

**Concepciones de vejez de cuidadores de adultos mayores en Cali**

**Laura Romero García**

**Trabajo de grado dirigido por:**

**Jackeline Cantor Jiménez**

**Universidad ICESI**

**Facultad de Derecho y Ciencias Sociales**

**Programa de Psicología**

**Santiago de Cali**

**2020**

### **Agradecimientos**

Me gustaría agradecer a mi asesora, la profesora Jackeline Cantor, por guiarme y acompañarme a lo largo de este camino. A mis padres, mis hermanos y a mi novio, gracias por su paciencia, su apoyo y comprensión. También, quiero agradecerle a Yesenia Salazar por compartir conmigo sus conocimientos y prestarme su tiempo.

### **Dedicatoria**

Este trabajo se lo dedico especialmente a dos mujeres maravillosas que me han enseñado mucho a través de su historia de vida y me inspiraron a realizar este trabajo. Mis abuelas: Ana Mery Paredes y María Antonia Gómez (q.e.p.d).

## **Resumen**

La presente es una investigación de corte cualitativa y de diseño exploratorio que pretende analizar las concepciones de vejez de tres cuidadoras de adulto mayor de la ciudad de Cali de distintas profesiones: psicología, gerontología y enfermería. Para hacerlo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas donde se preguntó sobre su oferta de atenciones y cuidados para el adulto mayor, la forma en que interactúan con ellos y las maneras en que los nombran, entre otros aspectos. Se encontraron concepciones de vejez marcadas por una trayectoria y formación específicas, pero con elementos en común como el reconocimiento de la subjetividad del adulto mayor y la valoración del adulto mayor como un ser con necesidades sociales, relacionales y afectivas particulares.

## **Tabla de Contenido**

Introducción.....	6
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Políticas públicas sobre el cuidado del adulto mayor, concepciones y prácticas de cuidado en Colombia.....	9
Perspectivas sobre el envejecimiento, vejez y adulto mayor.....	11
Envejecimiento saludable y funcionalidad del adulto mayor.....	14
Salud y calidad de vida del adulto mayor.....	16
Cuidador y cuidados del adulto mayor.....	18
Vínculos y apoyo social en la vejez.....	21
Metodología.....	22
Diseño.....	22
Participantes.....	23
Estrategias de recolección de datos.....	23
Entrevistas.....	23
Procedimiento.....	24
Presentación de resultados.....	25
Formación y trayectoria del cuidador.....	25
Oferta de atenciones y cuidados.....	30
Vínculo entre cuidador y adulto mayor.....	33
Relación entre el cuidador y la familia (rol de mediador del cuidador).....	37
Vínculo entre adultos mayores.....	39
Descripciones de vejez y envejecimiento.....	40
Formas de nombrar al adulto mayor.....	41
Análisis y discusión de resultados.....	42
Oferta de Atenciones y Cuidados.....	43
Vínculos y Mediación.....	49
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	57

Referencias .....	58
Anexos .....	63
Entrevista 1 (psicóloga) .....	63
Entrevista 2 (gerontóloga).....	75
Entrevista 3 (enfermera) .....	108

## **Introducción**

El envejecimiento de la población es un fenómeno actual sin precedentes, de acuerdo con Cornachione Larrínaga (2016), nunca habíamos llegado a tener un ciclo vital tan prolongado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), este incremento en la cantidad de adultos mayores se debe al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de las tasas de fecundidad, cabe decir que estas tasas varían en cada país con una mayor esperanza de vida en países de ingresos altos o desarrollados. Por otro lado, lastimosamente la OMS (2015) señala que no hay claridad en la calidad de estos años sumados. Este aumento en la cantidad de personas que llegan a edades avanzadas supone un desafío tanto para el Estado como para la sociedad en términos de los cuidados que se requieren y las políticas que deben hacerse desde el gobierno para garantizar dichos cuidados. En Colombia, a partir de una revisión de las políticas públicas con relación al adulto mayor realizada por Arango & Cardona (2011), los autores concluyen que el adulto mayor se encuentra en una situación de desprotección y de riesgo puesto que la salud pública falla en ofrecerle la atención integral que requiere.

En ese sentido, el rol del cuidador del adulto mayor es fundamental para garantizar ciertos elementos vitales como: la salud, la calidad de vida y la funcionalidad. Cabe decir que el cuidado del adulto mayor tiene un carácter multidisciplinario, donde intervienen profesionales de distintas disciplinas como: gerontólogos, enfermeros, médicos, terapeutas físicos y ocupacionales, psicólogos, entre otros. Por tanto, el presente trabajo se plantea la pregunta: ¿Cómo conciben la vejez cuidadores de adultos mayores de distintas disciplinas de la ciudad de Cali? Lo anterior, teniendo en cuenta las diferentes concepciones

que pueden surgir desde distintas áreas de conocimiento con respecto a la vejez, el envejecimiento y el adulto mayor. Además, se infiere que estas concepciones se verán evidenciadas en la forma en que nombran o nominan al adulto mayor, las atenciones que le ofertan (en términos de cuidados y actividades que le proponen) y en la manera en que se relacionan o vinculan con ellos.

La pregunta mencionada anteriormente resulta relevante desde lo social ya que los cuidados que reciben los adultos mayores pueden tener un efecto, positivo o negativo, en aspectos como: la funcionalidad, la calidad de vida y la salud del adulto mayor. El presente estudio parte bajo el supuesto de que identificar y analizar las distintas concepciones de vejez permite hacerse un panorama de los pensamientos y significados en torno a esta etapa del ciclo vital que puede servir como base en un futuro, para al menos cuestionar algunas de estas concepciones que pueden conllevar a prácticas de cuidado del adulto mayor que atenten contra su salud, concebida de manera integral. Por otro lado, en cuanto a su relevancia para la disciplina psicológica esta investigación puede posibilitar un aporte a la construcción teórica sobre las concepciones de vejez de cuidadores, reflejadas en las prácticas de cuidado del adulto mayor y la manera en que el cuidador interactúa y se relaciona con este.

