que vive la población mayor de 60 años en Colombia, puesto que afirman que estos experimentan mayores privaciones que el resto de la población, dado que existen estructuras discriminatorias donde se los cataloga como inútiles y molestos, lo cual produce escenarios en los que son comunes el abandono y el maltrato.

Se debe agregar que el Ministerio de Protección Social (2008) valiéndose de cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2005) afirma que el 98,8% de los adultos mayores conviven con sus familias, sin embargo, se hace la aclaración que la vinculación de la mujer al mercado laboral en el escenario colombiano, está desplazando la atención que reciben las personas mayores hacia cuidadores externos sin ningún tipo de

parentesco. Así mismo, las cifras del DANE (2021) presentan que el 14,2 % del total de las personas mayores viven solas, lo cual sumado a las comorbilidades relacionadas a la edad, incrementa la posibilidad de que dicha población requiera el ingreso a los denominados Centros residenciales, los cuales, el Ministerio de Salud (2021), define como:

Aquellos destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, donde se ofrezcan servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado integral de las personas adultas mayores. (pár. 4)

Por su parte, Cerón (2001) afirma que el envejecimiento de la población no puede reducirse a una preocupación por los "ancianos", más bien requiere de una visión global que integre las dinámicas de todos los estratos que conforman la estructura demográfica, a la vez que exige entender y analizar dichas transformaciones a la luz de los cambios estructurales de la sociedad actual. De modo que resulta imprescindible realizar la investigación teniendo en cuenta diversos aspectos que pueden incidir en la forma en la que la población ya mencionada vivencia las diversas actividades en las que se ven involucrados.

De manera específica, para lograr dar respuesta a la pregunta del presente estudio, se consideró necesario valerse de investigaciones sobre la importancia para el adulto mayor de las redes de apoyo tanto formales como informales (De Ussel, 2001; Liu et al, 2016; Perez, 2005; Guillén, 1998; Barenys, 1990; Molero et al, 2011; Gaviria & Gallego, 2019; Bonifas et al, 2014), además de la incidencia que la institución tiene sobre el individuo (Kastenbaum, 1980; Baiza, 2015; Foucault, 1976; Goffman 2001) y sobre cómo la mirada y el discurso que esta adopta frente a las personas mayores (Benveniste, 1958; Fernández et al, 2013; Berruti & Buzeki, 2001) influye sobre su diario vivir.

Por todo lo anterior, resulta relevante profundizar en la forma en que los seres humanos vivencian esta última etapa de sus vidas, en particular, y para efecto de este trabajo

se plantea la pregunta: ¿De qué manera la relación que los cuidadores sostienen con los adultos mayores permea las interacciones que se dan al interior de un centro residencial para personas mayores en la ciudad de Palmira? Puesto que se busca describir la forma en que el personal de cuidado y la familia se vinculan con los adultos mayores y cómo estos últimos se relacionan con sus compañeros. Así mismo, evidenciar de qué manera el lugar que se le da al adulto mayor incide en su vida diaria, lo cual resulta fundamental para entender cómo se da el desarrollo y fortalecimiento de redes de apoyo que permiten una vejez satisfactoria y brinden herramientas psicológicas para afrontar esta etapa. De ahí que, se busca aportar una visión integral de lo que es el cuidado del adulto mayor, permitiéndole a sus cuidadores y familiares cuestionarse la forma en que se relacionan y vinculan con dicha población.

Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar el lugar que los cuidadores de un centro residencial para personas mayores les dan a los residentes.

Objetivos específicos:

- Describir la forma en que el personal de cuidado se vincula con los adultos mayores.
- Describir la forma de relacionarse que tienen los adultos mayores con sus pares.
- Describir el vínculo que las familias sostienen con los adultos mayores.
- Evidenciar de qué manera el lugar que se le da al adulto mayor incide en su vida diaria.

Marco teórico

Definición de envejecimiento, vejez y adulto mayor

El proceso de envejecimiento es una realidad innata a todo ser humano, pues empieza desde el nacimiento hasta la muerte. La mayoría de las concepciones denominan al envejecimiento como un proceso de deterioro derivando en la reducción de la adaptación al medio y de las posibilidades de supervivencia, adoptando una mirada casi exclusiva de lo biológico tal como se refleja en la definición desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (2015):

El envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso

gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte. (p.27)

En esta misma línea el Oxford English Dictionary (como se citó en, Alvarado, & Salazar, 2014. p 58) define a la vejez como:

El conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

Por su parte, el Ministerio de Salud Colombiano (2021) amplía esta mirada desde lo biológico y define a la vejez como una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humana (60 años en adelante), producida en función de las identidades de género, experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante el curso de vida de los sujetos, en otras palabras, en la vejez existen procesos de desarrollo y deterioro que se ven permeadas por eventos contextuales y características individuales.

Autores como Yates (1996, como se citó en, Fernández-Ballesteros, 2000) adoptan una postura más neutral sobre el envejecimiento, pues proponen que es cualquier cambio que atraviesa un objeto a través del tiempo y que puede tener diferentes interpretaciones dependiendo del observador. Ahora bien, desde una visión más integral en donde la vejez no solo se define en función del declive y deterioro orgánico, sino que presenta una posibilidad para potencializar y desarrollar capacidades psicológicas, Fernández-Ballesteros (2004) resalta que:

El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre isomórficamente al envejecimiento biofísico. Existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente, una vez llegado a su máximo desarrollo y existen otras que se mantienen e, incluso que desarrollan a todo lo largo de la vida. (p.11)

Para García Pinto (1993, como se citó en, Iuliano, 2019) la tercera edad es una de las etapas más conflictivas puesto que se recorre un camino doloroso en donde la vida se va apagando lentamente, por lo que se hace necesario un alto reflexivo que permita potenciar fuerzas y recursos para el aprovechamiento y superación de este proceso. Explica que el primer paso necesario para la puesta en marcha del círculo de la vejez es la toma de conciencia de esta, favorecida por tres procesos; la jubilación, los deterioros físicos y mentales propios de la edad y la respuesta social que genera la entrada del individuo a la tercera edad.

Por otro lado, Strejilevich (2004) entiende la vejez como un proceso interno activo que se da a lo largo de la vida, mientras que Bazo et al. (2006) propone que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente, lo que genera ciertas limitaciones y potencialidades.

Finalmente, desde una perspectiva sociohistórica, De Beauvoir (1970) asevera que la representación de la vejez es variable y va de acuerdo con el contexto en que se desarrolle. Así pues, la vejez "...adopta una multiplicidad de rostros, irreductibles los unos a los otros" (p.17). Sin embargo, en la mayoría de los casos la vejez es representada como una situación penosa y lamentable.

La vejez en Colombia

Según el Ministerio de Salud (2019) un 13,2% de la población colombiana está compuesta por personas mayores de 60 años, ante esta cifra se resalta el hecho de que, del total de personas con algún tipo de discapacidad, el 39% son personas mayores de 60 años. Se estableció también que para el 2020 el índice de dependencia de las personas mayores se ubicó en un 20,4%. Otro dato preocupante, está relacionado al total de personas en situación de calle pues en los censos del 2017 el 10% señaló tener más de 60 años. En cuanto a salud mental, el Ministerio de Salud encontró que la población adulta mayor, al demandar servicios en salud ha sido diagnosticada con enfermedades mentales y del comportamiento en una proporción del 2,4% respecto del resto de diagnósticos.

Asimismo, la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en 2015, refleja que el 12.9% de las personas mayores ha sufrido maltrato. Este es más frecuente en mujeres de estratos socioeconómicos bajos, en zona rural. Según Correa y Uribe (2017) desde la Fundación Saldarriaga Concha “Entre 2005 y 2014 el pico más alto de violencia contra este segmento de 60 y más años, fue en 2010 con 1.631 casos, y el más bajo en 2006, con 1.007 hechos.”

Los datos anteriores reflejan las condiciones alarmantes en las que los adultos mayores se desenvuelven y que inciden profundamente en su modo de vivenciar la vejez y en la calidad de vida que pueden tener en esta etapa. Por lo anterior, el Ministerio de Salud de Colombia (2015) ha desarrollado políticas de Envejecimiento y Vejez enfocadas en el mejoramiento de la calidad de vida y la preservación de la funcionalidad de las personas mayores con base en la promoción de la independencia funcional, la participación social y la eliminación de desigualdades en la vejez, propiciando una mirada interseccional. Enfatizando en aquellas en condiciones de desventaja social, económica, cultural o de género que puedan

estar afectando a los adultos mayores. Para ello, se basa en 4 ejes: Eje 1: Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; Eje 2: Protección Social Integral; Eje 3: Envejecimiento Activo y Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación.

No obstante, los adultos mayores siguen enfrentándose a grandes retos, entre ellos, los deterioros que conlleva la edad. Sumado a factores económicos, sociales, culturales y psicológicos, estos deterioros pueden ser más discapacitantes y dificultar su relación con el mundo externo, lo cual deriva en su aislamiento. Adicionalmente, los trastornos neurológicos que pueden causar demencia, la cual se caracteriza según la OMS (2020) por alteraciones cognitivas, funcionales y emocionales, afectan su integración en actividades que le permitan un envejecimiento activo, como el propuesto por el Ministerio de Salud (2015)

Desde la Constitución Política de 1991 se reconoce la vulnerabilidad de las personas de la tercera edad, estableciendo en el artículo 46 que “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”. Sin embargo, el adulto mayor se encuentra en una situación de indefensión ante los obstáculos por las condiciones sociales, económicas y biológicas a los que puede verse enfrentado. Ferraro y Shippee (2009) aseguran que los sistemas sociales generan desigualdad, la cual se manifiesta a lo largo del curso de la vida de los individuos, en efecto, los adultos mayores con mayor incidencia de demencia corresponden a los estratos más bajos, como lo refleja el Ministerio de Salud (2015). De forma similar, los adultos mayores de estratos bajos o en condición de pobreza son más proclives a presentar deterioros funcionales y a necesitar mayor grado de acompañamiento.

Ante el anterior panorama, en Colombia se han reglamentado leyes que protegen al adulto mayor, entre las cuales se encuentra la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, la cual crea el Sistema de Protección Social que se constituye como el conjunto de políticas públicas

orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

Por su parte, la Ley 1251 de 2008 dicta normas con el objetivo de proteger, promover y defender los derechos de los adultos mayores, igualmente, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.

Además, en las políticas colombianas de envejecimiento humano y vejez, se reconoce la importancia de promover políticas públicas para garantizar un envejecimiento activo, el cual es definido por la OMS (2007) como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Creando condiciones para una vida autónoma, digna, larga y saludable con el fin de que el crecimiento de la población no se considere como una crisis social y económica. Las estrategias propuestas para lograr un envejecimiento activo se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Promoviendo también la autonomía y el desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas.

Teorías sobre el envejecimiento

En cuanto a las teorías relacionadas con el envejecimiento, se encuentra una variedad de aproximaciones psicológicas, sociológicas y biológicas a la forma en la que se entienden los procesos relacionados con la vivencia de la vejez. En un principio, Lange y Grossman (2010) al hablar de la teoría del individualismo de Jung (1960) exponen que la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida y se encuentra compuesta por una “self-identity” que tiene un inconsciente personal y colectivo, además, esta teoría afirma que las personas tienden a

vivir su vida a través de sus propios ojos o a través de los ojos de alguien más. Finalmente, en la teoría de Jung un envejecimiento exitoso es cuando el sujeto es capaz de aceptar su pasado, se adapta a la disminución física y puede afrontar pérdidas significativas.

Erikson (1985) en su teoría del desarrollo psicosocial de los seres humanos, plantea ocho estadios del ciclo vital, en los cuales, en cada uno se desarrolla una crisis y se le atribuye una característica básica encontrándose en una relación dialéctica. De la adecuada resolución de la crisis surge la potencialidad de la fase correspondiente, de lo contrario, de la no resolución se produce una patología o fragilidad que entorpece el atravesamiento de los estadios. Estos estadios son jerárquicos, es decir, que integran los conflictos y conquistas del estadio anterior. Para Erikson la existencia de un ser humano depende de tres procesos de organización complementarios; el soma, la psique y el ethos que corresponden respectivamente al proceso biológico, proceso psicológico y a la organización social. Así mismo, estos tres procesos se ven reflejados en cada estadio.

Para Erikson (1985) el último estadio, la vejez empieza a partir de los 60 años y finaliza con la muerte, en este, el conflicto psíquico fundamental presente es la desesperación en contraposición dialéctica a la integridad. Este último, entendido como un sentimiento de coherencia y totalidad, por el cual el individuo resignifica sus experiencias y sentires a la luz de la nueva etapa que enfrenta, precediendo un proceso de aceptación de la vida vivida. Sin embargo, Erikson (1985) afirma que corre riesgo al encontrarse el sujeto en condición terminal y dado a las pérdidas que se presentan en los vínculos en los tres procesos organizativos: en el soma; debilitamiento y pérdida de funciones cuerpo; en la psique, la pérdida de coherencia de la experiencia y por último en el ethos, la pérdida de la interacción generativa. Además, Erikson (1985) sostiene que debido a lo que supone ser viejo, se presenta un duelo por el tiempo perdido, por la disminución de la autonomía, por la

desaparición de la iniciativa, la intimidad faltante, el descuido de la generatividad y en general vivenciar una identidad limitante que puede amenazar la integración del sujeto y como consecuencia dar paso sentimiento de desesperación. El sujeto que cae en desesperación ve la vida como una oportunidad perdida, deseando más tiempo de vida y temiendo a la muerte.

En esta teoría se toman en cuenta las diferencias individuales de los sujetos, así como también las influencias biológicas.

Además, Lange y Grossman (2010), presentan la teoría de la subcultura de Rose (1962), en la cual los adultos mayores forman una subcultura única dentro de la sociedad como una forma de defenderse del rechazo social al envejecimiento, defendiendo así, que las personas mayores prefieren interactuar entre ellos, basándose en sus limitaciones, y, por tanto, según Lange y Grossman (2010) esta subcultura se forma debido al interés común de un diario vivir tranquilo, al igual que por compartir experiencias generacionales.

Otra de las propuestas que se extendió por muchos años, basada en una perspectiva estructural-funcionalista, fue la teoría de la desvinculación, desarrollada por Cumming y Henry (1961) en la cual, la desconexión social es un proceso inevitable del envejecimiento, en donde la mayoría de los lazos establecidos con la sociedad se rompen o se modifican, retirándose poco a poco de los espacios sociales, no obstante, los autores refieren que no existe una connotación negativa, más bien, es beneficioso para las dos partes, ya que posibilita la adaptación de la persona a la vejez y de igual manera posibilita que la familia y la sociedad se reorganicen, sustituyendo los roles y tareas desempeñadas por el adulto mayor.

Este proceso de desconexión se da a partir de la consciencia del sujeto de su cercanía a la muerte y a la disminución de sus capacidades debido al deterioro normal de la edad. Como resultado el individuo reduce los roles que desempeñaba, se va retirando de los

espacios sociales y disminuye su red de relaciones. Así mismo, la sociedad permite esta desconexión al facilitar la salida de los adultos mayores de los roles antes adquiridos, abriendo oportunidades para los más jóvenes, se trata entonces de un doble retiro, por parte del individuo de la sociedad y de la sociedad del individuo.

En general, Cumming & Henry (1961, como se citó en, Mabry & Bengtsonse, 2005) observaron que el correcto funcionamiento de la sociedad depende de la sucesión de generaciones más jóvenes en reemplazo de generaciones mayores en la mayoría de las instituciones. Por ende, “las personas mayores que permanecen demasiado tiempo en sus roles sociales amenazarían esta sucesión ordenada y la estabilidad de las organizaciones sociales” (p. 114). Sin embargo, Mabry & Bengtsonse (2005) exponen que “las críticas a la teoría de la desvinculación sugieren que la retirada de roles por parte de las personas mayores es el resultado de un sistema de recompensas y castigos por y para las poderosas instituciones de la sociedad.” (p. 115) Para Palmore (1999) esta teoría es adedista, ya que discrimina debido a la edad y excluye a las personas mayores de participar en la vida social.

Cabe destacar, que, a pesar de su importancia en la historia de la gerontología, esta teoría se encuentra descontinuada. Sin embargo, tal como lo admiten Mabry & Bengtsonse (2005) esta teoría “proporciona un paradigma intrigante para explorar la interacción entre el envejecimiento individual y los contextos sociales dentro de los cuales ocurre el envejecimiento.” (p. 116) y refleja el aislamiento al que se somete al anciano por parte de la sociedad al considerarlo improductivo.

En contraposición, la teoría de la actividad de Havighurst (1961) postula que las personas mayores que se involucran en actividades y mantienen niveles de participación altos, se encuentran más satisfechas ya que su bienestar se relaciona con el número de actividades que realicen, según lo retomado por Fernández-Ballesteros (2000) estas

actividades pueden ser, ya sea una continuación de los roles y tareas que se han venido desarrollando a lo largo de la vida o la adquisición de nuevos roles ligados a preferencias o tareas más acordes con esta nueva etapa. Las actividades que enfatizan esta teoría corresponden a actividades sociales, que involucran a otros. Menec (2003) señala que en algunos estudios (Longino & Kart, 1982; Litwin, 2000; Zimmer et al., 1995) la actividad en solitario no se asoció con el bienestar.

Como se mencionó anteriormente, existen variedad de teorías psicosociales para explicar el proceso de envejecimiento. Por una parte, la teoría de la actividad de Havighurst (1961), según Fernández-Ballesteros (2004) es una de las teorías más extendidas dentro del campo psicológico y sociológico, siendo de gran importancia en la praxis y la creación de políticas sociales o intervenciones para maximizar las actividades de los adultos mayores y de esta manera aumentar su calidad de vida. Diversos estudios y autores han demostrado una relación entre un envejecimiento exitoso y la participación en actividades. (Brown et al., 2008; Kelly et al., 1986; Kim et al., 2014; Longino & Kart, 1982; Neugarten et al., 1961; Paggi et al., 2016; Silverstein & Parker, 2002). Rowe & Kahn (1997) definen que el envejecimiento exitoso se compone de tres factores, estos son la ausencia de enfermedades y discapacidades; el mantenimiento del funcionamiento físico y mental; y mantener el compromiso continuo con la vida, este último, comprende el mantenimiento de las relaciones cercanas con los demás y la participación continua en actividades que brinde significado y con propósito.

No obstante, para los autores Knigt & Ricciardelli (2003) el concepto de “envejecimiento exitoso” es problemático dada la variedad de definiciones desarrolladas a lo largo de la historia (Baltes & Baltes, 1990; Kahana, 1996; Phelan & Larson, 2002; Silverstein & Parker, 2002). De forma similar, el “éxito” depende de una concepción subjetiva derivada

de unas circunstancias individuales concretas. De igual forma, Phelan y Larson (2002) establecieron a través de una revisión literaria que no se ha adoptado una definición operativa única de “envejecimiento exitoso” y recomendaron que en las futuras investigaciones se incluyera la perspectiva de los individuos.

Ahora bien, tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura, se observa que, en el caso de la teoría individualista de Jung, no se precisa la importancia de entender los factores externos al individuo relacionados con la vejez, por el contrario, todo el peso recae sobre la introspección como una forma de alcanzar un crecimiento interno positivo. En el caso de la teoría de las subculturas Lange y Grossman (2010) afirman que no existe investigación suficiente para sustentar o refutar los postulados de lo propuesto por Rose (1962), y en el caso de la teoría de la desconexión o discontinuidad (Cumming y Henry, 1961), se evidencia que esta postura es contraria a las teorías de la actividad y del desarrollo y parece ser contradictoria con los resultados de las investigaciones de Havighurst (1961); Teh & Tey (2019); Menec (2003); Liu, Gou y Zou (2016); Toepoel (2013); Longino & Cart (1982); entre otros puesto que entiende la vejez como un proceso de retraimiento y desconexión social.

Es importante destacar que Asiamah (2017) sugiere que tanto la teoría de la actividad (Havisghurs, 1961) así como la teoría de la desconexión (Cumming, 1961) pueden ser válidas dependiendo del contexto socioeconómico. De esta manera, la teoría de la actividad parece ser factible en contextos donde lo económico y lo social facilitan el compromiso de los adultos mayores. Por su lado Hertzog (1998) propone que el efecto positivo de las actividades está facilitado por el nivel socioeconómico. Adicionalmente, los estudios con resultados que favorecen a la teoría se han llevado a cabo en países desarrollados con sujetos de clase media-alta, mientras que no se han realizado investigaciones en países subdesarrollados.

A pesar de que estas teorías fallan a la hora de considerar e integrar en uno solo marco explicativo diversos factores que median la vejez, se rescata la aproximación que cada una de estas tiene hacia factores como la adaptación a la vejez desde una perspectiva individual (Neugarten, 1968), colectiva (Rose, 1962), activa (Havighurs & Albrecht, 1953) y pasiva (Cumming & Henry, 1961). De ahí que se considere que, en conjunto, estas teorías proveen información diferente, pero complementaria a la hora de analizar la vida de los adultos mayores. Por lo que es importante adoptar una mirada sobre la vejez, el envejecimiento y el adulto mayor que tome en cuenta las necesidades y la voz de esta población.

Adulto mayor institucionalizado

En efecto, la falta de oportunidades y limitaciones que brinda el entorno son un agravante al estado de vulnerabilidad en el que viven los adultos mayores en Colombia, y es por lo que se hace necesaria la existencia de centros de protección al adulto mayor, como una forma de ofrecer una atención integral a esta población. Por lo anterior, la Ley 1315 de 2009, establece las condiciones mínimas que deben tener los centros de protección, los centros de día y las instituciones para brindar a los adultos mayores una atención integral. En esta, se aclara que los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor corresponden a instituciones de protección cuyo objetivo es el de ofrecer servicios de hospedaje, cuidado integral y bienestar ya sea de carácter permanente o temporal a los adultos mayores.

La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios para la atención integral del adulto mayor en los centros de vida y determina que es una obligación del Estado acoger a los adultos mayores y atenderlos cuando estos no tengan los recursos suficientes o se encuentren en estado de indigencia, garantizando el soporte nutricional y desarrollando actividades educativas, recreativas, culturales y ocupacionales, entre otros.

Ahora bien, el adulto mayor institucionalizado puede encontrarse en otras situaciones complejas que lo hagan aislarse o sentirse aislado. Teniendo en cuenta lo mencionado por Antonelli et al. (2000), ser institucionalizado puede conducir a la reducción del contacto con las personas de su círculo cercano, el abandono de lugares y objetos conocidos y el cese del ejercicio de los roles sociales que se cumplían, por ejemplo, el cuidado de los nietos, el aseo del hogar o el empleo. De igual manera, Lieberman et al. (1968) mencionan a diversos autores que han descrito efectos sociopsicológicos derivados de la institucionalización prolongadas. Goffman (1961) describe la “mortificación y reducción del yo” que se da en los individuos reclusos en instituciones totales, entendidas como “un lugar- de residencia y trabajo dónde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”(p. 12). Esta mortificación se da a través de varios procesos que ocurren en las instituciones totales como el despojo de objetos personales, tratos humillantes e imposiciones de rutina que se consideran ajenas para los individuos.

Otros factores como el deterioro físico, la dependencia que la familia no puede sobrellevar, el alejamiento del círculo social anterior, la incapacidad de crear nuevas redes de apoyo, y el abatimiento de sentirse abandonado o al final de la vida puede reducir la satisfacción y el bienestar percibido y/o aumentar el sentimiento de soledad. Las investigaciones de Antonelli, et al. (2000) indican que los ancianos institucionalizados tienen una autoconciencia más negativa, niveles más bajos de autoestima y un yo interpersonal más restringido. Para Kastenbaum (1980, como se citó en, Baiza, 2015. p. 33).

Un factor importante y que debe ser tomado en cuenta es que el ingreso a una institución constituye un factor estresante para el anciano, influyendo en el funcionamiento

intelectual y el nivel de satisfacción, tendiendo a ser depresivos, infelices, intelectualmente ineficaces, dóciles, sumisos, con una autoimagen negativa y bajo interés por su entorno.

Es por lo que, según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2006, como se citó en, Guevara-Peña, 2016).

Las personas mayores que se encuentran en espacios de institucionalización se enfrentan a la pérdida de la actividad, se suelen imponer normas (horarios de baño, alimentos, actividades, etc.), que rutinizan su vida. Esto genera sentimientos de tristeza y aburrimiento, ante el anhelo de continuar con acciones similares a su estilo de vida previo. (p. 142)

Redes de apoyo social en la vejez

Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social son una parte importante en la vida de las personas y se convierten en un aspecto fundamental en el último ciclo vital, ya que es en esta etapa cuando usualmente surgen mayores necesidades de acompañamiento y sostenimiento psicológico. Según Lemos y Fernández (1990, como se citó en, Aranda y Pando, 2013. p. 236) la red de apoyo social se define como “una serie de círculos internos y externos, concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos los más, y, tal vez los compañeros de trabajo y otras personas del círculo exterior”. Estos brindan según la definición propuesta por Fernández Ballesteros et al (1992) “ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” (p.177). De modo similar, Kaplan et al (1977, como se citó en, Aranda et al, 2013. p. 236) definen al apoyo social como “el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas (afecto,

estima, pertenencia, etc.) a través de su interacción con otros individuos.” Debido a eso, el soporte social promueve la salud física y mental de los individuos, siendo también un elemento amortiguador que protege a los individuos de acontecimientos estresantes o disruptivos.

Como ya se mencionó, el apoyo social puede provenir de familiares, amigos, vecinos, instituciones, etc. dividiéndose en apoyos formales e informales; los primeros hacen referencia a apoyos brindados desde la institucionalidad, con “reglas formalizadas” y “procedimientos estandarizados” (Froland et al, 1981, como se citó en, Arias, 2013. p 316).

En el caso de las redes de apoyo informales se constituye de las relaciones personales y redes no estructuradas, son de carácter espontáneo y brindan “cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos” (Naciones Unidas, 2002, como se citó en, Arias, 2013. p 316), son de carácter más íntimo como familiares y amigos. Para Bazo et al. (2006) la soledad puede ser la causa de trastornos psíquicos y multitud de enfermedades. Sentirse solo debilita, deprime y entristece, de ahí que Bazo et al, (2006) afirma que el problema no es que la persona viva sola, sino que se sienta sola, por lo que hay que evitar que las personas mayores se perciban aisladas del resto.

Así pues, Liu, Gou y Zou (2016) sostienen que el apoyo social juega un papel importante en la prevención de la soledad y la depresión, cabe destacar que se define al apoyo social como la existencia o disponibilidad de personas en las que se puede confiar y que pueden brindar cuidado, valor y amor diferenciándose de las redes sociales puesto que “la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos” (Huenchuan et al, 2003, p. 48)

Por otra parte, Melchiorre et al (2013) mencionan que un bajo nivel en el apoyo social, puede ser un factor de riesgo para el abuso de personas de la tercera edad, además de sus condiciones de salud física y mental. Asimismo, se adiciona que, si el adulto mayor es dependiente económicamente puede aumentar la carga de los cuidadores y conllevar a abusos por parte de estos.

Relación entre la familia y el adulto mayor

La familia es la institución social fundamental, cumpliendo funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre. Según lo recopilado por Ackerman (1996, como se citó en, Gonzales, 2008), para la familia debe cumplir las siguientes funciones:

- A. Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros
- B. Satisfacer las necesidades físicas o de subsistencia
- C. Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales
- D. Permitir el desarrollo individual de cada uno de sus miembros
- E. Promover el proceso de socialización
- F. Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros;
- G. Promover un sistema de valores e ideología. (p. 7)

Siendo así, se constituye como el núcleo principal de cuidados y satisfacción de necesidades, en la cual un adulto mayor puede ser rodeado y sostenido. Estudios como los expuestos por Molero et al (2011) demuestran que una buena red de apoyo familiar puede ser beneficiosa para la salud mental de los individuos, en particular en los adultos mayores ya que estos en su mayoría necesitan más atención y cuidados.

Antonucci y Jackson (1990, como se citó en, Molero et al, 2011) afirman que en los periodos de crisis tal como enfermedades crónicas o situaciones disruptivas el apoyo familiar resulta decisivo para el afrontamiento de tales eventos. En cuanto al adulto mayor

institucionalizado, Molero et al (2011) observan que la familia tiene una especial relevancia en cuanto a los procesos de adaptación e integración de los adultos mayores institucionalizados. De acuerdo con Pérez (2005, como se citó en, Molero et al 2011) los modos de contacto familiar que se pueden dar se agrupan en tres: llamadas telefónicas, visitas familiares y visita del adulto mayor a su hogar. Las dos primeras son las de mayor frecuencia. Además, Barenys (1990, como se citó en, Molero et al, 2011) sostiene que este tipo de interacción posibilita al adulto mayor tener la sensación de no haber perdido los vínculos exteriores. Estos mismos autores concluyen que los adultos que han sido institucionalizados les otorgan mayor importancia a sus familias.

Relación entre cuidador y adulto mayor

Según información de la OMS (2015) se logran identificar dos categorías en donde se pueden ubicar a los cuidadores, la primera de estas corresponde a los cuidadores informales (sin remuneración, sin capacitación) que pueden ser familiares, amigos o vecinos, mientras que los cuidadores formales poseen un apoyo institucional y reciben remuneración, existiendo grandes diferencias entre estos dos grupos. Flórez et al (1997, como se citó en, Berruti y Buzeki, 2001) define al cuidador como “aquella persona que asiste a otra afectada por algún tipo de incapacidad que le impide o le dificulta el desarrollo normal de sus actividades vitales o sus relaciones sociales”.

Así mismo, Berruti y Buzeki (2001) explican que “el proceso de cuidar implica una relación interpersonal, que se caracteriza por la asimetría, es una acción que apunta a ayudar a reconstruir la autonomía del sujeto vulnerable, implica no solo ayudar a la persona enferma sino también a su entorno” (p. 464). Según la OMS (2015) la labor del cuidador corresponde a:

“prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes; ofrecer información,

asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados; ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro y participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca” (p.247)

En cuanto a la relación entre el cuidador y los adultos mayores Fernández et al (2013, como se citó en, Berruti y Buzeki, 2001) sostiene que en la relación que establecen estos, median concepciones de cuidado de cada una de las partes, lo que genera la construcción de prácticas que se despliegan en la vida cotidiana. En el estudio realizado por Berruti y Buzeki (2001) con el fin de describir y explicar el modo en que los cuidadores formales conciben la práctica de cuidado a las personas mayores en instituciones de larga estadía, se encuentra que:

En el discurso de los propietarios se expresa una tendencia a la masificación de los ancianos, a la despersonalización, pensando al trato igualitario como al ideal de la atención. Es así como se configuran prácticas de cuidado que termina cosificando a los individuos al negar las diferencias entre ellos. (p. 464)

Esta homogeneización según Berruti y Buzeki (2001), facilita un mayor control sobre la población mayor, sin embargo, propicia un vínculo dependiente, aumentando la autoridad frente al anciano y su familia. Asimismo, esta generación de vínculos dependientes genera por una parte que la institución se vea en la necesidad de aumentar los cuidados y por su parte el anciano incrementa sus demandas de cuidado al ser colocado en un lugar de pasividad. En este estudio se resalta también que la infantilización de los ancianos es habitual en las instituciones de cuidado a largo plazo.

Relaciones entre adultos mayores institucionalizados

Una de las fuentes de apoyo para el anciano además de su familia, son los amigos. Estudios como el de Stevens y Van Tilburg (2000); O'Connor (1992); Huenchuan et al. (2003) han encontrado que la amistad en la vejez es beneficiosa en cuanto mejora el bienestar. En el caso de Stevens y Van Tilburg (2000) estos rescatan que la amistad además de ofrecer compañía brinda soporte en situaciones estresantes, adicionalmente, facilita los ajustes a la vejez al reducir la angustia provocada por las transiciones de la vida, al mismo tiempo que brinda al adulto un sentido de continuidad y una reafirmación de la identidad. Para O'Connor (1992) los vínculos de amistad inclusive pueden incrementar más la moral que los contactos familiares. Mientras que Huenchuan et al (2003) afirman que las relaciones de amistad pueden prolongar la independencia de los adultos mayores gracias al apoyo emocional que proporcionan ya que estos fomentan estados de ánimos saludables y promueven la motivación.

Se encuentra también que debido a los roles de género y a la respectiva socialización de cada sexo, la amistad posee un significado diferente para los hombres y mujeres mayores. Scott & Wenger (1996) manifiestan que las amistades de las mujeres son más íntimas, se centran en la conversación y el apoyo mutuo, igualmente Scott & Wenger (1996) destacan que las mujeres suelen seguir estableciendo amistades a lo largo de su vida, mientras en el caso de los hombres las amistades que construyen se basan en actividades compartidas y es poco probable que reemplacen a sus amigos perdidos. Rook y Charles (2017) informan que muchos adultos mayores llegarán a experimentar pérdidas de personas cercanas durante el transcurso de sus vidas, lo cual tiene consecuencias en su salud y una posible reorganización en su vida social ya que reduce sus redes sociales y pueden generar que el anciano sea más renuente a establecer nuevos vínculos.

Por otra parte, según Grenade & Boldy (2008) el adulto mayor institucionalizado puede encontrar dificultades al momento de establecer amistades ya sea por el deterioro cognitivo propio o de los otros residentes de la institución. En esta línea, la investigación de Bonifas et al (2014) encuentra que rara vez se establecen relaciones cercanas entre residentes de una instalación que brinda atención de larga duración (long-term care) ya que diferencias generacionales, culturales o funcionales obstaculizan la capacidad de relacionarse con los otros. Así pues, los adultos mayores entrevistados por Bonifas et al (2014) en el estudio, describieron cómo sus propias condiciones de salud o limitaciones funcionales y/o las condiciones de sus compañeros impedían el desarrollo de una relación. Otra razón mencionada por Bonifas et al (2014) para evitar relacionarse con otro, es el malestar emocional que produce la observación del declive de los amigos y la generación de sentimientos de pérdida anticipatoria. Además de lo anterior, menciona que los adultos mayores participantes evitaban interactuar con compañeros que exhibían comportamientos disruptivos describiéndolos como "locos" e "indeseables". En general, en el estudio de Bonifas et al (2014) se concluye que:

vivir en una casa LTC (long- term care) tiene un impacto sustancial en el contexto, calidad y naturaleza de las relaciones sociales, con el mayor impacto derivado del nivel de deterioro de la salud y limitaciones funcionales entre residentes de las instalaciones. Si bien el diseño y los procesos de la casa también influyen, estos factores son menos influyentes que las características de los propios residentes. (p. 1335)

Metodología

Diseño

Para el desarrollo de la investigación se consideró apropiado un diseño de corte cualitativo, pues que como afirma Mason, (2002) este tipo de metodología le permite al investigador la exploración de una amplia variedad de dimensiones del mundo social, incluyendo elementos de la vida diaria, concepciones, experiencias e imaginarios de las personas estudiadas. Adicionalmente, Mason (2002) resalta la importancia que tienen los diseños cualitativos para obtener información sobre la forma en que las personas significan los procesos sociales, las instituciones, los discursos y las relaciones interpersonales. Sumado a esto, Quecedo y Castaño (2002) mencionan que una investigación cualitativa permite la obtención y el análisis de datos subjetivos, además de reconstruir las categorías específicas que las personas emplean en la conceptualización de sus experiencias y en sus concepciones.

Adicionalmente, es necesario destacar la importancia para el adulto mayor de ser escuchado, sentirse valorado y seguir siendo partícipe de la comunidad. En efecto, lo que se busca con la presente investigación es caracterizar el lugar que los cuidadores de un centro residencial para personas mayores les dan a los residentes y así poder evidenciar de qué manera este lugar incide en su vida diaria.

Lugar de recolección de datos

La investigación se llevó a cabo en un centro residencial para personas mayores, ubicado en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca. Este es un centro residencial privado que se dedica a la atención, el cuidado y la acogida de adultos mayores. Según su misión trabajan por el bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes, satisfaciendo plenamente sus necesidades en búsqueda de mejorar la calidad de vida.

Participantes

Con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación, se escogió una población constituida por un total de doce adultos mayores, quienes según la definición del Ministerio de Salud (2015) son aquellos que se encuentran en el rango de edad de 60 años o más. Siendo estos, adultos mayores pertenecientes a un centro residencial en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca.

Adicionalmente, con el objetivo de conocer más a fondo a los adultos mayores de la fundación, las interacciones y las actividades diarias que se realizan, se entrevistó a tres cuidadores del centro residencial los cuales fueron la gerontóloga, el auxiliar de enfermería y un practicante de enfermería.

Por otra parte, debido a la crisis que generó el Covid -19, no fue posible establecer el contacto con los familiares de los residentes, por lo tanto, fue a través del discurso de los cuidadores que se construyó la subcategoría de relaciones familiares.

Estrategia de recolección de datos

Observación participante

En principio, durante las seis visitas que se realizaron al centro residencial, se efectuó una caracterización del ambiente a través de la observación participante la cual según Taylor y Bogdan (1984) involucra la interacción social entre el investigador y los individuos inmersos en el escenario social, ambiente o contexto que se estudia y por medio de esta se recogen datos e información de forma sistemática y no intrusiva. Esto con el fin de establecer las dinámicas internas de la institución y así mismo, obtener información sobre el diario vivir de los adultos mayores y sus modos relacionales. Dado el carácter no intrusivo, la observación participante permite la familiarización de los sujetos objeto de investigación con

los investigadores, sin introducir cambios abruptos en su ambiente que limiten sus comportamientos. Finalmente, para el registro de los datos se decidió utilizar el diario de campo, puesto que las condiciones particulares de los residentes no permitían intervenciones de otra índole. Para Bonilla y Rodríguez (1997, como se citó en, Martínez, 2007) el diario de campo permite al investigador monitorear el proceso de observación y tomar nota de aspectos importantes para posteriormente organizar, analizar e interpretar la información. Es por lo anterior, que en el diario de campo se plasmaron tanto datos objetivos importantes, como experiencias e impresiones, para dar un panorama más amplio de lo acontecido.