El presente estudio resulta novedoso, en primer lugar, porque a pesar de que la vejez ha sido estudiada desde diversas disciplinas y áreas de conocimiento, usualmente el foco se encuentra en el adulto mayor, en describir su salud (Rodríguez, Orbeago, & Linde, 2007), calidad de vida (Alpi et al., 2018) y funcionalidad (Cano-Gutiérrez, Bordaz, Reyes-Ortiz, Arciniegas, & Samper-Ternent, 2017). En segundo lugar, en la literatura, cuando la mirada se fija en el cuidador, es usual encontrarse con descripciones de los cuidados o

acciones a implementar, sobre todo desde el área de la enfermería (Vernet Aguiló, 2007) (Segovia Díaz de León & Torres Hernández, 2011). Por otro lado, también se encuentra una notable cantidad de literatura que hace referencia al cuidado del cuidador y los padecimientos que surgen a raíz de cuidar adultos mayores (Fhon, Janampa, Huaman, Marques, & Rodrigues, 2016; De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, & Martínez-Aguilera, 2015). Por tanto, esta investigación puede realizar un aporte a la caracterización y comprensión sobre cómo conciben la vejez los cuidadores de adultos mayores, bajo el supuesto de que estos significados permean las acciones y cuidados a implementar y la forma en que interactúan con el adulto mayor.

### **Objetivos**

En ese sentido, el objetivo general al cual apunta esta investigación es: Analizar las concepciones de vejez de cuidadores de adultos mayores de la ciudad de Cali, de profesionales de diversas disciplinas.

Por otro lado, los objetivos específicos son:

- Identificar los cuidados y atenciones que implementan cuidadores de adultos mayores en la ciudad de Cali de profesionales de diferentes disciplinas.
- Caracterizar la forma de relacionarse y el vínculo entre cuidador y adulto mayor.
- Reconocer los significados atribuidos a la vejez y al manejo del adulto mayor de profesionales de diversas disciplinas.

## **Marco teórico**

### **Políticas públicas sobre el cuidado del adulto mayor, concepciones y prácticas de cuidado en Colombia**

En la actualidad nos encontramos ante un fenómeno poblacional sin precedentes, cada vez hay más adultos mayores, dicho de otra forma, cada vez vivimos más. Como se mencionaba anteriormente, esto se debe al aumento en la esperanza de vida, una disminución de la fecundidad y de la mortalidad (OMS, 2015). De acuerdo con cifras de la OMS, para el 2050 la población de adultos mayores pasará de 900 millones a 2000 millones lo que supone un aumento del 12% al 22% de dicha población a nivel mundial. Colombia no es ajena a este fenómeno, de acuerdo con Correa-Montoya, Rodríguez-Parra, Suárez-Ángel, & Rúa-Serna (2018), la proporción de este grupo poblacional viene en aumento en el país, especialmente en zonas urbanas. Para el 2050, más de 14 millones de colombianos tendrán 60 años o más, pasando de representar el 10% al 23% de la población. Lo anterior implica un reto para la sociedad y el Estado, que deben adaptarse para suplir las demandas de salud integral, de funcionalidad, seguridad y participación social del adulto mayor. Como señala la OMS (2015), los sistemas de salud deben adaptarse a las necesidades de la población de mayor edad.

Como bien mencionan Arango & Cardona (2011) “Las políticas de vejez son aquellas acciones organizadas por el Estado para enfrentar las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual” (p. 97). En el caso colombiano, a pesar de que estas políticas públicas supuestamente se encuentran encaminadas al bienestar del adulto mayor, estos mismos autores, después de un análisis

documental, concluyen que “el adulto mayor colombiano se encuentra desprotegido e indefenso ante obstáculos y situaciones difíciles, por condiciones biológicas, políticas, sociales, económicas y ambientales, haciéndolos vulnerables” (p. 96). Cabe resaltar, que existe una tendencia en desligar algunas obligaciones con respecto al cuidado y protección de los adultos mayor del Estado, y trasladarlas a la familia, la sociedad y al mismo adulto mayor. Por su lado, Correa-Montoya *et al.*, (2018) llegan a una conclusión similar con respecto a la situación del adulto mayor en el país y el mundo “Los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales con los que cuenta el país no dan una respuesta integral a las necesidades de una sociedad que envejece, ni brindan garantías claras y efectivas a las personas mayores” (p.45). Según los autores este déficit en cuanto a la protección del adulto mayor se debe a la falta de un enfoque integral y por criterios dispersos.

Por otro lado, de acuerdo con la *Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez 2014-2024* (2014), el objetivo de estas políticas es: “crear condiciones para el envejecimiento humano, entendido como el derecho de las y los colombianos, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social” (p. 27). En lo anterior se evidencia, como mencionan Arango & Cardona (2011), la corresponsabilidad con relación al cuidado del adulto mayor entre el Estado y el ámbito de lo privado y lo familiar. Otra iniciativa por parte del país en términos de la protección de este segmento de la población es la cartilla sobre *Buen trato a las personas adultas mayores* (2018) la cual, según la página del Ministerio de Salud, se crea como apoyo al proceso de sensibilización sobre los derechos y la necesidad de una ruta de atención del maltrato hacia personas mayores.