Entrevistas en profundidad

Por otra parte, para ampliar la caracterización del grupo de adultos mayores con los que se trabajó, se llevaron a cabo entrevistas con las personas encargadas de su cuidado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 3 miembros del personal del centro residencial, (La gerontóloga, un auxiliar de enfermería y un practicante de enfermería) en donde se buscó profundizar sobre la imagen que estos tenían de los residentes y la posición en la que los ubican. En el caso de los adultos mayores, sus condiciones de salud física y mental, nos llevaron a valernos de entrevistas etnográficas, definidas por Garrido (2017) como “una conversación informal en la cual van surgiendo preguntas de forma natural, adaptada a los sujetos y las condiciones del contexto” (p. 4) ; estas quedaron plasmadas en los diarios de campo, en donde se logró indagar sobre los vínculos con sus familias, compañeros y el personal de cuidado, al igual que la influencia que estos tenían sobre su rutina diaria.

Cabe destacar que, para cada entrevista con el personal de cuidado se realizaron grabaciones de audio, las cuales fueron transcritas con el fin de poder realizar una revisión exhaustiva de lo mencionado. En cuanto a las interacciones con las personas mayores, fue imposible realizar grabaciones de audio, pues era difícil registrar su discurso debido a sus

problemas de habla y escucha, por lo tanto, estas quedaron plasmadas en los diarios de campo.

Las entrevistas fueron utilizadas como modo de recolección de información, ya que, como afirma Benito (1995), estas permiten la construcción de un sentido social de una conducta tanto individual como grupal, a través de la subjetividad. Además, como mencionan Bauer (2000), las comunidades, grupos sociales y las subculturas, cuentan historias con palabras y significados que son específicos a su experiencia y forma de vida. Precisamente, las entrevistas semiestructuradas y etnográficas permiten a los participantes valerse de narraciones, siendo esto de vital importancia para lograr un acercamiento más próximo a las vivencias propias de cada adulto mayor.

A la hora de realizar las entrevistas, se indagó por las siguientes categorías:

- **Redes de apoyo social:** Entramado de relaciones que brindan ayuda y acompañamiento de cualquier índole (emocional, de salud, económico)
- **Redes de apoyo formales:** Ayuda profesionalizada desde instituciones o personal especializado con labores de cuidados específicos y estructurados, Guzmán et al (2002, como se citó en, Arias 2013) afirman que esta red de apoyo puede provenir del ámbito público o privado.
- **Redes de apoyo informales:** Entramado de relaciones cercanas (familia, amigos, vecinos, comunidad) que brindan ayudas y “cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos” (Naciones Unidas, 2002, como se citó en, Arias, 2013. p.4).
- **Concepción de la vejez:** Ideas, representaciones sociales e imagen de la vejez y cómo repercute en el trato y subjetividad de los adultos mayores.

- **Concepción institucional del adulto mayor:** Cómo la institución concibe la vejez y cómo se organiza en función de este significado, como se trata al adulto mayor, cómo se organizan los espacios, las rutinas, etc.
- **Actividades:** Aquellas tareas o labores de diversa índole que ejerce el individuo como actividades labores, actividades físicas, actividades recreativas, etc.
 - **Actividades diarias:** Actividades que hacen parte de la rutina diaria de las personas mayores en la fundación.

Presentación de Resultados

En el presente apartado se describen los hallazgos representativos en función de las categorías utilizadas para el análisis. Por lo tanto, las categorías aquí delimitadas fueron el resultado de un ejercicio de distinción, reconocimiento y selección de los tópicos, temáticas e ideas que estuvieron presentes en las narrativas de los entrevistados y de los diarios de campo en donde se plasmaron los acontecimientos del diario vivir de las personas de la tercera edad adscritas a la institución.

Las categorías con las cuales se trabajó fueron: Redes de apoyo formales (relación con cuidadores); redes de apoyo informales (relación con la familia y pares). A continuación, se desarrollará cada una de estas y se presentarán los resultados obtenidos de las interacciones con el personal de cuidado y los adultos mayores del centro residencial, sobre cada una de estas categorías.

Redes de apoyo formales

Estas redes se refieren a la ayuda profesionalizada desde instituciones o personal especializado con labores de cuidados específicos y estructurados, Guzmán et al (2002) afirman que esta red de apoyo puede provenir del ámbito público o privado. “Los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y

programas de prestación de servicios de diversa índole (servicios públicos, seguridad social y salud) en la que trabajan profesionales o voluntarios.” (Guzmán et al, 2002, como se citó en, Arias, 2013, p. 316). A través de esta categoría se pretende indagar sobre la concepción de vejez presente en la institución y cómo ésta se organiza en función de este significado, a través del trato al adulto mayor, la planeación de los espacios, las rutinas y las actividades que se realizan.

Relación con los Cuidadores

Esta subcategoría busca profundizar en aspectos relacionados a los vínculos establecidos entre los cuidadores y los adultos mayores, se investiga sobre la forma en la que se da el cuidado, el trato y en general las interacciones entre estos dos grupos (cuidadores y adultos mayores). El personal que trabaja al interior del centro residencial se divide de la siguiente manera: hay una gerontóloga encargada de la administración del lugar, un enfermero auxiliar quien es contratado para el cuidado específico de uno de los residentes, aunque ofrece ayuda con otras labores que no le corresponden, una auxiliar de cocina y un grupo de entre 2 y 5 estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas en el lugar.

A lo largo de las 6 visitas que se realizaron al centro residencial se destacan diversos aspectos que dan cuenta de la visión que tienen los cuidadores sobre el adulto mayor, y la forma en que esta influye en las dinámicas que se desarrollan al interior.

En un principio resaltamos que los cuidadores sostienen un discurso en donde las patologías de cada individuo se presentan como trabas para desarrollar actividades y comunicarse con los residentes, es decir, la patología está por encima del sujeto. En la primera visita la gerontóloga afirma que “no es muy común que se realicen dinámicas lúdicas puesto que los residentes no siempre están dispuestos a participar” (gerontóloga), menciona que la última dinámica propuesta había sido compleja porque “involucraba pintar con crayones, y una de las pacientes intentó comerse uno de estos” (gerontóloga).

Adicionalmente, recalca que el estado mental de algunos no es el “mejor”; y al preguntar sobre la razón por la cual hay poca interacción entre los adultos mayores, la respuesta fue “La patología. Las patologías de ellos...” (gerontóloga) la respuesta del auxiliar de enfermería fue en esta misma línea, él asegura que “...según su patología...”.

Las interacciones entre los cuidadores y los adultos mayores se limitan a resolver situaciones de carácter médico, los espacios de mayor interacción entonces son donde se les dan los medicamentos, los bañan, limpian y los alimentan. Al respecto el auxiliar de enfermería describe una rutina con un paciente de la siguiente manera:

principalmente, pues con él estoy pendiente de él, de tomar signos vitales, no todos los días se los tomo, porque ya más o menos se cómo está, entonces por eso. Pero sí más o menos, en un mes le tomó 4, 5 veces... de vez en cuando le tomó los signos y ahí esperó turno, que bañen a los demás, dejo de último a él y de ahí, después de bañarlo, lo arreglo acá y todo, y lo paso al desayuno, a desayunar, ya medicado también y en el horario en que está estipulado aquí y después lo llevo para donde usted lo ve y le comienzo a ordenar, limpiar y todo... (AF¹)

Es importante resaltar que durante este tipo de interacciones que ocupan la mayoría del tiempo de las enfermeras y/o auxiliares con los adultos mayores, se mantiene un discurso en el cual se privilegia las órdenes y los pasos a seguir sobre las rutinas, sin que se abra realmente el espacio para conversar, un ejemplo de esto son las siguientes frases dichas en el contexto de cuidado: “Siéntese aquí” “No se vaya a salir” “Venga y coma” “Venga para acá” (practicantes de enfermería)

Adicionalmente, se hizo evidente que se habla de ellos pero no con ellos, como si no existiesen o no estuvieran presentes; durante la segunda y la última visita, la gerontóloga habló de los diagnósticos psiquiátricos de los residentes, “mencionando aspectos sobre sus

¹ AF, Auxiliar de enfermería.

padecimientos y sus personalidades, mientras los adultos mayores están a su lado en completo silencio” (DC, 06/10/21), siendo así que en diversas ocasiones realizó afirmaciones como “ella (señala a R) tiene episodios psicóticos y a veces llora” “Él (señala a F) solo pregunta por la hija”, “Con ella (señala a G) es difícil hablar”, “Él (señala a Js) no escucha bien”. (gerontóloga)

En cuanto a las practicantes de enfermería, estas se encargan de estar pendientes de los residentes, como es un lugar pequeño no hay muchas dificultades en saber dónde están o que hacen, les colaboran para pararse o en lo que necesiten. Durante la segunda visita se vislumbra que ellas hablan de los residentes como si no estuvieran presentes, o más bien como si no entendieran lo que dicen, ellas “...les hablan duro cuando es necesario, sin embargo, no hay un intercambio más allá de órdenes y de preguntas de “¿cómo está?” (DC², 23/07/21). Adicionalmente se observa que, interactúan entre ellas o miran el celular sin responder al llamado de los residentes del centro residencial, en la última visita “F se acerca a una de las practicantes y le pregunta por su hija en repetidas ocasiones, esta no levanta la mirada de su celular y le dice que no sabe nada de la hija de él, que “de pronto esta semana viene “al ver que no le responde nada más F se va” (DC, 04/08/21). La labor de las personas que realizan sus prácticas en el centro residencial se limita a cuidar y atender las necesidades fisiológicas de los residentes, más no se distingue un deseo por interactuar más allá de lo que su labor les exige.

Sin embargo, en el transcurso de las seis visitas que se realizaron, pudimos observar que al intentar charlar con ellos o seguir las conversaciones que los residentes iniciaban, en la mayoría de los casos se presentan dispuestos a hacerlo, siendo así que desde la segunda visita residentes como F, quien es categorizado por los cuidadores como paciente con patología mental, “... se acerca y nos pregunta por su hija , nos cuenta sobre su finca” (DC, 23/07/21)de

² Diario de Campo, notas.

igual manera, I “... nos invita a ingresar a su habitación donde nos muestra fotos de su familia y nos cuenta sobre su vida en la finca” (DC, 04/08/21), Ld “... habla sobre sus hijos y nietos” (DC, 06/10/21) y R “... cuenta sobre su vida en el putumayo” (DC, 06/10/21)

Otro aspecto que se hizo evidente durante el tiempo que asistimos, fue el hecho de que los cuidadores no buscan recursos para comunicarse con quien no puede escuchar o hablar adecuadamente, se limitan a hablarles duro rayando con gritarles o intentan hablar despacio, sin embargo, esto no siempre funciona. Durante la última visita, había ingresado una nueva residente al centro quien no hablaba a pesar de no ser muda, se afirma que “de un momento a otro dejó de hablar” (gerontóloga) y al parecer los médicos no saben la razón. “Al principio intenté escuchar los susurros que buscaban dar respuesta a mis preguntas, pero me era imposible distinguir lo que decía. Las enfermeras le hablan casi gritando y muy pausado, sin embargo, con el objetivo de no recurrir al mismo sistema le preguntó si quería escribirme, y con su cabeza me informa que sí, le paso el diario de campo y un lapicero, y a través de la escritura brinda información sobre su familia y su vida.” (DC, 06/10/21)

Cabe destacar que son contados los momentos en donde los practicantes de enfermería tienen la opción de escoger el lugar donde realizan sus prácticas. “A veces si uno puede elegir, por ejemplo, a mí me iban a mandar al hospital, pero elegí acá” (PE, 1)³ por lo tanto, pueden no tener un gusto ni la vocación para atender a los adultos mayores, “a algunos no les gusta casi el adulto mayor entonces uno no ve esa... como reacia” (gerontóloga) habiendo una diferencia entre quienes sí poseen esa voluntad y agrado por el trabajo con las personas mayores y quienes no “sí, uno ve la diferencia” (gerontóloga)

³ PE, practicante de enfermería.

Redes de apoyo informales

Estas redes son el entramado de relaciones cercanas (familia, amigos, vecinos, comunidad) que brindan ayudas y “cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos” (ONU, 2002, como se citó en, Arias, 2013. p. 4). En el caso de los adultos mayores adscritos al centro residencial, estas relaciones cercanas se ven limitadas a su círculo familiar y a los otros residentes del centro, de ahí que con esta categoría se busca profundizar sobre el lugar que tienen estas relaciones en la vida de los adultos mayores.

Relación con la Familia

Según lo narrado por los cuidadores y lo constatado durante las seis visitas que se realizaron, se establece que la familia no tiene un involucramiento activo ni una relación constante con las personas de la tercera edad internadas en la institución. La mayoría de las residentes son visitados una o dos veces al mes en un espacio pequeño de tiempo, una hora o dos como máximo, se afirma que la mayoría de los familiares no cuentan con el tiempo y otros se encuentran fuera del país lo que imposibilita ese acercamiento. “las visitas familiares no son frecuentes, algunos los visitan cada mes o cada semana y por otros, solo asisten cuando tienen que pagar la mensualidad, si no es que realizan alguna transacción y no van en lo absoluto”. (gerontóloga)

En efecto, los adultos mayores necesitan cuidados especiales que la familia no puede proporcionar por diversas razones, ya sea la jornada laboral que no les permite tener tiempo; porque tienen hijos de los cuales tienen que hacerse cargo; o no saben cómo lidiar con las patologías que tienen los adultos mayores ya que son de difícil manejo; o porque se encuentran fuera del país. Ld “fue internada en el centro debido a que padece de problemas renales y no hay quien la cuide ni la lleve a sus citas médicas” (DC, 06/10/21) mientras que en el caso de I “Fue traído a la institución por el accidente que sufrió el cual lo dejó en silla

de ruedas y le quitó la movilidad en la mitad del cuerpo y sus familiares se encuentran en España, por lo que no hay quien lo cuide”. (DC, 04/08/21)

Sin embargo, se logra identificar que dentro del centro residencial no existe un espacio destinado a las visitas de los familiares. Durante la tercera visita, el nieto de F llegó al centro para hablar con su abuelo, “La visita duró aproximadamente 15 minutos, en donde todo el tiempo el nieto estuvo por fuera del centro, parado en la ventana y F al interior, igualmente de pie.” (DC, 04/08/21). La manera en la que el personal de la institución pasa por alto las interacciones de los adultos mayores con los familiares que se acercan al centro residencial, deja claro que no hay un lugar en el que se privilegien estos intercambios, y resulta preocupante, que, al preguntarle a los cuidadores sobre el papel de la familia en la vida de los adultos mayores, describan que las intervenciones de éstos son pocas o nulas, poniendo en evidencia que no tienen en cuenta estas situaciones.

Los practicantes de enfermería y la gerontóloga afirman que algunos de los adultos mayores no reconocen a sus familiares cuando llegan de visita al centro residencial, por lo tanto, no hay un cambio de estado de ánimo ni un comportamiento diferente después de la visita. “Yo creo que es por la misma enfermedad ¿no? que (Ls)la ve a la hermana y la trata mal... él (F) pues si se alegra verla, pero queda como tranquilo cuando la hija se va, L también, pero como L no es consciente...el más joven, él dice chao y ya. LC cuando viene el hijo pues no lo reconoce, no sabe que es el hijo, G igual no reconoce.” (gerontóloga)

A pesar de lo anterior, muchos adultos mayores hacen referencia a sus familiares, se acercan a preguntar por ellos, por si los conocemos, o piden realizar llamadas. “F constantemente se acerca para preguntar por su hija y cuando va a venir” (DC, 23/07/21), “G pide que llamen a un número de teléfono para contactarse con sus familiares” (DC, 04/08/21) e “I pide prestado un teléfono para llamar” (DC, 04/08/21)

Por último, los familiares tienen la responsabilidad de encargarse de los trámites y chequeos médicos de los residentes del lugar, cada mes deben llevarse a revisión y si están enfermos encargarse de las citas médicas y los exámenes. Hay dos casos en los cuales es la institución quien se encarga, ya que es complejo para la familia pues no cuentan con el tiempo para hacerlo, “eso se encarga el familiar, de pronto él (LC), como el hijo le queda poco tiempo, que no puede, las hijas de él están en Bogotá y él tiene la misma EPS que yo, yo le colaboro(...) eso sí, de resto a ella (G) si la lleva al médico, ya el familiar es el que hace, de resto todo con la familia.” (gerontóloga). Adicionalmente, algunos de los residentes se encuentran casados, más no hay indicios de que esta relación se mantenga, en principio por la patología de los pacientes, además del hecho de que el estar institucionalizados representa un corte con los lazos del “mundo exterior”.

Relación entre pares:

Según lo observado durante las visitas y lo acotado por los cuidadores, la relación entre los adultos mayores en la institución puede ser entendida desde dos puntos de vista:

El primero de estos, es la mirada de quien los cuida, en donde existe la idea de que las relaciones se complejizan por el hecho de que muchos tienen dificultades para escuchar y hablar claramente, adicional de las patologías de las que padecen. En efecto, desde la visita #1 hasta la #6 se hizo evidente que este es un factor que dificulta, más no imposibilita su comunicación, y es justamente ahí donde surge la segunda perspectiva, la cual corresponde a la mirada propia que tienen los adultos mayores de las relaciones con sus compañeros, que difiere de la postura adoptada por sus cuidadores. Ante este último punto se destacan diferentes aspectos que dan cuenta de la capacidad de los residentes del centro residencial de identificar a sus compañeros y socializar con sus pares.

En un principio, encontramos que los residentes que no cuentan con diagnósticos psiquiátricos suelen ver a los que presentan enfermedades mentales como “locos”

convirtiéndose estos últimos en sujetos indeseables con los que no se quieren relacionar, compartir espacios e incluso se convierten en objetos de burla y de chistes.

“... L intenta entrar, pero I no lo deja, le molesta que entren a su habitación y hace un gesto de desaprobación, además se ríe de él y hace un comentario “estos están todos locos”.

“... ante la intromisión de F que al vernos reunidos pregunta “¿Qué están haciendo?” mostrando interés en participar e intentando entrar al cuarto, I rápidamente lo saca y nos comenta “Otro loco, si está acá, está loco”. “G, como es costumbre sigue cerca de la ventana y habla que necesita salir de allí y llama a sus padres, el nuevo adulto mayor O, la mira con desdén y se mofa de ella, haciendo el comentario “está loca” y mira a la enfermera con complicidad. Así mismo, demuestra rechazo hacia L quien cuenta con dificultad cognitiva y se encuentra con la boca abierta dejando salir saliva de su boca y mirando un punto fijo”. (DC, 04/08/21).

De lo anterior, se hace evidente una capacidad de identificación del otro, en donde los residentes reconocen las situaciones específicas de sus compañeros, lo que les permite realizar un proceso de “selección” en cuanto a quién es apto o no para la interacción. No obstante, aquellos residentes que cuentan con algún tipo de diagnóstico psiquiátrico también parecen identificar con quien pueden interactuar, residentes como F u O sólo interactúan con las personas que le pueden dar respuesta.

“F, un adulto mayor que anda con un brazo recogido y la mano cerrada se nos acerca e informa que su finca queda “a la vuelta” de donde está ubicado el hogar y que quiere ir, que, si lo podemos llevar, a lo que respondemos que no es posible. Él es el único adulto mayor que siente curiosidad por saber quiénes somos y nos pregunta si somos familiares de alguien, le decimos que no y le explicamos que somos estudiantes. Al preguntarle por él,

refiere a su nombre completo, que “viene de Linares y nos pregunta por su hija, que cuando va a venir puesto que quiere que esta se lo lleve.” (DC, 23/07/21)

“O se encuentra bien arreglado, con ropa formal y un reloj que no deja de mirar a cada rato esperando a ser recogido. A su lado se encuentra una practicante con su teléfono, a veces le muestra videos y los dos se ríen o hacen comentarios al respecto del video o lo acontece en la sala, solo se dirige a ella para hablar, a los otros adultos mayores los ignora o los mira con desdén” (DC, 04/08/21)

Contrario a la imagen que tienen los cuidadores de los residentes, en donde la falta de interacciones entre ellos se atribuye a las patologías, lo que se logra observar es que hay interacciones que se escapan de la mirada de los cuidadores, pues los adultos mayores demuestran la facultad para reconocer al “otro” e interactuar sin que necesariamente medien las palabras. Tal es el caso de L y F, dos adultos mayores que poseen patologías, el primero presenta un daño cerebral producto de un accidente, por lo que su cognición está severamente afectada, no verbaliza y a pesar de verse más joven que sus compañeros, su imagen es la de alguien menos funcional que el resto; por su parte, el segundo tiene un diagnóstico de Alzheimer, estos dos han logrado establecer una relación de complicidad para ir en búsqueda de comida a la cocina.

“En medio del silencio y la calma, se logra ver como L, el señor con discapacidad cognitiva le realiza una especie de seña a F, al principio no queda muy claro si es algo involuntario o si tiene algún sentido, no obstante, al poco tiempo F va hacia la cocina, las enfermeras no lo notan, unos segundos después, L lo sigue. En ese momento, las enfermeras se percatan de la falta de los dos y van a buscarlos, cuando se percatan que los están llamando, F ingresa a su habitación que queda muy cerca de la cocina y L dice que quiere ir al baño. Las enfermeras los devuelven a la sala. Sin embargo, unos minutos más tarde se

observa que L vuelve a hacerle señas a F, y se repite la misma dinámica, al parecer su objetivo es ingresar a la cocina por comida.” (DC, 14/09/21)

Adicionalmente, encontramos que al crearse espacios donde se propicia la interacción, independientemente de las dificultades ya mencionadas, se evidencia apertura por parte de los residentes por sostener o profundizar en estas interacciones, siendo así, que al compartir habitación, se crean momentos que escapan a la mirada de los cuidadores, en donde logran sostener pequeños intercambios que les permiten conocer al otro un poco mejor “I comenta que tenía un compañero de “joda” con el que compartía habitación y con el que “hablaba paja”, este le pedía café y comida” (DC, 04/08/21) Sin embargo murió al poco tiempo.

Al compartir habitación con otros residentes, se generan dinámicas similares en donde sus compañeros le piden café o algo de comer por las mañanas, “I al principio se molesta al tener compañeros, pero poco a poco les va facilitando el acceso y compartiendo su comida, estableciéndose pequeñas charlas entre ellos. Actualmente el compañero que tiene no presenta alguna patología que afecte su memoria o cognición, sin embargo, cuenta con problemas de audición, lo que dificulta la comunicación” (DC, 14/09/21).

Análisis y discusión de resultados

Para facilitar el análisis de los resultados se ha decidido describir en primer lugar la relación con la familia ya que estos son los acudientes directos de los adultos mayores, posteriormente se caracteriza la relación con los cuidadores puesto que son estos quienes reciben la responsabilidad de cuidar anciano y finalmente se expone la relación que existe entre pares, pues estos representan el último grupo con el que se relacionan.

Relación con la familia

En cuanto a la relación con la familia, se debe puntualizar que la emergencia sanitaria producto del COVID-19, sumado al hecho de que no existen horarios fijos de visita nos llevó a valernos del discurso de los residentes y las descripciones dadas por el personal para lograr entender el papel que estos juegan sobre la vida de los adultos mayores.

La familia como ya se ha mencionado es la institución social primordial que acoge al individuo a lo largo de la vida. Tal como expone De Ussel (2001) “la familia juega un papel fundamental (...) en el discurso de los mayores, la pareja, los hijos, los nietos y parientes en general son destacados siempre como un pilar central en el que apoyarse en momentos del ciclo vital” (p. 14). Así mismo, Liu et al (2016) sostienen que el apoyo social juega un papel importante en la prevención de la soledad y la depresión en los adultos mayores. Es por ello que la percepción de la ausencia de los parientes o familiares cercanos de los adultos mayores del centro residencial, causa en estos un sentimiento de resignación frente al escenario en que se encuentran, lo que poco a poco conlleva a la adopción de la pasividad y a la espera de la muerte sin más; en consecuencia, surgen afirmaciones en donde se da cuenta que se encuentran en el centro residencial a la espera de que termine su ciclo de vida: “...que voy a hacer, estoy enferma, no puedo meterme a una cocina, no puedo trapear, planchar, no puedo hacer nada.”(DC, 07/08/21) “Cuando uno tiene hambre come cualquier cosa”(DC, 07/08/21) así mismo, frente a la muerte de sus compañeros se afirma que “no hay nada que uno pueda hacer”. (DC, 04/08/21)

El personal de cuidado del centro residencial afirma que la familia de los residentes no se encuentra en capacidad de brindar la vigilancia y cuidado que requieren los adultos mayores, por lo que internarlos en el centro se torna como una ayuda para poder prestar la atención especializada que es requerida. Ante esta situación, se aprecia que el personal de cuidado generaliza la existencia de una falta de interés por parte de la familia. No obstante, en

diversas ocasiones quedó claro que no siempre es así: I “Recientemente había tenido una llamada con sus familiares de España” (DC, 14/09/21) a F “llega un joven y pregunta por F, dice ser su nieto, le lleva algunas cosas para comer.” Igualmente “su hija suele ir y está muy pendiente de él” (DC, 04/08/21) a B “su hija, a diferencia de los familiares de otros residentes, la visita a diario de ser posible.” (DC, 07/08/21)

En esta línea, se logró identificar que el centro residencial al generalizar el rol de la familia frente a los residentes, no se preocupa por realizar esfuerzos para promover espacios en donde se puedan sostener estos vínculos, durante la visita #3 (DC, 08/04/21) que se realizó, se logró evidenciar que no existe un lugar privado en donde los familiares puedan ir y conversar con los residentes, el centro no exige a las familias que realicen visitas constantes a los residentes, la única demanda que se establece es el pago de la mensualidad y que se encarguen de los controles médicos de estos, e inclusive en este último punto, existe la posibilidad de que el centro se haga cargo de esta situación.

Ante lo anterior, se destaca la importancia y trascendencia que tiene el acompañamiento familiar en los procesos de adaptación de las personas mayores a las instituciones, puesto que incide además, en el bienestar subjetivo que pueden percibir los sujetos, es por esto que se hace preciso la reconexión o la apertura de espacios desde la institución que permitan el reencuentro entre adultos mayores y sus familias, para que se sientan acompañados, apoyados, queridos y así perciban que aún conservan el lazo con el mundo exterior; como afirma Barenys (1990, como se citó en, Molero et al, 2011. p. 34)

El hecho de recibir llamadas o visitas de familiares va a otorgar la sensación al mayor institucionalizado, de que los vínculos con el exterior no se han perdido, lo que a su vez infiere en un nexo de continuidad con la vida anterior al ingreso.

El hecho de que en el centro no se promuevan espacios para la vinculación con la familia resulta preocupante, pues expone a los adultos mayores a un sentimiento de soledad y desesperanza, lo que puede exacerbar sus patologías, ante esto Guillén (1998, como se citó en, Molero et al. 2011) menciona que:

El desarraigo del mayor institucionalizado con respecto a las redes de apoyo familiar podría aumentar la probabilidad de padecer de ansiedad, depresión, psicomatización, introversión y aislamiento del entorno, entre otros. (pp. 34 -35)

Así misma, Perez (2005, como se citó en, Molero et al, 2011) refiere que:

En el momento en que la persona mayor institucionalizada no recibe, o no percibe, la suficiente atención por parte de los familiares comienza a experimentar la sensación de pérdida de rol que éste desempeñaba en el núcleo familiar. Esto puede llevar asociado una serie de consecuencias, que pasan por una preocupación constante que puede derivar incluso en manifestaciones clínicas de índole psicológica o fisiológica. (p. 34)

En efecto, sin la conexión emocional entre adultos mayores y sus familiares en esta institución, parece que no se colman las necesidades afectivas ni se potencia su voluntad por vivir, lo cual sumado a una institución que reduce el tratamiento de sus mayores al cuidado del cuerpo orgánico sin estimular otros aspectos del ser, ni propiciar espacios entre familiares y adultos, derivan en la concepción de las personas mayores como objeto de cuidado y atención, omitiendo sus capacidades sociales y mentales.

Relación con cuidadores

La relación que los adultos mayores sostienen con sus cuidadores parece estar permeada por una mirada patologizante, de la cual se desprende un trato en donde el adulto mayor no es percibido como un sujeto consciente capaz de entender; son nombrados y señalados como si no estuvieran presentes. Ante lo anterior y teniendo en cuenta lo que

afirma Benveniste (1958) al decir que “La instalación de la subjetividad en el lenguaje crea, en el lenguaje, y ...fuera de él también, la categoría de la persona ” (p. 184) se podría dar cuenta de la posición pasiva que le ha sido dada a los adultos mayores que residen en el centro y la cual han adoptado, puesto que interiorizan la mirada y la enunciación que sus cuidadores tienen hacia ellos, como consecuencia el individuo se va constituyendo tal como la institución lo concibe y pierde la posición de sujeto y aparecen afirmaciones como “...que voy a hacer, estoy enferma, no puedo meterme a una cocina, no puedo trapear, planchar, no puedo hacer nada.” (DC, 07/08/21) igualmente para I “hago lo mismo todos los días, solo espero y ya” (DC, 14/09/21)

Como se menciona anteriormente, los adultos mayores del centro residencial dejan de presentarse como agentes activos, y se presentan más bien como sujetos pasivos, que siguen órdenes y pasan la mayor parte del tiempo sentados en completo silencio, lo que según los cuidadores facilita el trabajo, puesto que disminuye la carga y les permite tener tiempo libre, esto se evidencia en la visita #3 en donde las practicantes: “hablan entre ellas, ven el celular e interactúan jocosamente entre ellas, sin embargo no hay interacción con los adultos a menos que ellos les pidan algo ” (DC, 04/08/21), en cuanto a la rutina de los residentes se observa que “una vez han almorzado suelen dormir y estar menos activos” (DC, 13/06/21) así mismo, “sus tardes son rutinarias, sin hacer nada y sin interactuar con alguien”(DC, 23/06/21). Esta situación puede ser entendida bajo la luz de lo señalado por Cruz (2008) retomando los postulados de Foucault (1961), en donde las instituciones se configuran como dispositivos de control disciplinario que establecen una vigilancia que regula hábitos, pensamientos, costumbres, etc. que además producen y reproducen estos mismos hábitos y costumbres ya que los dispositivos se insertan, se internalizan y se interiorizan por los individuos objetos de las técnicas disciplinadoras.

De igual manera, Goffman (2001) plantea que en las instituciones totales se genera una “mortificación del yo” al haber un despojo del yo anterior a través de varios mecanismos, al mismo tiempo, que el sujeto se reorganiza en función del marco referencial dado por la institución en las normas establecidas en el lugar, las recompensas y los privilegios dados a cambio de obediencia y los castigos ocasionados por incumplir las normas. (INTERNADOS, Algunas puntuaciones sobre la obra de Erving Goffman, 2016). Lo anterior, sumado al corte abrupto que experimentan los residentes con el “mundo exterior”, incide en que los adultos mayores internalicen el nuevo rol de “paciente”, el cual, sin que se encuentren un contexto hospitalario, es avivado por el personal del centro; afirmaciones como: “la mayoría son pacientes con problemas neurológicos” (AF, 2021) “Si, actualmente tengo 12 pacientes” (G, 2021) “Les presento a los pacientes, a cada uno el diagnóstico, las actividades que se hacen,” (G, 2021) permiten observar la posición que los cuidadores adoptan frente a los residentes del centro, en donde estos no son sujetos con capacidad de interacción, , de ahí que es claro que los adultos mayores son etiquetados según los diagnósticos que poseen lo que permea el trato y la forma de hablarles.

En el centro residencial, ocurre también una masificación e infantilización de las personas mayores con el fin de brindar un trato igualitario; Berruti & Buzeki (2001) en su investigación evidencian algo similar pues afirman que:

Al homogeneizar a la población mediante un trato igualitario el encargado puede establecer un control mucho mayor sobre ella, evitando conflictos propios de las relaciones entre individuos diferentes. (p. 464)

De este trato igualitario que se les da a los residentes se desprende la invisibilización de las diferencias particulares de cada individuo, por lo que sus capacidades y habilidades no son tomadas en cuenta, mucho menos sus demandas sociales, las facultades y necesidades a nivel psicológico, las cuales son menester suplir. No hay una proposición de actividades

debido a que no se les tiene en cuenta y mucho menos se les escucha quedando a expensas de lo que se les presenta, un residente afirma que “yo hago lo que me pongan a hacer” (DC, 23/07/21) mientras que el personal de cuidado sostiene que no es muy común que se realicen actividades lúdicas pues los adultos mayores “no siempre estaban dispuestos a participar, menciona que la última dinámica propuesta había sido compleja porque involucraba pintar con crayones, y una de las residentes intentó comerse uno” ante esta situación, enfatizan que “el estado mental de algunos no es el “mejor”(DC, 13/07/21)

No obstante, al preguntar a los adultos mayores por las actividades que les gusta realizar, surgen diferentes intereses, los cuales nunca fueron nombrados por los cuidadores; siendo así que algunos expresan que quieren realizar caminatas en diferentes horarios, pero no es posible debido a que solo están programadas en la mañana. A I le gusta prender su radio y “escucha música hasta quedarse dormido” (DC, 14/09/21). Asimismo, F refiere que le gustan los boleros, en especial Julio Jaramillo y le gustaría poder escuchar música, por su parte a Ld le gustaría que alguien predicara en el hogar. La generalización de las condiciones mentales de los adultos mayores dentro del centro residencial es alarmante pues impide reconocer la subjetividad e individualidad de cada sujeto y por ende sus necesidades.

Asimismo, los resultados de la investigación realizada por el Ministerio de Salud y la Universidad del Valle (2013) sugieren que los cuidadores reconocen como su quehacer principal la asistencia de los adultos mayores en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, suministro de medicamentos y aseo). Dejando en evidencia, la poca importancia que se le da a la dimensión social y a la salud mental en los cuidados gerontológicos. De ahí que se invisibilizan algunas interacciones que se dan dentro del centro residencial y que escapan la mirada de quienes están encargados de su cuidado.

Dado lo anterior, establecemos que es importante que el personal de cuidado tenga una mirada integral de los adultos mayores y sus cuidados. Así pues, destacamos la observación que se hace en “Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica” de la Organización Panamericana de la Salud, en donde Anzola (1993) recolecta y organiza conocimientos y enseñanzas para el personal de los Ministerios y Servicios de la Salud:

El bienestar de un adulto mayor supera al cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas fisiológicas y al mantenimiento de su salud física. Al igual que otros miembros más jóvenes de la sociedad, su estado de bienestar general depende, además, de la satisfacción de las necesidades de seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización (...). Por otra parte, y considerando al ser humano como un ente holístico inmerso dentro de un sistema abierto y, en consecuencia, en constante interacción con su entorno, se concluye en que las acciones que el equipo de enfermería gerontológica desarrolle en el plan de cuidado que diseñe para un adulto mayor, deberá incluir aquéllas necesarias para promover el mantenimiento de su integridad psicosocial. (p. 51)

Relación entre pares

Llegados a este punto queda claro que a los adultos mayores del centro residencial se les ha dado y han adoptado una postura en donde lo social no es el centro, no es un elemento fundamental para el desarrollo de sus vidas, Gaviria & Gallego (2019) afirman que los vínculos que las personas mayores puedan establecer con sus compañeros, se encuentran ligados a la salud mental del residente, pues al propiciar relaciones cercanas que proporcionen apoyo y brinden satisfacción le permiten al adulto mayor soportar eventos adversos.

No obstante, en los residentes del centro se vislumbra una serie de características que dan cuenta de sujetos con necesidades y deseos sociales y afectivos, que se encuentran en la capacidad de socializar, puesto que es justamente en escenarios que no se encuentran mediados ni por la familia, ni por sus cuidadores donde logran establecer pequeñas interacciones que permiten el contacto con el otro. Durante la quinta visita se logró evidenciar una interacción entre dos residentes, ambos categorizados como pacientes psiquiátricos, quienes logran comunicarse sin que necesariamente medien las palabras:

En medio del silencio y la calma, se logra ver como L, el señor con discapacidad cognitiva le realiza una especie de seña a F, al principio no queda muy claro si es algo involuntario o si tiene algún sentido, no obstante, al poco tiempo F va hacia la cocina, las enfermeras no lo notan, unos segundos después, L lo sigue. En ese momento, las enfermeras se percatan de la falta de los dos y van a buscarlos, cuando se percatan que los están llamando, F ingresa a su habitación que queda muy cerca de la cocina y L dice que quiere ir al baño. Las enfermeras los devuelven a la sala. Sin embargo, unos minutos más tarde se observa que L vuelve a hacerle señas a F, y se repite la misma dinámica, al parecer su objetivo es ingresar a la cocina por comida. (DC, 14/09/21)

Es así como se demuestra que existe una respuesta del adulto mayor a un otro que lo concibe como igual, que no lo mira desde la falta ni la enfermedad. Existe entonces en estos adultos mayores una demanda al otro y ante la aparición de sujetos que quieran escuchar sus palabras, se abren espacios de interacción, en donde independientemente de las dificultades y deterioros de salud que estos padecen, en los adultos mayores del centro se evidencia apertura para sostener o profundizar en estas interacciones, siendo así, que al compartir habitación, se crean pequeños intercambios que les permiten conocer al otro un poco mejor “I comenta que tenía un compañero de “joda” con el que compartía habitación y con el que “hablaba paja”,

este le pedía café y comida” igualmente, al acercarnos a los adultos mayores y tratarlos como iguales se nota una apertura por parte de estos hacia nosotros: I “... nos invita a ingresar a su habitación donde nos muestra fotos de su familia y nos cuenta sobre su vida en la finca”(DC, 04/08/21) F“... se acerca y nos pregunta por su hija, nos cuenta sobre su finca” (DC, 23/07/21) por su parte Ld “... habla sobre sus hijos y nietos” y R “... cuenta sobre su vida en el putumayo” (DC, 06/10/21)

A lo largo de las visitas que se realizaron al centro residencial, surgieron una serie de afirmaciones por parte de los adultos mayores sobre sus compañeros, que dan cuenta de una ambigüedad sobre la forma en que se vinculan con estos. Como se mencionó en el apartado anterior, los residentes muestran apertura a la hora de relacionarse con el otro que los ubica como iguales, no obstante, afirmaciones como: “No pues, aquí hablo solo” (DC, 14/09/21), “uno no se aprende el nombre de esa gente, el no dura mucho o capaz se muere primero él”, (DC, 14/09/21) y “Soy muy feliz con los parientes míos...no hay como la gente de uno” (DC, 06/10/21). Demuestran esta posición pasiva que los adultos mayores han interiorizado, en donde no vale la pena interactuar con los demás.