## **Perspectivas sobre el envejecimiento, vejez y adulto mayor**

El estudio de la vejez y el envejecimiento ha sido abordado de diversas formas y desde múltiples perspectivas. Desde una mirada biológica, de acuerdo con la página de la Organización Mundial de la Salud (2018):

“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”

Pero la vejez implica más que un detrimento en la salud, es una época de cambios y pérdidas relevantes. Según esta misma organización, más allá de las pérdidas biológicas que se viven en la vejez esta etapa del ciclo vital también implica cambios de tipo psicosocial y de funcionalidad (OMS, 2015). Además, de acuerdo con Antequera-Jurado & Blanco (1998), se pueden identificar dos tipos de pérdidas durante la vejez: las “reales” y las “fantaseadas”. Las primeras de ellas incluyen la pérdida de contacto con la familia, de la ocupación laboral, económicas, etc. El otro tipo es más subjetivo y se refiere, por ejemplo, a la pérdida del respeto y/o el cariño por parte de los demás, a la pérdida de la capacidad mental, entre otras.

Cabe decir que la OMS (2015) también reconoce que el envejecimiento, más allá del deterioro o las pérdidas biológicas, implica ciertos cambios a nivel de los roles y las posiciones sociales del envejeciente. Adicionalmente, señalan que la vejez está asociada a transiciones de la vida como: la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la pérdida

de amigos y pareja. Lo mencionado anteriormente refleja la importancia de entender la vejez como una etapa del ciclo vital que acarrea cambios importantes, los cuales afectan todas las esferas de la vida, y la relevancia de concebir la salud de una forma integral.

Por otro lado, de acuerdo con Sena & Moral (2007), el envejecimiento: “se entiende como una parte del continuo del desarrollo humano, y al igual que en otras etapas de la vida, confronta a las personas con transiciones y crisis de cuya resolución y adaptación depende su bienestar psicológico.” (Pág. 25). Por su parte, Bernárdez Rodal (2010) concibe la vejez como un proceso individual vivido en un contexto y en una sociabilidad determinada.

De acuerdo con Cornachione Larrínaga (2016), el envejecimiento humano es:

“un proceso que está caracterizado por la diversidad. Entre los factores más significativo que caracterizan esta diversidad se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad” (p.9).

La autora describe el envejecimiento como un procesos dinámico, gradual, natural e inevitable que incide en aspectos biológicos, psíquicos y sociales del envejeciente. Además, señala que el envejecimiento no es un estado patológico, es una etapa del ciclo vital. Por otro lado, concibe la vejez como una construcción social, donde: “Cada sociedad atribuye un significado diferente a la vejez, a partir del cual se designarán estatus, roles y mandatos, se definirán los posibles problemas de las personas mayores y se elaborarán las respuestas a los mismos” (p.56).

Esta misma autora describe algunas formas de entender esta etapa del ciclo vital a través de modelos, el primero de estos modelos es el mecanicista donde la vejez no se concibe como un proceso de desarrollo sino como: “fruto de los cambios de comportamiento producidos por el aprendizaje o fruto de el” (p. 42). Otro modelo es el organicista, según esta perspectiva cuando se alcanzan ciertos niveles de maduración se presenta un declive de aptitudes y comportamientos que indican que se aproxima o que ha llegado la vejez.

Por otro lado, se encuentra el modelo contextual, donde el envejecimiento es el producto de la interacción del individuo con el medio, y en el cual se le otorga una gran importancia a la adecuación del hombre al medio en que envejece. Por su lado, desde el modelo dialéctico, el estudio del envejecimiento “Se ubica en torno a las condiciones que crean el desequilibrio y la inestabilidad, a partir de lo cual surge lo nuevo y ahí se produce el desarrollo” (p.43). Por último, se encuentra el modelo contextual-dialéctico, con aportes de Vygotsky, Wallon y el psicoanálisis culturalista. En el marco de este modelo se encuentra el enfoque del ciclo vital, el cual plantea que: “El desarrollo en general y en la vejez en particular, se reconoce la plasticidad a la que resultan sometidos los distintos acontecimientos evolutivos, como así también, la importancia de las relaciones funcionales y los factores situacionales” (p. 45). Por tanto, desde esta perspectiva: “el desarrollo es entendido como un continuo proceso de potencial crecimiento y de cambio a lo largo de toda una vida, no solo hasta la adolescencia” (p.49).

Por otro lado, Meneses, Serrano, Martínez, & Galán (2019), plantean cuatro estereotipos en los que se puede incurrir al concebir la vejez o el envejecimiento. El primero de ellos es el cronológico, donde se equipara el envejecimiento con los años vividos, después,

se encuentra el biológico donde se concibe a la vejez como una etapa cargada de enfermedades, en tercer lugar, ésta el estereotipo psicológico en el cual se percibe la vejez como el deterioro de habilidades psicológicas o cognitivas, por último, se encuentra el estereotipo sociológico, el cual concibe la vejez en términos de inutilidad, improductividad y desvinculación social. Como bien menciona Cornachione Larrínaga (2016): “Las personas sufren en edades avanzadas limitaciones a su autonomía debido a consecuencias derivadas del proceso natural de envejecimiento, pero también por impedimentos culturales” (p.56).

### **Envejecimiento saludable y funcionalidad del adulto mayor**

La OMS (2015) propone una forma de entender el envejecimiento saludable como “El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.” (p. 249). Este proceso tiene varias dimensiones o componentes, como lo son: la capacidad funcional, la capacidad intrínseca, el entorno, las características personales y de salud, donde también intervienen elementos como la herencia genética. De acuerdo con dicha organización: “El Envejecimiento Saludable refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan. Esta interacción se traduce en trayectorias de capacidad intrínseca y de capacidad funcional “(p. 32). Desde esta perspectiva, se entiende la capacidad intrínseca como la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, por su lado, la capacidad funcional, incluye la capacidad intrínseca de la persona y la relación o interacción que tiene con su entorno. Esta propuesta de envejecimiento saludable se relaciona con algunos elementos o aspectos que las personas mayores reconocen como relevantes, de acuerdo con la OMS (2015), como: “un rol o identidad; relaciones; la

posibilidad de disfrutar; autonomía (ser independientes y capaces de tomar sus propias decisiones); seguridad; potencial de crecimiento personal.” (Pág. 32).