Es así como los residentes del centro residencial parecen haber limitado las interacciones con sus compañeros, lo cual resulta preocupante, pues según Bazo et al (2006) sentirse aislado o solo es más problemático, que realmente vivir solo. El hecho de que la familia no acompañe el proceso de adaptación a la institución y los cuidadores los “cosifiquen” y no los miren ni los nombren como sujetos capaces de socializar o capaces de hacer, trae como consecuencia la nula creación de espacios o actividades que incentiven a la conformación de vínculos significativos ni con los cuidadores ni con sus pares y los lleva a estar sumidos en la rutina de las actividades básicas para el mantenimiento del cuerpo.

Todavía cabe señalar que Grenade & Boldy (2008) refieren que un factor de riesgo asociado a la soledad es el deterioro cognitivo y físico; así mismo, Bonifas et al (2014) encontró en su investigación que los residentes de un hogar de larga estadía no establecen relaciones con otros debido a las enfermedades y deterioros físicos o mentales propios o de los otros. En el caso del centro residencial, los adultos mayores suelen ver a los que presentan trastornos psiquiátricos como “locos” convirtiéndose estos últimos en sujetos indeseables con los que no se quieren relacionar, compartir espacios e incluso se convierten en objetos de burla y de chistes.

“... L intenta entrar, pero I no lo deja, le molesta que entren a su habitación y hace un gesto de desaprobación, además se ríe de él y hace un comentario “estos están todos locos”. (DC, 04/08/21)

“... ante la intromisión de F que al vernos reunidos pregunta “¿Qué están haciendo?” mostrando interés en participar e intentando entrar al cuarto, I rápidamente lo saca y nos comenta “Otro loco, si está acá, está loco” (DC, 04/08/21)

G, como es costumbre sigue cerca de la ventana y habla que necesita salir de allí y llama a sus padres, el nuevo adulto mayor O, la mira con desdén y se mofa de ella, haciendo el comentario “está loca” y mira a la enfermera con complicidad. Así mismo, demuestra rechazo hacia L quien cuenta con dificultad cognitiva y se encuentra con la boca abierta dejando salir saliva de su boca y mirando un punto fijo. (DC, 04/08/21).

Es por lo anterior, que es importante retomar lo referido por Gaviria & gallego (2019) en cuanto a los procesos de institucionalización, la promoción de actividades de socialización, recreación, capacitación, entre otras, que permitan la sintetización de los saberes adquiridos en el ciclo vital transformara cómo se vivencia la vejez. Reiterando la

necesidad e importancia de tener en cuenta las individualidades y peculiaridades de las personas mayores dentro de la institución.

Conclusiones y recomendaciones

Una vez finalizado el contraste entre la revisión teórica y los datos encontrados durante las visitas que se realizaron al centro residencial, se logró concluir que existen tres interacciones principales que se dan al interior de dicho centro: la familia, los cuidadores y aquellas que se dan entre pares.

Hay que mencionar además que, a pesar de que el centro cuenta con una misión en donde afirma que trabaja por “el bienestar físico, emocional y espiritual de los pacientes, satisfaciendo plenamente sus necesidades en búsqueda de mejorar la calidad de vida” como se ha dejado claro hasta este punto, las necesidades emocionales y espirituales no son un eje central en el cuidado del adulto mayor, por el contrario, el enfoque principal es el mantenimiento del cuerpo biológico para garantizar el bienestar físico; pues todo lo realizado es en pro de cuidar el organismo desde el baño, el suministro de medicamentos, las caminatas, la alimentación y los chequeos médicos, etc.

En cuanto a la familia, se encontró que la falta de tiempo, energía y la falta de capacitación para manejar pacientes psiquiátricos, son las principales razones por las que internan a los adultos mayores en el centro residencial. La emergencia sanitaria producto del COVID-19 limitó nuestro contacto con los familiares, por lo que tuvimos que valernos del discurso de los cuidadores y de la narración de los residentes para lograr entender el papel que estos juegan frente al diario vivir de las personas mayores. Ante lo anterior, quedó claro que existe una percepción por parte de los cuidadores de un abandono generalizado al adulto mayor en la residencia refiriendo pocas o nulas visitas, e invisibilizando los casos en los cuales si hay un acompañamiento ya sea por medio de visitas presenciales o llamadas.

Igualmente, los cuidadores del centro residencial adoptan una mirada asistencialista en donde se limitan a cumplir con las necesidades médicas y biológicas de los residentes, limitando sus interacciones a aquellas que sean estrictamente necesarias para el desempeño de su labor, dejando claro que no interactúan a no ser que sea necesario, poniendo al adulto mayor en calidad de objeto que solo recibe cuidados, omitiendo su subjetividad y por ende las diferentes demandas emocionales y sociales que puedan tener. Es así, que el residente interioriza la forma en la que es tratado y adopta una posición pasiva no sólo frente a los cuidadores sino también frente a sus compañeros.

Finalmente, a pesar de que los adultos mayores responden a un otro que los mira como iguales, se logró observar que las relaciones entre estos se ven considerablemente limitadas, producto de la imagen que los cuidadores tienen de la familia y de los residentes; pues se observa que no se considera necesario crear espacios en donde se puedan promover el sostenimiento de los vínculos con familiares y la creación de lazos con los compañeros, lo cual resulta perjudicial para los adultos mayores que residen en el centro, puesto que se identifican sentimientos de aislamiento con relación al “mundo exterior”, falta de atención y la idea de que no son escuchados. Es así que consideramos valioso que el centro residencial incentive la vinculación entre las personas mayores, pues esta se convierte en una tarea imprescindible si se quiere preservar y fomentar la salud mental y generar recursos que le permitan al adulto mayor afrontar esta etapa de la vida, así como mantenerse en una posición activa y participativa en la sociedad.

Finalmente, se identificó la desvalorización del lugar social en los adultos mayores, por parte de los cuidadores, generalizando el deterioro físico y mental, limitando las ofertas que le permiten a los residentes incluirse en la vida social. Es por esto que se considera crucial que desde el centro residencial se reconozca la diversidad de cada uno de los procesos

por los que atraviesan los adultos mayores y las variables que pueden generar diferencias en el afrontamiento de esta etapa de la vida en cada individuo. En definitiva, se evidenció que la relación que los cuidadores sostienen con los adultos mayores residentes del centro incide considerablemente en las interacciones que se dan tanto con la familia como con los compañeros.

Limitaciones

Dada las características del presente trabajo, se considera que para futuras investigaciones resultaría provechoso valerse de una población de adultos mayores más grande, que pertenezcan a más de un centro residencial, de manera que se logre realizar un contraste entre la situación de cada grupo. Adicionalmente, se podría indagar sobre la vida de aquellos adultos mayores que cuentan con un ambiente más activo y social. Finalmente, se considera relevante contactar a las familias de los adultos mayores institucionalizados de forma que se pueda profundizar sobre su postura.

Referencias

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Antonelli, e., Rubini, v., & Fassone, c. (2000). *The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. Journal of environmental psychology*, 20(2), 151–164.
Doi:10.1006/jevp.1999.0159
- Anzola, E. (1993). Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica. *Washington, DC: OPS. EUA.*
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós: Gerontología*, 16(4), 313-329.
- Asiamah, N. (2017). Social engagement and physical activity: Commentary on why the activity and disengagement theories of ageing may both be valid. *Cogent Medicine*, 4(1), 1289664.
<https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1289664>
- Baiza J. (2015). Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful Aging* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Banco Mundial (2019). Datos de libre acceso del Banco Mundial: *Demografía por edad 1960-2019* [Gráficos]. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

- Bauer, M. W., & Gaskell, G. D. (2000). *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook for social research* (Illustrated ed.). Sage Publications Ltd.
- Bazo, T., Garcia, B., Hernandez, G., Leira, J., Lopez, J., Millan, J., & Tabodea, O. (2006). Sociología de la vejez. *Principios de geriatría y gerontología* (pp. 112-139). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España
- Benito, L. E. A. (1995). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (pp 225-240). Editorial Síntesis.
- Benveniste, É.(1958). Capítulo 15: De la subjetividad en el lenguaje. En *Problemas de Lingüística General I*. México: Siglo XXI.
- Berruti, M. B., & Buzeki, M. (2001). Cuidadores Formales en la Institucionalización de Larga Estadía. In *IV Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogos de Chile AG.
- Bonifas, R. P., Simons, K., Biel, B., & Kramer, C. (2014). Aging and place in long-term care settings: Influences on social relationships. *Journal of Aging and Health*, 26(8), 1320-1339.
- Brown, C. A., McGuire, F. A., & Voelkl, J. (2008). The link between successful aging and serious leisure. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66(1), 73–95.
Recuperado de: <https://doi.org/10.2190/AG.66.1.d>
- Castaño, C. M. & Quecedo M. R. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14),5-39. [fecha de Consulta 3 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1136-1034. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=175/17501402>

- Cerón, A. I. C. (2001). La población en la era de la información: de la transición demográfica al proceso de envejecimiento. *Revista estudios demográficos y urbanos del colegio de México*, (48), pp. 485-51 <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v16i3.1106>
- Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 46. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Correa, L. Uribe, L. (2017). *La vejez de hoy y del mañana en Colombia: Logros y retos de la implementación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado de: https://www.saldarriagaconcha.org/wpcontent/uploads/2019/01/pm_la_vejez_de_hoy.pdf
- Cruz, J. G. (2008). Anatomía del Poder: Episteme y sujeto político en Michel Foucault. *Konvergencias: Revista de Filosofía y Culturas en Diálogo*, (19), 35-50.
- Cumming, E., & Henri, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Book
- DANE. (2021). *Adulto mayor en Colombia: Características generales*. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Penguin-Random House Grupo Editorial
- De Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Erikson, E. H. (1985). El ciclo vital completado. In *El ciclo vital completado* (pp. 141-141).
- Fernández - Ballesteros R. (2000). *Gerontología social*. España Ediciones Pirámide.

- Fernandez, T., Rodriguez, M. S., & Stolkiner, A. (2013). Las prácticas de cuidado en la vejez desde la perspectiva relacional: el vínculo entre los cuidadores formales y los adultos mayores. In *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.
- Ferraro, K. F. y Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?, *The Gerontologist*, 49 (3). 333- 343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Garrido, N. (2017) El Método de James Spradley en la investigación cualitativa.
- Gaviria M. A.G, & Gallego D. M. B. (2019). Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 11(2), 99-121. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n2a04>
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, A. M. V. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1), 4-13.
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468-478.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of aging: Social and psychological perspectives*, 1, 299-320.a

- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: effects of self-concept and educational attainment.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M., & Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*.
- INTERNADOS, Algunas puntuaciones sobre la obra de Erving Goffman, (2016)
- Iuliano, R. (2019). Vejez y envejecimiento: Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, psicología y la educación. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación.
- Kahana E., K. B. (1996). *Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation*. (pp. 18–40).
- Kelly, J. R., Steinkamp, M. W., & Kelly, J. R. (1986). Later life leisure: how they play in Peoria. *The Gerontologist*, 26(5), 531–537. <https://doi.org/10.1093/geront/26.5.531>
- Kim, J., Yamada, N., Heo, J., & Han, A. (2014). Health benefits of serious involvement in leisure activities among older Korean adults. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 24616. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24616>
- Knight, T., & Ricciardelli, L. A. (2003). Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56(3), 223–245. <https://doi.org/10.2190/CG1A-4Y73-WEW8-44QY>
- Lange, J., & Grossman, S. (2010). Theories of aging. In *Gerontological Nursing: Competencies for Care*, (pp. 50 – 75)
- Ley 1251 de 2008. (2008, 27 de noviembre). Congreso de la República. Diario Oficial 47.186

- Ley 1276 del 2009. (2009, 05 de enero). Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.223
- Ley 1315 de 2009. (2009, julio 13). Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.409 de
- Ley 789 de 2002. (2002, 27 de diciembre). Congreso de la República. Diario Oficial 45.046
- Lieberman, M. A., Prock, V. N., & Tobin, S. S. (1968). Psychological effects of institutionalization. *Journal of Gerontology*, 23(3), 343-353.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758.
<https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Longino, C. F., & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713–722. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.6.713>
- Mabry, J. B., & Bengtson, V. L. (2005). Disengagement theory. *Encyclopedia of ageism*, 113-117.
- Martínez, L. A. (2007). La Observación y el Diario de campo en la definición de un tema de investigación. Perfiles libertadores - Institución Universitaria Los Libertadores.
- Mason, J. (2002). Designing qualitative research. *Qualitative researching*,
http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Mason_2002.pdf
- Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., ... & Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS one*, 8(1), e54856.
- Menec V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S74–S82. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.s74>

Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad del Valle. (2013). Caracterización de los cuidadores institucionales en Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla. Informe Técnico en el marco del Convenio Interadministrativo No. 539 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad del Valle para caracterizar a los cuidadores institucionales de personas mayores y de la atención en salud a las personas mayores de 60 años según eventos trazadores, en Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019). Sala situacional de la Población Adulta Mayor. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-poblacion-adulta-mayor.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2008). Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20Técnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Política colombiana de envejecimiento y vejez, 2015- 2024*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). *Boletines Poblacionales: Personas adultas mayores de 60 años*. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (30 marzo del 2021). *Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores*. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/vejez-calidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (30 marzo del 2021). *Envejecimiento y Vejez*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Molero, M, Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction.

Journal of Gerontology, 16(2), 134–143. <https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>

O'Connor, P. (1992). Friendships between women: A critical review.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007). Ciudades globales amigables con los mayores:

Una guía. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, 21 de septiembre). *Demencia*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Paggi, M. E., Jopp, D., & Hertzog, C. (2016). The importance of leisure activities in the relationship between physical health and well-being in a life span sample. *Gerontology*, 62(4), 450–458.
<https://doi.org/10.1159/000444415>
- Palmore, E.B. (1999). Ageism: negative and positive. New York: Springer Publishing Company.
- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). “Successful aging”- where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306–1308. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.t01-1-50324.x>
- Rook, K. S., & Charles, S. T. (2017). Close social ties and health in later life: Strengths and vulnerabilities. *The American Psychologist*, 72(6), 567–577.
<https://doi.org/10.1037/amp0000104>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Scott, A. y Wenger G. (1996). Género y redes de apoyo social en la vejez. En Arber, S., & Ginn, J (Eds.). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, (Vol. 4). Madrid, Narcea S.A. Editores.
- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528–547. <https://doi.org/10.1177/0164027502245003>
- Stevens, N., & van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1), 15–35.
<https://doi.org/10.1080/036012700267376>

Strejilevich, L. (2004). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Editorial Dunken. Recuperado de:

<http://www.portaldesalta.gov.ar/libros/GERONTOLOGIA.pdf>

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol.

1). Barcelona: Paidós.

Teh, J. K. L., & Tey, N. P. (2019). Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese. *SSM - Population Health*, 9, 100479.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100479>

Toepoel, V. (2013). Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help Reduce social isolation of older people? *Social Indicators Research*, 113(1), 355–372.

<https://doi.org/10.1007/s11205-012-0097-6>

Anexos

ANEXO 1 - Diario de Campo

Primera Visita - julio 13 de 2021

Objetivo: Reunirse con la gerontóloga del centro residencial para discutir nuestra propuesta de investigación.

Descripción: En horas de la mañana llegué al Hogar geriátrico, el cual se encuentra en una avenida principal de la ciudad de Palmira, transitada constantemente por diferentes tipos de vehículos. Al timbrar, uno de los enfermeros practicantes me atiende y llama a la gerontóloga, quien me da acceso al lugar. Una vez adentro, observo que los practicantes están ubicando a los residentes del hogar en un círculo en la sala para realizar una actividad con una pelota, dinámica que consiste en mencionar el nombre de una de las personas mayores, para proseguir a pasarle la pelota, a modo de llamar su atención. Gracias a esta dinámica, la gerontóloga encargada del hogar cuenta con unos minutos libres para atenderme, por tanto, me dirige hacia el fondo de la casa, donde me invita a sentarme en un viejo mueble para discutir algunos temas relacionados con el desarrollo de la tesis y nuestra participación en dicho espacio.

Al explicarle la pregunta de investigación y los objetivos de esta, la gerontóloga se muestra cautivada y menciona que: “El dueño se emocionó al saber que íbamos a ir” (Haciendo referencia a su jefe directo) con el fin de que pudiéramos dar una retroalimentación de lo que observemos. Menciona además que: “Son muy pocas las personas que se preocupan por ellos” (Haciendo referencia a los adultos mayores). De ahí que aprovechando la disposición y el tiempo que ella tenía, procedo a realizar algunas preguntas para crear una primera imagen del Hogar y su estructura.

En un principio recalca que el tipo de actividades que estaban realizando en la sala, no eran muy comunes puesto que los residentes no siempre estaban dispuestos a participar, menciona que la última dinámica propuesta había sido compleja porque involucraba pintar con crayones, y una de las residentes intentó comerse uno. Recalca que el estado mental de algunos no es el “mejor”. Ante lo anterior, procede a mencionar el nombre de tres residentes con los cuales considera que podríamos trabajar, puesto que ellos, están “cuerdos”. A razón de esto, pregunto por la rutina que hay al interior de hogar, a lo que la gerontóloga procede a explicar a detalle las horas de baño y alimentación (desayuno, almuerzo y cena) que manejan, así como las horas de la medicación. De ahí que me recomienda asistir en horas de la mañana, después de las 10 am puesto que ya están arreglados y desayunados, y antes de la 1 pm, ya que una vez han almorzado suelen dormir y estar menos activos.

Interpretación: De la interacción con la gerontóloga queda claro que existe un interés por el trabajo y la intervención con el adulto mayor, sin embargo, se hace visible que existe una dificultad para poder llevar a cabo dinámicas con los residentes, esta complejidad es atribuida a las patologías y condiciones específicas de los residentes. Así mismo, se evidencia la orientación del cuidado que se tiene en el hogar, puesto que se hace mucho énfasis en los cuidados médicos, de alimentación e higiene de quienes residen en el lugar. Este último punto, podría indicar que existe una atención principalmente biologicista

Impresión: A pesar de que estaban realizando una actividad con los adultos mayores, me resultó impactante el silencio que se sentía al interior del hogar. En el exterior, el paso de los carros crea un ambiente caótico, no obstante, al atravesar las puertas para ingresar al hogar geriátrico, se siente un silencio casi sepulcral. Ver a los 7 residentes, sentir sus miradas y su silencio me resultaba algo intimidante. Pensar que ese es el espacio en donde muchas

personas pasan los últimos años de su vida, tornó esta experiencia en algo melancólico. Es la idea de que tal vez haya algo por aportar, algo que se pueda mejorar, lo que me motiva a seguir asistiendo.

Segunda Visita - julio 23 de 2021

Objetivo: Familiarizarnos con las dinámicas que se llevan a cabo al interior del hogar y lograr habituar a los residentes a nuestra presencia.