Por otro lado, Segovia & Torres (2011), definen la capacidad funcional del adulto mayor como: “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. (p. 164). Por su lado, en una investigación sobre los factores que determinan la participación de los adultos mayores en la comuna 18 de la ciudad de Cali, donde se consideraron elementos de tipo social, ambiental y de funciones corporales, se encontró que: “los factores personales y ambientales relacionados con la participación de los adultos mayores fueron estado civil, enfermedades crónicas, relación con los familiares y barreras físicas del contexto las cuales fueron estadísticamente significativas” (Bolívar, 2017. p. 100). Adicionalmente, se menciona que la capacidad funcional del adulto mayor condiciona su calidad de vida. También señalan la necesidad expresa de generar estrategias para mantener capacidades funcionales que posibiliten la participación en comunidad, lo anterior resulta relevante ya que se encontró que una de las actividades más frecuentes del adulto mayor es la interacción con el otro (interacción social).

Además, de acuerdo con un estudio de Cano-Gutiérrez *et al.*, (2017), sobre la evaluación de factores asociados al estado funcional de 60 años o más en Bogotá Colombia se estableció que:

“la funcionalidad [...] se asoció con aquellos ancianos con menos enfermedades concomitantes, que usaban menos medicamentos, tenían mayor nivel educativo, una

mejor percepción de la propia salud, mejor función cognitiva, mayor nivel de actividad física, y un mejor resultado en las pruebas de fuerza y rendimiento muscular.” (p. 63).

Cabe decir que, en este caso, la funcionalidad fue concebida como la capacidad de una persona de satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria. Los autores señalan que “la declinación funcional produce un amplio espectro de efectos negativos, como dificultad para la movilidad, aislamiento social, deterioro de la calidad de vida, discapacidad e internación en instituciones especializadas, lo cual convierte la medición de la funcionalidad en un marcador importante del bienestar” (p. 57). Finalmente concluyen, al igual que en el estudio de Bolívar (2017), que una mayor funcionalidad se relaciona con una mejor calidad de vida.

### **Salud y calidad de vida del adulto mayor**

Como se mencionaba anteriormente, a pesar de que los seres humanos están viviendo más años, según la OMS, no hay pruebas de que los adultos mayores gocen de mejor salud actualmente que en otras épocas, es decir, no hay garantía de la calidad de vida de estos años sumados. La salud es entendida usualmente como la ausencia de enfermedad, pero autores como Segovia & Torres (2011), van más allá y la definen como un estado de bienestar físico, mental y social. Además, en un informe de la OMS (2015) se concibe la salud también de manera amplia, como: “un atributo fundamental e integral que permite a las personas mayores conseguir las cosas que creen importantes.” (p. 30). Cabe decir que, estas dos

últimas concepciones de salud trascienden lo meramente biológico y se articulan con lo social y lo psíquico.

En ese sentido, en un estudio realizado por Rodríguez *et al.*, (2007), sobre salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores, se encontró que: el concepto de salud del adulto mayor es una valoración subjetiva que está determinada más allá de elementos físicos, que se encuentra relacionada con el bienestar, el soporte social y la capacidad de realizar en menor o mayor medida actividades funcionales. También, hallaron diferencias significativas en la salud de hombres y mujeres, por tanto, los autores recomiendan que las intervenciones deban dirigirse a cada sexo en particular, teniendo en cuenta las diferencias de tipo mental, emocional y social que presentan en esta etapa. Por último, los autores, citan a Mella (2004) quien señala que:

“las variables de tipo psicológico son determinantes a la hora de hablar de salud en el adulto mayor, ya que las estrategias utilizadas para afrontar los cambios, la satisfacción con la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, la realización de actividades y el funcionamiento intelectual, son los que llevan a que el concepto de salud sea más positivo y, que por ende, conlleva a tener comportamientos y pensamientos orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la postura que se asuma ante la misma”(p. 80).

En un estudio de Alpi *et al.*, (2018) donde se buscaba analizar las relaciones entre la calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en 150 adultos mayores colombianos, encontraron una correlación positiva entre la resiliencia con todas las dimensiones de la calidad de vida. También, hallaron una correlación negativa entre ansiedad

y depresión con todas las dimensiones de calidad de vida, lo cual, según los autores, es prueba del valor patogénico de estas dos emociones en los sujetos que participaron en la investigación.

Por otro lado, en un estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos de la ciudad de Medellín, retoman la definición de calidad de vida de la OMS (1996) comprendida como “la percepción del individuo sobre el lugar que ocupa en la vida, el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello en relación con sus objetivos, expectativas, normas y Preocupaciones” (Citado en Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta, & Pastrana-Restrepo, 2014). Además, los autores desarrollan el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como el componente de la calidad de vida que se encuentra determinado por la salud de las personas. Cabe decir que, desde este punto de vista, los autores conciben la salud del adulto mayor como un elemento que trasciende lo meramente biológico e incluye factores psicológicos y sociales, además, se hace hincapié en la relevancia de la capacidad funcional en esta etapa de vida que supone un menor o mayor grado de autonomía y capacidad de cuidar de sí mismos. En el estudio se identificó que no había diferencias en la CVRS según el tipo de hogar geriátrico, además, se hallaron que los principales factores determinantes de la CVRS fueron: la satisfacción con el apoyo familiar y del hogar, y la participación en grupos sociales.

### **Cuidador y cuidados del adulto mayor**

Con respecto al cuidado del adulto mayor, como bien plantean Zea Herrera & Torres Marín (2007), en un estudio sobre adultos mayores dependientes hospitalizados:

“Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle” (p. 41). Esta investigación permitió identificar que:

“el adulto mayor y su familia reclaman tácitamente del personal de salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al desenlace de la enfermedad, al aspecto económico de la hospitalización, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal.” (p. 44).

Adicionalmente se encontró que la familia es el mejor apoyo con el que pueden contar los adultos mayores dependientes y que sus habilidades de cuidado deben ser potencializadas. En relación con lo anterior, la OMS (2015) se propuso describir el rol y las funciones de un cuidador, entendiéndolo como una persona que atiende y apoya a otra persona, estos pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud. En cuanto a sus funciones, entre ellas se encuentra:

“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” (OMS, 2015, p.247)

También, resulta relevante señalar el carácter multidisciplinario del cuidado donde intervienen profesionales de diversas áreas de conocimiento. Así mismo, los objetivos varían de una disciplina a otra. Desde la enfermería, de acuerdo con Vernet Aguiló (2007), los objetivos son “potenciar y mantener las capacidades residuales, evitar complicaciones y cronificación de los procesos, rehabilitación y reinserción sociales, atención y control de los procesos crónicos y agudo, atención y acompañamiento en la etapa del final de la vida y en los procesos de muerte y duelo” (p.82). Por otro lado, según Pérez Melero (2000) la atención en enfermería:

“debe de estar centrada en el desarrollo de programas de educación para la salud, prevención de las complicaciones, así como el mantenimiento de la capacidad física y mental de los ancianos, todo esto desarrollado en los diferentes campos de actuación de la enfermera; desde la Atención Primaria, pasando por visitas domiciliarias, hospitalizadas y en residencias asistidas” (Citado en Segovia Díaz de León & Torres Hernández, 2011).

Según un estudio de Vega, Santos, & Umbasía (2016) que reflexiona sobre la relevancia del campo de la gerontología señala que esta disciplina “nace para dar respuestas a las implicaciones demográficas, problemas de salud, económicos y sociales que ocasiona el fenómeno del envejecimiento” (pág. 73). De acuerdo con los autores, la gerontología se caracteriza por trabajar de manera interdisciplinaria. Además, de acuerdo con la Ley 1655 del 15 de julio, la gerontología “interviene en el proceso de envejecimiento y vejez del ser humano como individuo y como colectividad, desde una perspectiva integral, con el objetivo de dignificar y humanizar la calidad de vida de la población adulta mayor” (citado en Vega,

Santos, & Umbasía, 2016, p. 81). En últimas, los autores señalan que la relevancia de esta disciplina subyace en que es una vía para sensibilizar a las personas que trabajan con personas mayores frente al impacto de las sociedades que se encuentran envejeciendo cada vez más.

Desde la psicología, especialmente en el área de la salud, la atención o intervención psicológica se centra en la promoción y prevención de la salud tanto física como mental, el tratamiento (multidisciplinar) de pacientes con enfermedades crónicas y se fundamenta en el modelo biopsicosocial. Por último, de acuerdo con Antequera-Jurado & Blanco (1998):

“es pues determinante en cualquier forma de intervención, el que esta vaya orientada de forma definida a potenciar a aquellos recursos personales y sociales que ayuden al anciano a afrontar positivamente estos acontecimientos y estos cambios, de modo que se le facilite el mantener un adecuado nivel de bienestar” (Pág. 96).

### **Vínculos y apoyo social en la vejez**

Los vínculos y el apoyo social son muy importante en la vejez. Autores como Arias (2013), señalan que existe una relación entre el apoyo social, el bienestar integral y la satisfacción vital en la vejez. Por otro lado, También, se ha encontrado, contrario a lo que se pensaba, que la mayoría de los adultos mayores cuentan con redes amplias y suficientes, y logran integrar nuevos vínculos, además de lo anterior, refieren que se sienten satisfechos con el apoyo recibido. Incluso, se destaca el carácter dinámico de esta red de apoyo en la vejez, y la capacidad que tiene el adulto mayor para renovar la red da cuenta de ciertos

recursos que tiene (Arias, 2014). De acuerdo con Sala (1997) “una red social amplia, se relaciona con un grado mayor de bienestar físico y psicológico” (p.83).

Por otro lado, Arias (2014), señala la importancia de contar con una red de apoyo variada, conformada por diferentes tipos de vínculos que más allá de ofrecer ayudas específicas, posibiliten la generación de diversas emociones. Por su lado, Fernández, Rodríguez y Stolkiner (2013), señalan la relevancia de tener en cuenta la singularidad del adulto mayor en las prácticas de cuidado.

## **Metodología**

### **Diseño**

Para la presente investigación se considera que una aproximación cualitativa es la más apropiada. Como describe Packer (2013), este tipo de investigaciones consisten en: “el estudio del significado, y esto requiere acceso a las interpretaciones subjetivas que las personas ligan a sus circunstancias objetivas [...] La investigación cualitativa, desde esta perspectiva, es el estudio objetivo de la subjetividad” (p.60). En palabras de Salgado Lévano (2007) es un intento de: “obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.” (p. 71). En ese sentido se propone abordar esta investigación desde un diseño fenomenológico los cuales, según este mismo autor:” se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupala) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno?” (p.

73). Lo anterior debido a que, en últimas, el objetivo de este estudio apunta a analizar aquellos significados y definiciones subjetivas que configuran ciertas concepciones en torno a la vejez de cuidadores de adultos mayores situados desde diferentes disciplinas.

### **Participantes**

Los participantes de esta investigación son tres cuidadoras de adultos mayores ubicadas en la ciudad de Cali donde cada una ha recibido formación de manera formal desde distintas profesiones como lo son la enfermería, la gerontología y la psicología. Cabe decir que todas ellas se desempeñan o han trabajado desde un marco institucional y una de ellas, adicionalmente, fue cuidadora de un familiar cercano.

### **Estrategias de recolección de datos**

#### **Entrevistas**

En esta investigación se realizarán entrevistas semiestructuradas ya que como lo expresan Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2010):

“el propósito de la entrevista es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”). El experto es el mismo entrevistado, por lo que el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado. Nos interesan el contenido y la narrativa de cada respuesta.” (p. 420).