Descripción: El hogar geriátrico se ubica en una calle comercial en la cual pasa todo el día carros y motos, alrededor podemos encontrar talleres de autos, motos, venta de aceite, no hay parques ni zonas verdes cerca, hay mucho ruido proveniente de la calle. El tamaño del hogar es pequeño, consiste en una casa de dos pisos, aunque solo el primero de estos está adecuado para el uso de los adultos mayores. Al entrar se ingresa directamente a la sala, esta es el lugar común donde se reúnen los adultos mayores, se encuentran sentados en sillitas de plástico o el sofá y hay un televisor pequeño y antiguo el cual está a un alto volumen y en cualquier canal. Sin embargo, los adultos mayores no parecen estar interesados en ver la televisión ni en interactuar entre ellos. Una residente, G, de pelo corto y delgada, se hace cerca a la ventana con su silla de ruedas, a veces cuando pasa alguien grita pidiendo ayuda o busca llamar su atención, después se santigua y empieza a rezar pidiendo ayuda y que la saquen de allí, así mismo, nombra a su papá y a su mamá para que vengan por ella. Al parecer es usual que tenga delirios constantes en donde comienza a gritar pidiendo ayuda y que la saquen de ese lugar.

Las habitaciones quedan alrededor de la sala, la primera es la más decorada, es la habitación de I quien tiene fotos en la pared y dibujos, se le pregunta si le gusta pintar, a lo que responde

“yo hago lo que me pongan a hacer” adicionalmente tiene un mapa de España, las demás habitaciones son individuales. La otra zona común es el comedor, ahí hay dos mesas de plástico en donde los adultos mayores desayunan, almuerzan y cenan, de dos en dos en cada mesa, por lo tanto, solo pueden comer un total de cuatro al mismo tiempo y los otros esperan que acaben para poder pasar a la mesa. no se los observa intercambiar palabras. Un adulto mayor en silla de ruedas, I, tiene una mesa pequeña en una esquina, donde come solo. El almuerzo está listo aproximadamente a las 12, después del cual toman una siesta o vuelven a la sala. Ningún adulto mayor necesita ayuda para comer, pueden comer solos. El desayuno se sirve a eso de las 8 am, se les da unas “onces”; usualmente frutas y el almuerzo en general consiste en una sopa y un jugo. Las salidas a caminar suelen realizarse a las 8 o 10 de la mañana, y la ruta es por la calle principal, la cual como se mencionó es ruidosa.

Así mismo, se observa un baño con puerta abierta y un patio, que es el único lugar dentro de la casa donde ingresa el sol directamente. Se destaca que la puerta del hogar se mantiene cerrada ya que muchos intentan abrirla para poder regresar a sus hogares, creen saber cómo llegar. El personal está compuesto por una gerontóloga, la cocinera, un enfermero pagado para un adulto mayor específico y dos enfermeras, quienes están en práctica y son rotativas por lo cual todo el tiempo están ingresando nuevas.

En cuanto a la composición de los residentes hay 8 adultos mayores de edades entre 58 y 102 años. Dos son mujeres, y los demás son hombres. Hay dos en silla de ruedas; I y G, un hombre y una mujer respectivamente. I tiene una parálisis en un lado de su cuerpo, a pesar de ello, la gerontóloga afirma que tiene un buen estado mental, desde su silla de ruedas ubicada en la puerta de su habitación parece mirar con recelo a todos.

El menor de los adultos mayores L, tiene altamente comprometida su cognición, no habla casi, la mayor parte de su comunicación son balbuceos o señas, pasea de un lado al otro y lo regañan para que se quede quieto, va a la cocina porque tiene hambre y quiere comida y ante la negativa vuelve a su puesto e insiste más tarde.

F, un adulto mayor que anda con un brazo recogido y la mano cerrada se nos acerca e informa que su finca queda “a la vuelta” de donde está ubicado el hogar y que quiere ir, que, si lo podemos llevar, a lo que respondemos que no es posible. Él es el único adulto mayor que siente curiosidad por saber quiénes somos y nos pregunta si somos familiares de alguien, le decimos que no y le explicamos que somos estudiantes. Al preguntarle por él, refiere a su nombre completo, que viene de Linares, y nos pregunta por su hija quiere saber cuándo va a venir, puesto que desea que se lo lleve.

B es la residente de mayor edad, tiene 102 años, se nos informa que tiene buen estado mental, pero se encuentra en su cama durmiendo. Ella es familiar de la gerontóloga y se encuentra en el hogar porque sufrió una caída y no había quien la cuidara, por lo tanto, se va a quedar por un tiempo y después vuelve a su hogar.

LA es un hombre que, según lo señalado por la gerontóloga, también se encuentra en buen estado mental, no obstante, no escucha por lo que es difícil charlar con él. Su movilidad es lenta y suele estar sentado, tiene una edad aproximada de 82 años.

Los adultos a excepción de F e I no parecen inmutarse ante nuestra presencia y ni siquiera nos miran al llegar, la mayoría sostiene una mirada que se pierde en el espacio, parecen mirar a la nada.

Las enfermeras están bastante pendientes de los residentes, como es un lugar pequeño no hay muchas dificultades en saber dónde están o que hacen, les colaboran para pararse o en lo que necesiten. Les hablan duro cuando es necesario, sin embargo, no hay un intercambio más allá de órdenes y de preguntas de “¿cómo está?”. Durante nuestra visita, hubo dificultades con F pues este quiere irse a su finca, por lo tanto, busca siempre salir, como no puede a veces se ponen a mirar por la ventana y camina por ahí. Al momento de hablarnos, dice que lo acompañemos a su finca que si lo podemos llevar. Se le pregunta por su familia y si lo visitan y afirma que nadie va, cambia de tema, se dirige a su habitación y saca una crema y nos pide que por favor le ayudemos a sacar un poco, ya que le duele una mano y nos la señala. Le preguntamos si le gusta escuchar música, a lo que responde afirmativamente, dice que le gustan los boleros y la música de Julio Jaramillo, no obstante, no tiene donde escucharlo. Luego devuelve la crema a su lugar y se sienta en el sofá, procede a pedirnos un par de zapatos puesto que afirma solo tener unos y nos muestra los zapatos que tiene puestos, dice que ya están malos, rompe en llanto por unos segundos, luego cambia el tema y se va a su habitación.

Según lo relatado por la gerontóloga, las mañanas son las más difíciles pues toca bañarlos y muchos no quieren. Ellos escogen qué ponerse y tienen cada uno su ropa traída por la familia. Por la tarde, duermen o están en la sala, no hay propuestas de actividades ya que han tenido dificultades con muchos adultos mayores, porque no quieren participar, muchos se enojan y se van.

Finalmente, según la información que se nos comparte, los adultos mayores son revisados mensualmente por un médico. Y según lo narrado por la gerontóloga las visitas familiares no son frecuentes, algunos los visitan cada mes o cada semana y por otros, solo asisten cuando

tienen que pagar la mensualidad, si no es que realizan alguna transacción y no van en lo absoluto.

Interpretación: De este primer contacto con los adultos mayores y su rutina, podemos observar la rigidez de la estructura en la que son atendidos, se da cuenta de una especie de lista de chequeo que se debe cumplir con relación a los cuidados de los residentes y pareciera que la atención se encuentra limitada por esta, puesto que no se observan interacciones por fuera de estos cuidados “básicos”. Igualmente, no se presentan mayores interacciones entre los residentes, en un principio sus problemas de habla y/o escucha, parecen dificultar las interacciones entre ellos, sin embargo, tampoco se presenta una propuesta de espacios ni actividades por parte de los cuidadores para mejorar la vinculación entre ellos, cada uno es dejado en su propio espacio donde no pueda ser perturbado, empero, es esto mismo lo que parece dificultar las interacciones. Los adultos mayores, dejan de presentarse como agentes activos, y se presentan más bien como sujetos pasivos.

Impresión: En un principio fue difícil un acercamiento con los adultos mayores, la pequeñez del lugar dificultó realizar una observación, sin “estorbar”. Pudimos interactuar ampliamente con la gerontóloga, de lo cual destacamos la forma en cómo se dirigía a los residentes, pues los nombraba y los señalaba como si no estuvieran presentes, o más bien como si no entendieran lo que ella estaba diciendo.

Al salir, hubo una sensación de tristeza y de nostalgia pues es una situación difícil de vivenciar. Sus tardes son rutinarias, sin hacer nada y sin interactuar con alguien. Las visitas como se mencionó son muy pocas, por lo que deja una sensación de abandono, que, en vez de ser agentes activos, son sujetos pasivos que pasan sus días esperando su muerte. Esta visita

exploratoria eliminó de forma abrupta las ideas e imaginarios sociales que teníamos y trastocó la manera en que habíamos planeado trabajar pues ya teniendo en cuenta la situación de los residentes era imposible realizar entrevistas. Así mismo, se sentía un aire de resignación y soledad, los ancianos se encontraban ahí sentados sin interactuar con nadie, algunos mirando algún punto fijo, otros paseando de acá para allá.

La televisión estaba tan alta de volumen que de alguna manera era abrumante, también lo era el ruido de afuera, lo primero que pensé era que no había un lugar tranquilo cerca de la naturaleza donde los adultos pudieran estar y que las caminatas eran por zonas muy comerciales y transitadas.

Tercera Visita - agosto 4 de 2021

Objetivo: Indagar sobre la percepción que tiene el adulto mayor sobre el hogar y sus compañeros.

Descripción: Al llegar nos encontramos con un nuevo adulto mayor, O, que estaba ahí para ser cuidado durante el día, al entrar inmediatamente intenta agarrar la puerta e irse, pero es detenido por las enfermeras que cierran la puerta con llave y le explican que no es posible irse y que tiene que esperar que lo recojan, desesperado y enojado se vuelve a sentar en el sofá y mira la hora. Este adulto mayor se encuentra bien arreglado, con ropa formal y un reloj que no deja de mirar a cada rato esperando a ser recogido. A su lado se encuentra una practicante con su teléfono, a veces le muestra videos y los dos se ríen o hacen comentarios al respecto del video o lo acontece en la sala, solo se dirige a ella para hablar, a los otros adultos mayores los ignora o los mira con desdén,

G, como es costumbre sigue cerca de la ventana y habla que necesita salir de allí y llama a sus padres, el nuevo adulto mayor O, la mira con desdén y se mofa de ella, haciendo el

comentario “está loca” y mira a la enfermera con complicidad. Así mismo, demuestra rechazo hacia L quien cuenta con dificultad cognitiva y se encuentra con la boca abierta dejando salir saliva de su boca y mirando un punto fijo. Los demás se encuentran en las sillitas de plástico. El televisor sigue con alto volumen y sin nadie que realmente le preste atención. Las enfermeras hablan entre ellas, ven el celular e interactúan jocosamente entre ellas; más no hay interacción con los adultos a menos que ellos les pidan algo o se vean en la necesidad de hablarles. F se acerca a una de las practicantes y le pregunta por su hija en repetidas ocasiones, esta no levanta la mirada de su celular y le dice que no sabe nada de la hija de él, que “de pronto esta semana viene”, al ver que no le responde nada más F se va.

Mientras nos organizamos en la sala, llega un joven y pregunta por F, dice ser su nieto, le lleva algunas cosas para comer. F parece reconocerlo, hablan sobre algunos miembros de la familia, le pregunta por su hija. La visita duró aproximadamente 15 minutos, en donde todo el tiempo el nieto estuvo por fuera del hogar, parado en la ventana y F al interior, igualmente de pie. Hacia el final, La gerontóloga se percató y lo invita a ingresar, aunque él ya se tiene que ir, el nieto le pide la bendición a F y se despide, le dice que va a volver a verlo. Después de esto, nos damos cuenta de que así mismo, su hija suele ir y está muy pendiente de él, sin embargo, al preguntarle sobre estas visitas, él afirma no recibir ninguna.

Durante nuestra visita, logramos establecer contacto con I, el señor de la silla de ruedas, a pesar de que la primera impresión que da es de alguien serio, que no quiere ser molestado, fue todo lo contrario, estaba dispuesto a hablar y quería hablar, nos invitó a pasar a su habitación y nos mostró todas las fotos que tenía y nos contó sobre su vida en la finca. Su relato es coherente, recuerda mucho de su pasado y se presenta contento de contarnos sobre su vida. Su tono de voz es bajo, producto de un accidente que afectó su mandíbula y por ende

su forma de hablar, es por esto que hay que esforzarse para intentar escucharlo. La tv sigue con volumen alto por lo cual agrega dificultad para escuchar lo que dice I. Así mismo, hay que hablar duro para que él pueda escuchar. Nos cuenta que a veces pide prestado un teléfono para llamar a sus familiares, adicionalmente refiere que quiere hablar, pero no hay con quien, no hay forma de conversar, lo ha intentado. L intenta entrar, pero I no lo deja, le molesta que entren a su habitación y hace un gesto de desaprobación, además se ríe de él y hace un comentario “estos están todos locos”.

Comenta que lleva 4 años en la institución, tiene 75 años, antes vivía en una finca ganadera, con terrenos amplios y grandes, en su infancia contaban con “sirvientas”. Sus familiares se encuentran en España y parecen estar pendientes de él, en especial la esposa de su hermano ya fallecido. Fue traído a la institución por el accidente que sufrió el cual lo dejó en silla de ruedas y le quitó la movilidad en la mitad del cuerpo y ya que sus familiares se encuentran en el exterior, por lo que no hay quien lo cuide. En la pared se observa un mapa de España, y afirma que “así sabe a dónde viajan” refiriéndose a sus familiares. Se atisba alegría al recordar y al narrar sucesos de su vida, su infancia en la finca, historias con sus amigos e historias sobre sus familiares. Nos va guiando e indicando que fotos mirar cada vez que habla de un familiar o un amigo. Ante la intromisión de F que al vernos reunidos pregunta “¿Qué están haciendo?” mostrando interés en participar e intentando entrar al cuarto, I rápidamente lo saca y nos comenta “Otro loco, si esta acá, está loco”.

Comenta que tenía un compañero con el que compartía habitación de “joda” y con el que “hablaba paja”, este le pedía café y comida, sin embargo, murió al poco tiempo de estar en la habitación con él. Su compañero de habitación le pedía café todos los días al levantarse, a eso de las 5 de la mañana, en un principio le incomodaba, pero con el tiempo, fue cediendo y

terminó compartiendo su comida con él, a pesar de que las enfermeras ya le habían dicho que su compañero de habitación no podía consumir café. La muerte de X no parece presentar tristeza para I, afirma que un día se lo llevaron porque se puso “mal” y en la noche le informaron que había fallecido, a pesar de esto, refiere que “no hay nada que uno pueda hacer”, la muerte parece presentarse como una forma de descanso, en sus propias palabras al hablar de X dice “por fin pudo descansar”. Entre las fotos que hay pegadas en la pared de su habitación, se resalta a la izquierda del mapa de España, una foto de quien fue su compañero de habitación.

Interpretación: De esta visita hay varios aspectos que logramos destacar, el primero de ellos es el hecho de que parecen presentarse interacciones entre los residentes que escapan del conocimiento de sus cuidadores, los momentos previos a que los bañen y les den desayuno representan un espacio íntimo de relación entre aquellos que comparten habitación, en esta misma línea, logramos identificar que existe un reconocimiento del “otro”, por parte de los residentes, parecen identificar quienes son sus compañeros, y en el caso de quienes no cuentan con alguna patología que afecte su cognición, logran identificar inclusive con quien pueden y con quien no pueden hablar. Adicionalmente, se sigue evidenciando una desvinculación por parte de las enfermeras que realizan prácticas y los adultos mayores, estas se limitan a cuidar y atender las necesidades fisiológicas de los residentes, más no se vislumbra un deseo por interactuar más allá de lo que su labor les exige, no obstante esto no implica que no exista una demanda por parte de los adultos mayores de socializar o conversar, en los momentos en que nosotros les ponemos charla o les preguntamos cosas, los residentes se muestran más que dispuestos de conversar, así su discurso no sea coherente intentan desarrollar una conversación.

Impresión: Una vez terminada la visita, logramos identificar que se ha perdido el miedo a interactuar con los residentes del hogar, el acercamiento que se tuvo con el señor I nos permitió entender mejor la situación y dinámicas que hay al interior del hogar geriátrico. Se sigue observando una especie de resignación sobre la situación en la que se vive, sin embargo, salieron a relucir diferentes recursos que les permiten llevar el día a día. Así mismo, resultó enriquecedor poder realizar el contraste entre lo que se había dicho por parte de los cuidadores sobre las relaciones entre los adultos mayores y lo que se escucha realmente por parte de ellos. Así es que finalizamos con curiosidad y una mayor apertura para seguir visitando y profundizando sobre el contraste ya mencionado.

Cuarta Visita - agosto 7 de 2021

Objetivo: Indagar sobre la percepción que tiene el adulto mayor sobre el hogar y sus compañeros. Así mismo, conocer el rol de la familia en la vida actual de los residentes.

Descripción: Durante esta visita no se encontraba la gerontóloga, aun así, se nos permitió el acceso. Ya las enfermeras parecen reconocer el trabajo que estamos realizando en el hogar, y algunos adultos mayores también parecen identificarnos. A nuestra llegada, los residentes del hogar ya están bañados y ya han desayunado, la cocinera les está dando una merienda de fruta picada. Establecemos contacto con la residente de mayor edad, B, quien hace poco acaba de cumplir 103 años, en la pared sigue pegada alguna decoración festiva que dan cuenta de una celebración. Posee buena movilidad y puede hablar claramente, así mismo su audición está en buen estado. Al hablar con ella remite ser del Tolima, pero ha vivido desde muy niña en Palmira puesto que sus padres fallecieron cuando ella todavía era pequeña, afirma que después de esto quedó “sola en el mundo”.

A pesar de que la gerontóloga había mencionado que B no presentaba ningún tipo de deterioro en su memoria, a varias preguntas que se le realizan responde con un “no me acuerdo” respuesta que me da al preguntarle cuántos años tiene, igualmente, en varias ocasiones al preguntarle sobre su fiesta de cumpleaños, responde con algo completamente distinto, y menciona que “Si, palmira es una ciudad buena”. Intento profundizar sobre su diario vivir, y menciona que no hace mucho, “...que voy a hacer, estoy enferma, no puedo meterme a una cocina, no puedo trapear, planchar, no puedo hacer nada.” Sobre el trato de las enfermeras dice no tener problemas, aunque al preguntarle si le gusta, hace una seña con las manos que puede ser leída como “más o menos”. Afirma no aburrirse estando sentada, y al preguntarle sobre su relación con sus compañeros sostiene que: “no me gusta hablar con ellos”. Su hija, a diferencia de los familiares de otros residentes, la visita a diario de ser posible. Nos cuenta, además, que no le gusta ver tv porque le duele la vista. Finalmente, se le pregunta por su alimentación en el hogar, si le gusta, pero dice que “Cuando uno tiene hambre come cualquier cosa”.

Al final de la conversación me pide que le acerque un caminador, sin embargo, las enfermeras me dicen que no lo haga porque después “Se pone a dar vueltas y hay que estar poniéndole cuidado”.

Hubo una pequeña charla con I, quien afirma que ha hablado con B en alguna ocasión pero que sus charlas son superficiales, de todos modos, le parece una señora muy decente y que le agrada.

Se encontraba un señor en silla de ruedas que nunca habíamos visto, no se pudo establecer contacto, ya que no habla, mira fijamente y tiene movimientos involuntarios, aplaude

ocasionalmente y hace mucho ruido a veces, lo que le molesta a las demás personas mayores y a las enfermeras, le dicen que deje de hacer bulla, sin embargo, no parece entender nada de lo que se le dice.