Como bien menciona Packer (2013), la entrevista es el método de recolección de datos por excelencia de la investigación cualitativa. Además, el mismo autor señala que en

este tipo de entrevistas se permite bastante libertad de forma de respuestas, buscando que el entrevistado se exprese con sus propias palabras y realice un recuento en primera persona. Cabe decir, que en esta investigación se ofertó esta libertad y flexibilidad de respuesta donde se construyó un clima de confianza que posibilitó una conversación nutrida y robusta.

Por otro lado, en las entrevistas, se pretende indagar ciertos aspectos o elementos sobre los cuidadores como: su formación del profesional y su experiencia trabajando con esta población, a su vez conocer los cuidados que consideran que requiere un adulto mayor y cómo interactúan o se relacionan con ellos, entre otros aspectos. Lo anterior posiblemente permitirá dilucidar algunas cuestiones o aspectos más implícitos y subjetivos como sus concepciones en torno a la vejez.

### **Procedimiento**

En el presente estudio se recolectaron datos a través de entrevistas semiestructuradas, las cuidadoras entrevistadas fueron contactadas a través de referencias. Las preguntas o temas guía para las entrevistas se crearon a partir de una revisión de literatura donde se establecieron ciertas categorías como: formación y trayectoria, vínculo del cuidador con el adulto mayor, ofertas de cuidados y atenciones, entre otros. Estas entrevistas fueron grabadas en audio, para ser posteriormente transcritas y codificadas utilizando la herramienta Atlas ti. Con el propósito de realizar, en un primer momento, un análisis más descriptivo, y después otro a la luz de la teoría.

## **Presentación de resultados**

En este apartado se describen los hallazgos más relevantes encontrados en las entrevistas. Estos resultados se encuentran en el marco de unas categorías que también guiaron la realización de las entrevistas, las cuales serán descritas brevemente. Cabe mencionar, como señala Chaves (2005), que existen dos formas posibles de categorizar: de manera deductiva e inductiva. La primera de ellas hace referencia a cuando las categorías surgen de la revisión teórica y son preexistentes a la recolección de datos, por otro lado, cuando estas se derivan o construyen a partir de los resultados encontrados se trata de categorías emergentes. En esta investigación se emplearon ambas vías de categorización, que como menciona la misma autora, pueden ser complementarias.

### **Formación y trayectoria del cuidador**

Esta primera categoría busca conocer aspectos relacionados con la formación y trayectoria profesional del cuidador de adultos mayores. En ese sentido, se incluye la formación que ha recibido el cuidador, entendiendo que el cuidado del adulto mayor es usualmente un trabajo multidisciplinario donde intervienen profesionales de diversas disciplinas, en este caso, desde la enfermería, la gerontología y la psicología. Aunado a lo anterior, esta misma multidisciplinariedad implica diferentes puntos de partida o marcos de referencia desde los que se sitúa el profesional para intervenir, por tanto, resulta relevante esta categoría en cuanto a que la formación profesional de la cuidadora puede ser un marco contextual desde donde se han configurado ciertas formas de relacionarse, de nombrar, de cuidar y de concebir al adulto mayor y a la vejez.

En cuanto a la formación y trayectoria de las cuidadoras se encontraron historias y relatos muy particulares:

- *“yo soy psicóloga hace 16 años me gradué, y he tenido la experiencia de trabajar en diferentes áreas de la psicología”* (psicóloga).

- *“con adulto mayor tuve la oportunidad en Manizales, hice cuidados paliativos para adultos mayores [...] Ya después pasé a otras áreas con adultos mayores. Y los últimos tres años estuve cuidando a un adulto mayor que era mi abuelita”* (psicóloga).

- *“hice la licenciatura que llaman acá enfermero jefe. Hice tres años en una universidad tecnológica de ahí salí como “Técnico superior” [...] Luego hice dos años más y ahí saqué la licenciatura, hice la equivalencia, salí como licenciada en enfermería.”* (enfermera).

- *“mi primer trabajo [...] los primero 3 años fueron hogares de adulto mayor allá en Venezuela, que dependían del gobierno [...] cuando comencé a trabajar fueron 3 años con gerontología”* (enfermera).

- *“yo vine a hacer una diligencia, pero más, sin embargo, vi la oportunidad, toqué como quien dice, toqué y entré. Empecé a trabajar acá en diciembre del 2018”* (enfermera).

- *“E: ¿La gerontología que hiciste en la San bue, era una especialización o un programa?  
C: No, era una carrera profesional, si, era un pregrado.”* (gerontóloga).

En el caso de la psicóloga entrevistada, relata que su experiencia en el cuidado de adulto mayor ha sido, por un lado, en el área de cuidados paliativos, en un contexto

institucional, y por el otro, cuidando de su abuela, cabe decir que actualmente no se desempeña como cuidadora. Otro caso muy distinto es el de la enfermera, quien es venezolana, y comenzó su trayectoria profesional trabajando con adultos mayores en una institución dependiente del gobierno durante tres años, y desde el 2018 trabaja en un hogar geriátrico de la ciudad de Cali. Por último, la gerontóloga, trabaja como administradora de este mismo hogar geriátrico.

Como se había mencionado anteriormente, el cuidado del adulto mayor es un trabajo multidisciplinario donde intervienen profesionales de distintas áreas del conocimiento. La psicóloga entrevistada relata su experiencia conformando un equipo de trabajo para el cuidado de una adulta mayor:

- *“entonces ya entré yo a acomodarle, con la ayuda del médico tratante, a acomodarle como un equipo de trabajo”* (psicóloga).

La psicóloga describe dos momentos en el cuidado multidisciplinario de este adulto mayor:

Primer momento:

- *“encuentro una desorganización total. Desde las personas que la cuidaban hasta la forma en que le administraban los medicamentos, la forma en que ella se estaba alimentando, los cuidados, en cuanto a higiene y cuidado personal. Eso afectaba mucho”* (psicóloga).

Segundo momento:

- *“Ya llegó que podía hacer otra vez terapia física porque ella era que era tiecita tiecita. Ya empezó otra vez. En el grupo entró una fisioterapeuta, entraba a clases de piscina, hacíamos pintura, de pintar con colores, hacíamos actividades de siembra de matas, así a ella se le*

*quebraran las materas, pero ella se sentía útil. Hacíamos tardes de lectura, hacíamos actividades neurológicas, de concentración, de rompecabezas, de sopas de letras” (psicóloga).*

Consecuentemente, los profesionales que cuidan al adulto mayor lo hacen desde distintas aproximaciones y con diferentes objetivos. Desde la gerontóloga se encontró una sensibilidad por el adulto mayor y su cuidado y una postura empática frente a este:

- *“cuando yo ingresé aquí al hogar, yo ingresaba y eran los abuelitos en fila india, en silla de ruedas, con la nariz sucia. Yo decía que tristeza que a uno lo vean así. Entonces yo decidí que fuera sacando al abuelito que van a arreglar. Lo visten solo y ni nada de desnudarlo al frente de los demás.” (gerontóloga).*

- *“No se tenía en cuenta al abuelo, simplemente se hacían las cosas porque tocaba. Y empezamos que el abuelo era la persona para la que estábamos y para la que funcionábamos, empezamos a respetar mucho al abuelo y eso se ha ido trabajando con todo el personal, lo que hemos hecho es haber ido creando conciencia de que son personas, que a pesar de que ya no tengan nada en su cabecita, como digo yo, hay que respetarlos. Allí hay un ser espiritual que hay que respetar, entonces eso lo hemos ido logrando” (gerontóloga).*

- *“porque hay abuelos que tampoco se quieren bañar tan temprano, entonces también por eso, también respetando un poco. Es que eso es lo que tratamos, de mantenerle los tiempos a los abuelos también” (gerontóloga).*

- *“Y los abuelitos ahí sentados, y yo dije no, a partir de ahora todos los días descansan. Después de que los abuelos almuerzan, los llevan a su habitación, esto y esto, y se hizo y eso*

*ha funcionado muy bien, hay dos o tres abuelos que dicen no pelan el ojo nunca, listo es válido también. Si, los dejamos, tampoco los vamos a obligar, si no lo disfrutan.”* (gerontóloga).

De igual manera, la psicóloga entrevistada ubica al adulto mayor como un sujeto, esta vez desde el abordaje del reconocimiento de sus emociones, la resignificación de sentimientos, experiencias y vivencias. Lo que ella describe como una recuperación emocional y espiritual. Lo cual se evidencia en los siguientes fragmentos:

- *“Entonces ahí es donde uno tiene que hacer esos procesos de sanación y de perdón y de gratitud con ellos mismos, de que lo que hicieron estuvo bien hecho o mal hecho pero que así tuvo que haber sido. De empezar a ver lo positivo de sus vidas y no como lo negativo. Y empezar a hacer como una recuperación emocional de sus sentimientos frente a lo que no vivieron o a lo que vivieron.”* (psicóloga).

- *“a los abuelitos se les enseña de una manera muy bonita y es que ya hicieron la tarea, y es la tranquilidad del deber cumplido, y ver sus hijos, ver sus nietos, de pronto ya exitosos, profesionales, o verlos felices”* (psicóloga).

- *“lo que estábamos haciendo era una recuperación, no solo física, sino espiritual y emocional de ella.”* (psicóloga).

Por último, desde la enfermera, se presenta una preocupación por la mantención y preservación de la salud física, donde priman los cuidados de tipo asistencial, pero reconociendo la importancia de lo afectivo:

- *“primero el cuidado de la salud, pues si ellos no están bien de salud, todo se va deteriorando. El afectivo también influye mucho en ese beneficio, esa recuperación o el no enfermarse, y obviamente pues lo básico, alimentación, higiene, hasta la recreación.”* (enfermera).

### **Oferta de atenciones y cuidados**

Esta categoría se refiere los cuidados y atenciones que ofertan las cuidadoras y que consideran relevantes en esta etapa del ciclo vital. Así como, las actividades que proponen, y las prácticas, funciones y roles que desempeñan los cuidadores. En el marco de esta categoría se pudo evidenciar como el cuidado o preservación de la salud, es una de las prácticas o funciones principales del cuidador de adulto mayor. En algunas de las frases que se traen a escena se percibe una concepción integral de la salud, donde se conjugan tanto aspectos orgánicos como de tipo psico-afectivos, como se evidencia a continuación:

- *“Yo estudié gerontología y vi nutrición, uno sabe qué les debe dar y qué no les debe dar. Tratamos de mantener la dieta.”* (gerontóloga).

- *“un cuidador responsable, hablo de que cumpla con las características que yo mencioné, de escucharlo, de compartir, de estar con él, de mirar sus medicamentos. De conocer los signos de alarma de la patología del abuelo”* (psicóloga).

- *“Empezamos ya con ella una ducha diaria. Porque ella no se duchaba diariamente. Entonces ya empezamos a ducha diaria, le entramos la sillita entonces que ella disfrutara el baño”* (psicóloga).

- *“primordialmente, el acompañamiento, pero que sea un acompañamiento de calidad”*  
(psicóloga).

Otro aspecto que ellas postulan como relevante en el cuidado y que se pudo evidenciar en el discurso de las entrevistadas, es la percepción de que los adultos mayores se pueden sentir funcionales.

- *“hacerlos sentir útiles todavía, que a veces hasta uno mismo escatima sus capacidades y no, ellos, muchas veces los sorprenden a uno”* (enfermera).

- *“Y ese involucrarlos con la realidad me parece muy bonito, porque es de cierta manera que ellos se sientan todavía funcionales”* (psicóloga).