Con G, se hizo un pequeño intercambio comunicativo, cuando se le pregunta si le gusta las novelas, pues prestaba atención a una propaganda de una nueva novela, dice que no, que esas novelas viejas, se le dice que es nueva y dice ¿ah sí?, la conversación se frena pues G comienza a delirar, se santigua y le pide a Dios y a sus padres que la saquen de ahí, pide que llamen a un número de teléfono para contactarse con sus familiares.

Interpretación: Logramos identificar que a pesar de las limitaciones por salud o corporales, existe un anhelo por poder hacer, el cual no está siendo alimentado y motivado por los cuidadores, para evitar una “sobrecarga” en su labor. Se hace evidente, que para los cuidadores es más fácil tenerlos sentados y en silencio, que de pie y hablando todo el tiempo.

Impresión: Esta fue una visita corta en donde ya hemos aprendido a soltarnos un poco más en el espacio, y a la hora de establecer contacto con los adultos mayores. El silencio ya no resulta tan incómodo como en las primeras visitas y logramos identificar a los residentes y las particularidades de cada uno.

Quinta Visita - septiembre 14 de 2021

Objetivo: Conocer el rol de los enfermeros que están en rotación y cómo se relacionan con los adultos.

Descripción: Llegaron 4 personas de la tercera edad nuevas, uno tiene 93 años, es un señor alto, delgado y blanco, al que denominaremos P. Este adulto actúa irracionalmente, ya que es un poco grosero y tuvo una discusión física con la enfermera, pues al parecer le quería pegar a esta. La enfermera lo sujetó de los brazos y le decía que se calmara mientras que el señor hacía fuerza para soltar sus brazos e intentar agredirla. Así mismo, en una ocasión, se sentó en el piso y decide gatear, las enfermeras lo miran y no le dicen nada, no le prestan atención. A partir de esto, se infiere que tiene buena condición física, además de poseer fuerza, Los demás adultos son una señora en silla de ruedas J, y otra que se ve más joven R, no conversan, la señora más joven intentó ayudar a la de la silla de ruedas, pero no le fue permitido llevarla a acostar ya que no era hora de siesta. El señor anterior de la silla de ruedas con quien no se podía hablar no lo volvimos a ver.

Debido a esta llegada, I tiene compañero de cuarto, el señor Js, quien ha sido categorizado por los cuidadores como “cuerdo”, cuenta con problemas de audición; está sordo, pero no cuenta con otros problemas físicos. Se levanta a las 12, justo para ir a comer, saluda con alegría cuando nos ve, más no puede tener intercambios con los otros residentes o con las enfermeras. F intentó escapar; la puerta quedó abierta y él salió, las enfermeras le gritaron y lo devolvieron. Una enfermera intentó jugar con él y que bailaran, F lo hizo por un rato hasta que se cansó y se fue a rondar por el hogar como suele hacer.

Debido a que llevábamos tiempo sin ir, I no nos reconoció, no se acordaba de nosotros y preguntó quiénes éramos. Al preguntarle por los nuevos integrantes I manifiesta que no se aprende el nombre de las personas nuevas “uno no se aprende el nombre de esa gente, el no dura mucho o capaz se muere primero él”, sabe que la de la silla de ruedas habla, mientras que de los demás no sabe. Nos percatamos de un viejo radio que tiene al pie de la cama, y nos

cuenta que le gusta prenderlo y escuchar música hasta quedarse dormido. I al principio se molesta al tener compañeros, pero poco a poco les va facilitando el acceso y compartiendo su comida, estableciéndose pequeñas charlas entre ellos. Actualmente el compañero que tiene no presenta alguna patología que afecte su memoria o cognición, sin embargo, cuenta con problemas de audición, lo que dificulta la comunicación

Aun así, con las personas nuevas, la sala queda en silencio, a pesar de que comparten espacio común, no hay charlas. Fue posible establecer un pequeño contacto con B, a pesar de su edad, escucha relativamente bien y tiene un buen discurso, a veces no entiende lo que le preguntan o contesta otra cosa.

La mayoría de los residentes del hogar habían sido ubicados en la sala como de costumbre, en silencio, las enfermeras se encontraban alrededor cuidándolos y se supone que prestando atención. En medio del silencio y la calma, se logra ver como L, el señor con discapacidad cognitiva le realiza una especie de seña a F, al principio no queda muy claro si es algo involuntario o si tiene algún sentido, no obstante, al poco tiempo F va hacia la cocina, las enfermeras no lo notan, unos segundos después, L lo sigue. En ese momento, las enfermeras se percatan de la falta de los dos y van a buscarlos, cuando se percatan que los están llamando, F ingresa a su habitación que queda muy cerca de la cocina y L dice que quiere ir al baño. Las enfermeras los devuelven a la sala. Sin embargo, unos minutos más tarde se observa que L vuelve a hacerle señas a F, y se repite la misma dinámica, al parecer su objetivo es ingresar a la cocina por comida.

En esta ocasión I afirma que “estoy aburrido”, pues según lo que relata ya no quiere seguir en la institución, quiere irse a la finca y afirma que se va a ir. Recientemente había tenido una

llamada con sus familiares de España para discutir esta posibilidad, no obstante, no queda claro si podría ser factible su traslado a la finca, ya que no hay nadie quien lo cuide. En general, I se veía irritado, “hago lo mismo todos los días, solo espero y ya”. Se le vuelve a preguntar con quién habla durante el día a lo que responde de forma jocosa “No pues, aquí hablo solo”. Nos cuenta que le gustaría ver un programa sobre ganadería que presentan en la madrugada, pero no lo ponen porque es “muy temprano para prender el televisor”

Interpretación: Las enfermeras en rotación, limitan su rol a cuidar y atender lo que sea estrictamente necesario, existen algunos intentos de interactuar con los residentes, más no es con todos, ni en todo momento. Aquel que esté quieto y callado, se deja así para que no incomode.

Impresión: La interacción con I nos deja algo desanimados, en primer lugar, porque no nos recordaba y en segundo porque se notaba algo aburrido. En este punto, se hace evidente que las capacidades de los adultos mayores van más allá de lo que se nos había mencionado en un principio. En medio del silencio se nota que están atentos a los demás y de lo que hacen. Notamos que la dinámica no ha cambiado en ninguna de las 5 visitas que hemos realizado, es la misma rutina monótona todos los días, con ligeros cambios en algunos aspectos, pero nada muy importante para ser destacado.

Última Visita - octubre 6 de 2021

Objetivo: Indagar sobre aspectos relacionados a la percepción del adulto mayor que tienen sus cuidadores.

Descripción: Al llegar al hogar me encuentro con que los adultos mayores están sentados afuera recibiendo sol en compañía de las enfermeras practicantes (Hay tres de ellas). La gerontóloga me recibe y me menciona que el número de residentes aumentó a 12, por lo que hay que estar pendiente de más cosas, al preguntarle quiénes son los nuevos me da un breve recorrido mostrándome a las personas que ingresaron, desde la sala señala a algunos de los que están sentados afuera, y luego me presenta a R, quien estaba parada al lado nuestro sin decir nada, la saludo, sin embargo, no obtengo respuesta alguna, a lo cual la gerontóloga empieza a mencionar aspectos sobre sus padecimientos y sus personalidades, mientras los adultos mayores están a su lado en completo silencio, afirma que R padece de un trastorno psicótico y que a veces llora, pero que en general es muy calmada, todo esto mientras R sigue al lado nuestro sin mencionar palabra alguna, solo sonrío.

Ante el ajetreo producto de la cantidad de residentes, decido esperar a que todo se calme un poco y me dirijo a la última habitación donde se encuentra una nueva habitante del hogar, R me sigue. Me presento y procedo a entablar una conversación, la nueva integrante se presenta como L, dice tener 54 años y ser de la ciudad de Palmira, en donde ha pasado toda su vida, fue internada en el hogar debido a que padece de problemas renales y no hay quien la cuide ni la lleve a sus citas médicas, habla de sus hijos y nietos, dice tener 2 hijos que viven en Cali y en sus propias palabras afirma que estos “van y vienen” al igual que sus 4 nietos, es por esto que asegura sentirse “como acogida” ya que las enfermeras y la gerontóloga, están muy pendientes de todos, de su comida, de medicamentos y de llevarla al médico. No obstante, L asevera: “Soy muy feliz con los parientes míos...no hay como la gente de uno” al hablar del anhelo de tenerlos cerca, y finaliza diciendo “pero toca adaptarse a las circunstancias”. Sobre su vida en el hogar, menciona que no le gusta que la bañen tan temprano puesto que hace

mucho frío el cual “se le mete a uno en los huesos” y afirma que “uno se debería bañar cuando uno quiera, eso el cuerpo le dice a uno”.

En medio de la conversación R observa y sonrío, y en un intento por hacerla partícipe de la charla, le pregunto por su experiencia en el hogar, si le ha gustado, a lo que responde con un “Si”, a pesar de mover su cabeza en forma negativa (de izquierda a derecha), tras un silencio, menciona que es de Puerto Asís y que tiene una hija, luego menciona a Puerto Limón, y finalmente me cuenta sobre su vida en el Putumayo, también comenta que tiene 76 años. Al intentar indagar más sobre su experiencia en el hogar, menciona que no puede dormir bien ahí, porque “toca estar pendiente de los paramilitares” y adiciona, al hablar del personal del hogar “me tratan feo” ante este último punto, vuelve al silencio y no vuelve a hablar hasta que me despido.

Una vez se termina la interacción con R, Ld pregunta “¿Cierto que ella no parece de 76?”. Ambas comparten habitación, por lo que busco indagar sobre la relación que pueden tener, aunque, Ld dice que R no habla mucho, “solo mira”, pero que “no da problemas”. Adicionalmente, Ld menciona haber sido parte de un grupo de oración, es cristiana y le gustaría que alguien predicara en el hogar, a lo que me pregunta si lo hacen. Comenta estar cansada ya que el día anterior le habían realizado una diálisis, así que la dejo descansar.

Al salir de la habitación el auxiliar de enfermería se encuentra desocupado, por lo cual procedo a realizarle una entrevista (Anexo 1 - Entrevista 2). Al terminar la entrevista converso un rato con I, quien me muestra su nueva habitación. Dado que aumentó el número de residentes, su habitación pasó de ser la primera de la casa con vistas al exterior, a ser la última, aunque no se presenta molesto ante este cambio, dice que le gusta porque desde la

puerta de su habitación tiene vista a toda la casa y desde allí “no tiene que lidiar con los locos”. No se observan las fotos familiares que tenía en su otra habitación, solo es visible el mapa de España pegado en una pared cerca a la puerta.

Una vez termino de interactuar con I, me percató que la gerontóloga se encuentra libre, por lo cual procedo a realizarle la entrevista (Anexo 1 - Entrevista 1). Al finalizar esta, y ya habiendo obtenido la información necesaria, me quedo un rato en la sala donde puedo charlar con una nueva residente, M, previamente la gerontóloga me había comentado que ella no hablaba a pesar de no ser muda, “de un momento a otro dejó de hablar” y al parecer los médicos no saben la razón. Al principio intenté escuchar los susurros que buscaban dar respuesta a mis preguntas, pero me era imposible distinguir lo que decía. Las enfermeras le hablan casi gritando y muy pausado, con el objetivo de no recurrir al mismo sistema le pregunto si quiere escribirme, y con su cabeza me informa que sí, le paso el diario de campo y un lapicero. A través de la escritura me cuenta que tiene 77 años y que es española, allá viven sus hijos, quienes la internaron en el hogar mientras encuentran quien la pueda cuidar en España para poder llevarla, por lo que está emocionada. Interactúa únicamente con una enfermera que parece haber descifrado sus susurros, sin embargo, con los otros residentes le es imposible, ya que muchos sufren problemas de audición. Hacia el final de nuestra “conversación”, pasa la cocinera y con un beso en la cabeza le dice “mi mona bella, le quedó bueno ese tinte” (Haciendo referencia al nuevo color con el que hace poco se había tinturado el cabello).

Interpretación: De lo observado durante mi estadía se hace más evidente una diferenciación entre las interacciones que el personal tiene con aquellos pacientes “cuerdos” y con los que no lo están. Hay un mayor esfuerzo por comunicarse con aquellos que pueden entender

órdenes, mientras que a los otros les hablan sin necesariamente mirarlos a los ojos, o hablan por encima de ellos, como si no estuvieran presentes. Por parte de los cuidadores existe una mirada diferente con relación a la clase de sujeto que son los residentes basados en sus patologías.

Impresión: A diferencia de las otras visitas, esta fue la primera vez en donde no se sintió un silencio sepulcral. La cantidad de residentes hace que haya más movimiento y más ruido, a pesar de que en efecto muchos tienen problemas de memoria, algunos al igual que F están todo el tiempo caminando y preguntando cosas, de ahí que, a pesar de que no sostienen una conversación fluida o coherente, no se siente un vacío en el hogar, sino que, por el contrario, se siente más como una casa familiar. Así mismo, este aumento en la cantidad de personas lleva a que aquellos que no padecen patologías mentales estén más pendientes de los demás, de las cosas que hacen y dicen, esto es visible en la forma en la que los siguen con sus miradas, observan a quien se tira al piso e intenta levantarse y dan la mano a quien va pasando y de pronto no tiene mucho equilibrio. Se siente “vivo” el Hogar.

Anexo 2 – Entrevistas

Entrevista 1 (Gerontóloga)

Entrevista a la gerontóloga (G) Administradora del centro residencial para personas mayores de la ciudad de Palmira.

Fecha: octubre 10 de 2021

Entrevistador (E): ¿Me podrías decir tu nombre?

L: L. M. R

E: Eres la Gerontóloga y encargada del hogar, ¿cierto?

L: Si

E: Me podrías decir hace cuánto tiempo estás aquí

L: 2 años

E: ¿y antes de trabajar aquí a qué te dedicabas?

L: Lo que pasa es que yo soy docente de un instituto de enfermería, yo soy la docente de ellas (señala a las enfermera)... este es el hogar donde ellas hacen prácticas, pero al igual que yo trabajo, o sea, yo trabajo directamente con el instituto , pero igual le ayudo al dueño a administrar el hogar y ya llevo pues como docente, pues digamos que mezclamos gerontología y la docencia la ejerzo hace 14 años, y fuera de este hogar a veces he trabajado en otros hogares haciendo actividades a los adultos mayores

E: Entonces son 2 años vinculada aquí al hogar.

L: Si

E: ¿Tus horarios de trabajo aquí como son?

L: De 7 de la mañana a 7 de la noche

E: lunes a...

L: lunes a viernes, y sábado hasta el mediodía

E: ¿y tu rutina aquí en el hogar más o menos como es, como es tu rutina diaria?

L: Estar pendiente de todos los abuelos y de las auxiliares. Como tal yo no, o sea, hago si yo de pronto las veo de pronto que están un poquito como atareadas, ocupadas, entonces yo cojo y les ayudo, porque como tal las funciones son de ellas, les ayudo a administrar los medicamentos, o ellas me dicen que de pronto ven a algún paciente con algún signo vital como muy raro, entonces ahí miramos que hacemos. Las instruyo en las actividades cuando algunos quieren porque algunos a veces no les gusta, pero eso sería como todo lo que hago, estar pendiente del aseo, la comida ...

E: ¿Entonces, en ese orden de ideas como es la estructura organizacional de aquí?

L: Primero sería la, el ... se me olvidó cómo es que es el ... el propietario, si, y como tal pues hay otra persona que está ... se me olvidó el nombre ... está el propietario, no está a nombre de él, sino a nombre de otra persona, si como tal, el representante legal, él sería él ... el propietario como tal que es jefe de enfermería y estoy yo, que soy la gerontóloga como la administradora pues del hogar, las auxiliares y la persona de apoyo logístico que sería la señora de la cocina. Esos somos como tal los que trabajamos aquí

E: El auxiliar de enfermería también está...

L: No, porque él es externo. Él es el Honker de un paciente de acá, o sea, él no trabaja con nosotros.

E: y por ejemplo ustedes tienen, aquí en el hogar algún tipo como de manual con misión, visión...

L: Si, por ahí lo tengo, sino que lo bajé cuando pintaron y no lo he colgado, ahí están los cuadritos. Tengo que hacerlo, por la visita de la secretaría de salud.

E: ¿Ahora los podría ver?

L: Ahh, si claro

E: Ahora que terminemos aquí con la entrevista. ¿Actualmente me dices que son 12, cierto?

L: Si, actualmente tengo 12 pacientes

E: y todos llegan con su historia clínica, con su respectivo diagnóstico

L: Si, el único que te digo que de pronto no tiene es él (señala a Antonio) de resto todos tienen sus respectivos diagnósticos

E: Pero de resto todos tienen sus diagnósticos médicos con medicamentos.

L: Todo

E: ¿Ellos reciben atención médica?

L: Por parte de nosotros no, de la EPS

E: ¿Pero la EPS si le manda a alguien o hay que llevarlos?

L: Hay que llevarlos, algunos... no, es que todos hay que llevarlos, o a veces el familiar es la que lo hace, por ejemplo, F la hija viene por él, lo lleva, ella viene y me trae los medicamentos, me explica, yo le pregunto que dijo el médico porque pues para también nosotros empaparnos, ehh la señora de la silla de ruedas G, ella yo soy la encargada de ella, entonces yo voy o llevo una auxiliar que la lleve al médico entonces hay pacientes que pues directamente lo hacemos nosotros, pero la mayoría es el familiar.

E: Cuando los llevan, los llevan en taxi o como.

L: Si, en taxi

E: Y los traen

L: Exactamente

E: Y, por ejemplo, como ha cambiado ahora que tienen 12, que tanto les ha aumentado la carga

L: Ay, siempre.

E: Siempre, ¿entonces les ha aumentado mucho la carga?

L: Si, claro. Entonces a veces, hoy tenemos poquitas, pero a veces hay 5 o 6, entonces ahí si baja la carga.

E: Eso te iba a preguntar, ¿cómo es la distribución de enfermeras, según el día o cómo las van mandando?

L: No, lo que pasa como te digo, como la que... ehh la ... la que envía los auxiliares son los ... el instituto, entonces la jefe encargada me manda a veces, un día me manda cuatro, otro día me manda 5, otro día... eso depende.

E: Depende de allá

L: Si. Los únicos días que tú vas a ver que hay dos, son los domingos y el sábado en la tarde, porque yo los sábados en la mañana estoy viniendo, entonces ahí es donde solamente hay dos, de resto siempre hay más de ...habemos 3,4,5 o 6.

E: ¿Y por ejemplo cómo se han adaptado los que ya estaban al ingreso de más personas?

L: No, normal. O sea, como algunos tú sabes que no están ... como hay unos que no son conscientes entonces, No. Pero hay otros que no, normal, normal.

E: No ponen inconveniente con ver más gente y.

L: No, nada. A veces él (señala a F) es el que es más conflictivo, no, por su patología. A veces, ella (silla de ruedas que llama al papá) por su patología también alega, pero es todo.

E: Y los que es primera vez que están, que apenas ingresaron, ¿cómo les va con las enfermeras?

L: Bien...

E: ¿Cómo es el proceso de adaptarse?

L: No, bien. De pronto la única así que poco, que al inicio fue difícil, es doña G, ella (señala) ella ha sido un poquito difícil a... adaptarse, porque vino el sobrino, lloraba, pero ella ya se siente bien, nos agradece por la atención, ella es como la única pues, pero de resto ...todos se han adaptado.

E: ¿No les cuesta mucho, el proceso?

L: No, no

E: Y en tu caso, yo sé que igual eres docente y es tu labor, pero no es complejo, por ejemplo, ellas en algún punto saldrán, cierto, y entran otras nuevas

L: Exacto

E: ¿Entonces cómo es el proceso cuando entran nuevas enfermeras?

L: Me toca hacer inducción, nosotros le llamamos inducción. Les presento a los pacientes, a cada uno el diagnóstico, las actividades que se hacen, a qué horas se bañan, desayunan, todo. Me toca explicar desde cero, siempre. Casi siempre son cada 2 o 3 meses

E: Cada dos tres meses inducción desde cero otra vez

L: Exacto

E: Y ellas cómo se adaptan a...

L: No, bien, algunos, mira, a algunos no les gusta casi el adulto mayor entonces uno no ve esa... como reacia, pero no, es tu profesión pues hay que hacerlo. Hay otras que se les ve más la vocación, el cariño por ellos, como más humano, si, uno ve la diferencia, pero pues nunca pues decir de que es que ella lo gritó que por qué no, aquí todas las que han pasado ... mucha paciencia con ellos. Y a veces cuando yo les veo esas falencias, yo les digo.

E: Ahh ok. Si, eso te iba a preguntar, por ejemplo, cuando notas que no les gusta, ¿cómo se maneja eso?

L: Exacto, yo les ... yo a veces les digo hay que prestarle más atención al adulto mayor, mira es tu carrera, sí. Entro como a concientizar un poquito esa parte.

E: Y algo que ya hemos discutido, pero quiero que quede aquí, es ... ¿Por qué crees que de pronto ellos no hablan tanto entre ellos?Cuál es la principal razón de que no, de pronto no interactúen.

L: La patología. Las patologías de ellos. Es que decir, a veces mi abuela si hablaba a veces con ella (Señala a G), sí. I habla... con, a veces con uno que otro, a veces con el señor de acá que está dormidito, pero yo digo que la misma patología, no, porque no son conscientes, no están en sus 5 sentidos, eso es lo que hace.

E: Yo creo que está ya sería la última pregunta, además del acompañamiento médico ha habido algún acompañamiento psiquiátrico o psicológico,

L: No

E: O sabes que la EPS se los...

L: De aquí, la EPS, algunos aquí van al psiquiatra. Por decir F...

E: Igual me comentas que los familiares se los pasan a ustedes

L: Exactamente

E: ¿Y según el diagnóstico, ustedes así mismo manejan y organizan el trato?

L: Exactamente, aja

E: Vale, eso sería lo que me faltaba. Muchas gracias.

Entrevista 2 (Auxiliar de Enfermería)

Entrevista a T Auxiliar de Enfermería en centro residencial para personas mayores de la ciudad de Palmira.

Fecha: octubre 10 de 2021

Entrevistador (E): ¿Me podrías decir tu nombre?

T: STH.

E: ¿Cuántos años tiene?

T: Sí 34, perdón 33, que pena *risas*

E: ¿A qué te dedicas aquí?

T: Soy auxiliar de enfermería, soy de Honker, privado.

E: Ah ok

T: y del paciente J.C.Q., el que está ahí en la silla, es un paciente psiquiátrico.

E: Ah ok, Ehh entonces es como atención particular para el-

T: sí.

E: específicamente para él, ah ok

T: si no no que aquí pues colaboro de vez en cuando,

E: Ah ok

T: yo ya llevo un tiempo aquí, como dos años y medio

E: ¿Cuántos?

T: Dos años y medio.

E: Dos años y medio.

T: que más o menos lo que yo vivo con el

E: Ah ok. Ingresaste por él... ingresaste con él, mejor dicho

T: Noo

E: o ¿Cómo fue?

T: Él ya estaba mucho allá mucho tiempo antes.

E: Ah ok

T: En cuestión de mujeres, de compañeras, no lo pueden tener a él, por qué pues es un poco agresivo.

E: Ah ok...entonces tiene que ser un hombre.

T: ¿Ahh?

E: Un hombre que esté cuidándolo...

T: Exactamente, exactamente, es mejor-

E: Ah ok ¿Y antes de entrar aquí en donde trabajabas o?

T: Antes, en la galería.

E: ¿En la galería?

T: Ajam, ehh vendía cebolla larga, en ese entonces y pues igual también estudiaba en el colegio todavía, entonces, los fines de semana me iba a trabajar con mi papá, a vender la cebolla larga y todo, menudeaba pues (inaudible)

E: Si si, y por ejemplo ¿Cómo es un poco tu rutina aquí en el hogar, desde que llegas hasta terminas?

T: ah, mi forma de trabajar aquí

E: Si, si, desde el día

T: Pues principalmente, pues con él estoy pendiente de él, de tomar signos vitales, no todos los días se los tomo, porque ya más o menos se como esta, entonces por eso, pero sí más o menos, en un mes le tomó 4, 5 veces. Entonces ya con eso me baso yo, a menos que yo lo vea que está un poco decaído o algo así, entonces estoy más pendiente de él, pues igual con el no hay ningún

problema, llego acá como te dije, de vez en cuando le tomó los signos y ahí esperó turno, que bañen a los demás, dejo de ultimo a él y de ahí, después de bañarlo , lo arreglo acá y todo y lo paso al desayuno, a desayunar, ya medicado también y en el horario en que está estipulado aquí y después lo llevo para donde usted lo ve y le comienzo a ordenar, limpiar y todo, tener todo organizado, eso sí soy muy poco excesivo en ese punto.

E: Si si. ¿Y hasta que horas trabajas acá?

T: De 7 a 3, 8 horas.

E: ¿De 7 a 3?

T: Después de las tres se lo entregó a la jefe G, y digo este así, se queda si, listo.

E: Ah ok.

T: De lunes a domingo, todos los días.

E: Entonces, por ejemplo ¿quién te pago por ese proceso de contratación, para quien trabajas exactamente?

T: ehh para todo...

E: Ah ok

T: Para toda prestación en los servicios.

E: Prestación de servicios. Ahh ok.

T: En este caso el que le paga a ...honker es ... ensanar, que le ha definido la cuenta de la EPS y la EPS les distribuye a los otros.

E: ah ok... mmm entonces ¿tu jefa directa vendría siendo la gerontóloga aquí internamente?

T: Aquí, pero realmente mi jefe directo sería la del Honker.

E: ah ok, vale, ah como que hay dos, uno aquí y otro...

T: noo, no hay problema, con ella yo me entiendo muy bien.

E: ah ok.

T: Cuando estoy aquí, le obedezco a ella no más.

Se acerca un residente del hogar y se pausa la entrevista

E: ah ok, entiendo y me decías que tiene problemas psiquiátricos...

T: exactamente.

E: Ah ok.

T: Fue causado por, él tiene dos patologías de base, él tiene demencia vascular, que es un coágulo en el cerebro (interrupción) y a causa de eso tuvo un accidente

E: mmm

T: y entonces por el accidente más que todo el quedo así.

E: Ah ok.

T: Lo que me cuentan a mí y cuando un paciente tiene esa clase de patologías es que de todos lados. (ruido) sobre todo el lado izquierdo...

E: sí se le...

T: a causa de eso y el habla, pero pues.

E: ¿Cuántos años tiene?

T: Esta joven, 66

E: ¿66? ¿Cómo me dices que se llama?

T: J. C. O.

E: ¿Pero igual te distingue? ¿cierto o ya?

T: Si, obviamente. Pues de vez en cuando

E: ¿Reconoce?

T: aja, entonces, no habla mucho, lo único que te habla es puras palabras vulgares, de lo único que se acuerda él *risas*.

E: Eso no se le olvidó

T: Es lo único. Pero cuando viene la hermana, ahí sí “fuu” dice de hermano, que tal

E: Ah, reconoce la familia.

T: Más o menos

E: ¿La familia cada cuanto viene?

T: solamente la hermana, tiene dos hijos, pero los hijos del que estudia aquí no han mostrado señales de que está aquí, aunque sabe que está aquí y que vengan a visitarlo no.

E: ¿Y la hermana más o menos cada cuánto?

T: Ehh en el mes, dos o tres.

E: Y los distingue

T: y ella mantiene muy pendiente de él

E: Ah ok, bueno bueno, eso es importante y, por ejemplo, en el trato de ellos hacia ustedes, en general ¿cómo es, tienen problemas?

T: ¿En cuestión de personal? o ¿en cuestión de paciente?

E: Paciente a ustedes.

T: Ah bueno, pues en mi caso, en el caso mío con el sí, si él es un poquito brusco, me entiendo entonces pues por la misma patología que él tiene, pero igual yo trato de controlarlo y pues trato de darle cariño y amor pues eso es lo que realmente ellos, les escasean, lo que les hace falta por así decirlo y cuando se me pone muy bravo, lo cojo y lo abrazó y le digo contrólese, tranquilo, entonces se va controlando, es como la actitud que uno tiene con ellos. A veces tengo que ser mano dura con él porque se agrede él mismo, el coje y se pegue, se pega o le pega a alguno también.

E: Si, no no, ok.

T: Pero ha sido excelente

E: ¿Y con los otros, por ejemplo, que te ven o?

T: Ah no, con los otros, si normal, sobre todo con él, es con quien más me la llevo yo * risas*. ¿Si o no I? con usted es que me llevo bien no pa'? (aja de fondo) *risas*. Este me conoce, hace rato.

E: Ah ya y ¿con las otras enfermeras?

T: Con algunas...

E: ¿que como es porque las rotan cierto?

T: Sí, exactamente, son como tres grupos de un instituto que vienen acá y rotan.

E: Ok.

T: Con todas me llevo bien, soy recochero y todo, pero hasta un punto no más, pero prefiero tener distancia, ¿me entiende? yo con todas me llevo.

E: Ah ok ¿y quiénes son las fijas, la cocinera, la gerontóloga y hay alguien más fijo,

T: Fijo, yo no más y fijo dos turneros que vienen el fin de semana. Muchachos que cubren aca.

E: La cocinera y la gerontóloga.

T: Exactamente, doña Janet

E: ¿Y cómo es la ...?

T: Bien, bien, recochamos, peleamos, normal, pero la llevamos muy bien, nos entendemos muy bien.

E: Mmm ok, y por ejemplo entre ellos, ellos casi no hablan ¿cierto?, entre ellos...

T: ¿Entre pacientes?

E: Entre pacientes

T: No papá eso si es cosa dura oyó, el que habla más él, F, es uno que mantiene las manos así.

E: Si yo yo. ya a él lo distingo

T: Y ese pues nooo (Señala a J), ese habla cuando quiere comer comida, por ejemplo, ahí, está pidiendo comida

-Si

(cocinera: vaya pues)

-Si ves

risas

(no tengo nada de comida ahora acá)

-Algunos hablan, otros, no, pero es normal.

pero

risas *Se acerca F*

(inaudible)

(no hay comida)

E: *risas* ah si ah ok. Igual ellos tienen horarios de comida fijó ¿cierto?

T: Si, de 12 a 1:30 ese es el horario de todos, a las 12 se les administra medicamentos en su horario de 2, 4, 6, 8, así más o menos y en la hora de la cena, es de 5 a 6.

E: Mmm ok. Y por ejemplo cuando, cuando, supongo que es usual que fallezcan, es usual eso, ¿que alguien muera?

T: ¿Que alguien muera acá? ¿Aquí? Si aquí han muerto como tres, cuatro, pero ya porque pues.

E: Ya sí.

T: Ya pues por la edad y eso, llamo a la jefe si uno puede reanimarla, reanima, si se puede, dependiendo del tórax que tenga el paciente, si es un tórax invertido no se puede hacerle presión pues porque lo vas a fracturar.

E: aja

T: y se llama al familiar para que venga, se llama al médico y todo.

E: Ah ok y, por ejemplo, ¿los otros pacientes se dan cuenta?

T: El que más llora aquí o el que más sufre, por así decirlo es F.

E: ¿Sí?

T: Porque él tuvo la experiencia de un paciente, de un compañero, se le murió ahí, el salió corriendo ahí esa noche, el único, pero de resto pues normal. Él lo acepta muy bien, pues él (Señala a I) como si nada.

E: ehh, I, y F.

T: Como él.

E: No es E...

E: Y el cómo se llama ¿Luis?, y don I

T: *asiente con la cabeza*

T: Y pues E si, si él es que más le da duro y de resto pues normal se murió, le dice se murió el compañero y dicen ahh *risas*

E: Ok y, por ejemplo, ¿entre ellos han tenido algún tipo de problemas?

T: L, el de allí, L con él (Señala a J)

E: ¿Por qué?

T: En cuestión de comida, sobre todo vive quitándole la comida a los demás.

E: L y J, ¿cierto?

T: Entonces por comida, te va a pelear y te va a quitar y a los otros no les va a gustar y por eso o por el asiento, sobre todo con él de allí que se llama Luis Alfonso también.

E: Ah ok

T: Le va a quitar el asiento, de una un bastonazo se lo manda, es lo único.

E: Ok y ¿problema con las enfermeras?

T: Floro, Floro que las trata *sonido* con hp pa' arriba mijo.

E: Ay ok, pero es más cuestión del vocabulario.

T: exactamente, exactamente

E: Ok mmm

T: ¿Usted conoció a LZ?

E: ¿A quién?

T: ¿LZ N?

T: Una gordita ella, siempre salía del cuarto de allí, una de gafitas.

E: Creo que no, no no

T: Si, cuando usted estaba aquí todavía estaba, esa si era un problema, esa si peleaba con todo mundo.

E: ¿Pero entonces ella ya se fue?

T: si, si se fue. Se la llevaron, más o menos como tres meses.

E: Ah ok y ¿Por qué había problemas?

T: Porque ella no coordinaba mucho con los demás, la miraban y ella se imaginaba en el subconsciente que le estaban diciendo palabras o algo, respondía mal y peleaba mucho con, y ya.

E: Y, por ejemplo, ¿Cuándo había esos problemas como los manejan o?

T: Se separan y la cuestión a veces se habla con cada uno, el que más o menos coordina y si no pues... se habla un poco fuerte para que entiendan rapidito, y se medican en caso de que estén muy agresivos.

E: Ok y bueno. Por ejemplo, ¿Cuál? ¿Qué grado de independencia tienen ellos en general o todos necesitan ser asistidos en todo lo que realizan?

T: Solitos si, la mayoría, los que están en silla son los más complicados

E: Ok.

T: Algunos si se defienden de un 100 a un 70 más o menos, por ejemplo, él se defiende más o menos, en el baño si hay que bañarlo y todo porque no puede con la otra mano, ese también y ojo que está bien, pero pues...eso es lo que pasa.

E: Si, eso te iba a preguntar ustedes igual revisan toda la historia clínica, saben sus diagnósticos, saben su enfermedad...-

T: Más o menos, de todos, por ejemplo, yo en mi caso, casi no se de los nuevos, la mayoría son pacientes con problemas neurológicos.

E: Ok, mmm por ejemplo ¿de qué forma ustedes le hablan, se refieren a ellos? ¿por el nombre o por el apellido?

T: Si, no por el nombre. o a veces con los que coordinan.

(Se acerca F)

E: ¿a todos con el nombre?

T: algunos entienden, pero hay algunos que con un apodo se les dice

E: Ahh

T: Por ejemplo, el de ahí, cómo es que le dicen bigote de brocha

E: ¿y no se enojan?

T: no, se ríen, porque uno sabe más o menos con quien uno puede interactuar

E: Ah ok ok. ¿Cuál crees que es la principal razón por la que ellos no hablan entre ellos, o no interactúan mucho?

T: ¿Que no se comunican entre ellos?

E: Si

T: La principal, según su patología, esa es una, otra es que uno le tenga rabia al otro. por ejemplo, este vos le decís algo y pum, explota también. LS también explota, como te digo la patología va acorde a su temperamento.

E: ¿Igual, no todos tienen patologías mentales?

T: La mayoría, Alzheimer, por ejemplo, él fue por accidente de tránsito (J) también... se está masturbando. Ves

E: Complejo

Entrevista 3 (Practicante de Enfermería)

Entrevista a practicante de enfermería del centro residencial para personas mayores de la ciudad de Palmira.

Fecha: octubre 10 de 2021

J: ¿Cada cuánto te toca estar acá? ¿Ustedes hacen practicas?

E: Si, es por asignación de turnos, la jefe es la que asigna los turnos del mes y dependiendo ella pone de noche o de día, entonces me toca en la semana venir 6 o 4 veces

J: ¿Siempre aquí?

E: Si

L: ¿En cuanto a la relación con los adultos mayores, hablas con ellos?

E: Sí bastante, yo les hablo bastante, aunque algunos tienen enfermedades, deliran o dicen cosas que no tienen ningún sentido, pero uno si habla con ellos y todo, como para generar la conexión, la confianza para que ellos se dejen atender y pueda hacer lo que uno necesita.

J: ¿Cuándo ustedes salen a prácticas ustedes eligen acá o los mandan, como es la asignación del lugar?

E: A veces si uno puede elegir, por ejemplo, a mí me iban a mandar al hospital, pero elegí acá porque yo ya conocía porque aquí hice mis prácticas básicas, entonces preferí terminarlas aquí.

L: ¿Han planeado actividades para los adultos, actividades como juegos?

E: Sí pues hemos planeado actividades

L: ¿Como cuáles?

E: Por ejemplo, a ellos les gusta salir a caminar o a veces uno los pone a pintar como para que hagan dibujitos, así sea que no pinten bien se les hacen las actividades, juego con pelota y lo que ellos elijan en el momento que quieran hacer.

J: ¿Esas actividades se guían desde donde estudian o ustedes mismos tienen la libertad de escoger qué hacer?

E: Tenemos la libertad, si, aunque aquí están algunos establecidos, la jefe pone como decir al inicio del turno, uno de los baños, le dan los medicamentos, el desayuno.

J: ¿Ustedes qué horario tienen acá?

E: 12 horas, en mis prácticas tengo que 48 horas semanales, ya depende como lo defina la jefe.

J: ¿Cuánto duran las prácticas?

E: Durante un mes

J: ¿Y siempre te toca con la misma chica? ¿O siempre es diferente?

E: Es diferente, porque ellos están en las prácticas básicas, las prácticas básicas duran un mes, entonces cada mes cambian estudiantes, son varias.

L: ¿Qué es lo más difícil de interactuar con los adultos mayores?

E: Yo digo que ellos a veces no quieren hacer lo que uno necesita, por ejemplo, por si los quiere bañar, por ejemplo, Doña G, es un problema, entonces ella empieza a gritar al papá, que dice que uno la va a matar, entonces uno tiene que dejar que se calme, que le haga efecto el medicamento, eso es como lo más difícil, como que le lleven la contraria y no quieran hacer las actividades que uno necesita hacer.

L: ¿Entre ellos casi no se relacionan?

E: Pues como te digo algunos por ejemplo F, L a veces se ponen a hablar ellos, pero entre ellos no, como te digo, por ejemplo, Doña G a veces se ponen a pelear, a gritarlos a ellos,

L: ¿Cuánto es que llevas aquí?

E: Pues en el momento llevo dos meses

J: ¿Cuáles son las horas más pesadas?

E: Yo digo que por la mañana.

L: ¿Ellos no proponen nada?

E: Pues a algunos, por ejemplo, F le gusta dar vueltas, el televisor en la mañana, pero pues depende.