Otro cuidado que se evidenció fue “recuperar” al adulto mayor, anclarlo a la realidad. Este tipo de cuidado parece ir por la misma vía que el anterior, se percibe a un adulto mayor desvinculado de lo social, desligado de la realidad. En este caso, como a un niño a quien hay que introducir (de nuevo) al mundo de significados, al entramado social. Esto se evidencia a continuación:

- *“Entonces, quererles servir como de soporte o de contención, para que ellos como que no se pierdan del todo. Y ese involucrarlos con la realidad”* (psicóloga).

- *“porque eso es lo que hace la gerontología social, que la gente mantenga los vínculos con la comunidad. No que porque estas en un hogar el mundo no existe”* (gerontóloga).

- *“los papeles eran como de sacarla de un letargo”* (psicóloga).

Un aspecto importante que apareció en las entrevistas fue la muerte. Cabe decir que la muerte propiamente no es una forma de cuidado o de atención, pero en este caso se hace referencia a cómo se afronta, aborda, presenta, prepara o incluso oculta la muerte en relación con el adulto mayor. Nuevamente, se deben tener en cuenta los marcos institucionales en los cuales se presentan dichas prácticas y concepciones al igual que la influencia de sus formaciones profesionales.

Por un lado, la psicóloga, cuenta su experiencia trabajando en cuidados paliativos:

- *“Entonces era como ayudarlos a desprenderse y a ese encuentro con Dios. Con ellos siempre fue, pues ese abordaje, ayudarles a dar ese último paso y con la concepción de que morir era vivir en Dios”.* (psicóloga).

- *“Y con el adulto mayor, la función era esa ese desprendimiento y ese dejarse ir, y tener siempre la concepción de que iban a un encuentro con Dios. Era como prepararlos para una dulce muerte.”* (psicóloga).

Donde se evidencia una aproximación desde lo espiritual y religioso hacía lo que ella nombra como la preparación para una “dulce muerte”.

Por otro lado, en el contexto de un hogar geriátrico, la gerontóloga refiere la incapacidad de algunos para afrontar la muerte.

- *“Nosotros generalmente tratamos de que los abuelos no reciban esas noticias. Los que están lúcidos lo toman bien. Ellos dicen que: “no, que ya estaba muy enfermito, ya era justo”*

*¿si me entiendes? Pero los que están alterados, por ejemplo, el caso de la señora que pasó es esquizofrénica, ellos si lo toman muy mal. A esos pacienticos, que sabemos que se van a alterar, tratamos de no decirles “(gerontóloga).*

*- “Porque yo trato de decirles otras cosas. Que ella se fue y que la familia se la llevó a pasar sus últimos días. Quién va a decir que no. Y con eso trato de bajarles los niveles de estrés. Trato de no ser tan sincera con eso. Les da más calma. Ellos no pueden solucionar nada. Para qué involucrarlos si eso les va a hacer daño.” (gerontóloga).*

Por último, se encontró un recurso o elemento importante en el trabajo con el adulto mayor que tiene que ver con la construcción de memoria:

*- “Me pasaba mucho con una abuelita Dolores que le decíamos Lolita. Que ella se casó, o sea la casaron, pero el gran amor de la vida de ella era un primo del que la casaron, entonces ella siempre que tenía la oportunidad, volvía y contaba esa historia. Entonces a mí me generaba alegría ver la felicidad de ella recordando todo eso.” (psicóloga).*

*- “Y ella hablaba mucho sobre el pasado, como si quisiera traer esa memoria que ya estaba prácticamente perdiéndose, volverla a traer acá. Le poníamos tangos, música guasca, le poníamos eso.” (psicóloga).*

### **Vínculo entre cuidador y adulto mayor**

Esta categoría hace referencia a la interacción, relación y/o vínculo que tiene el cuidador con el adulto mayor. Con el objetivo de identificar las características de esta relación

y la manera en que estas soportan o conllevan a una idea o concepción de vejez o de adulto mayor.

Los siguientes fragmentos recogen frases que hacen alusión a esta relación entre cuidador y adulto mayor:

- *“se vuelve algo más que como enfermero-paciente, como de familiar”* (enfermera).
- *mira que, hasta estos momentos, con todos ellos he tenido buenas relaciones. Claro, respetando la personalidad y la creencia de cada uno de ellos”* (enfermera).
- *“pienso que ha sido una relación muy bonita con los adultos mayores en general, porque son personas que pocas veces les ponen como el interés y les prestan él tiempo”* (psicóloga).
- *“Acá ellos mantienen casi todo el día con nosotras, en cambio, en otros términos, o en otro lugar, el paciente siempre va de paso, tú sabrás de dónde viene, pero como continúa no sabes. En cambio, estos abuelos se quedan con nosotros”* (enfermera).
- *“Si, claro, no te voy a decir que todos son contentos o que en todo momento tenemos la misma respuesta de ellos ante el llamado de atención, o la ocupación, a veces no quieren hacer nada [...] Pero, respetando uno hasta su estado de ánimo”* (enfermera).
- *“Cuando entré, qué era lo que yo te estaba diciendo, estaban muy dispersos todos, y no había lazos efectivos entre el personal y los abuelos”* (gerontóloga).

En los fragmentos anteriores se pueden identificar algunos elementos comunes, como la idea de que la relación puede ser buena dependiendo de cómo el cuidador se relacione con el adulto mayor.

Por otro lado, en el discurso de la gerontóloga, desde un marco institucional, la profesional hace énfasis en el respeto, empatía y comprensión en el trato y cuidado del adulto mayor, como se evidencia a continuación:

- *“empezamos a respetar mucho al abuelo y eso se ha ido trabajando con todo el personal, lo que hemos es haber ido creando conciencia de que son personas, que a pesar de que ya no tengan nada en su cabecita, como digo yo, hay que respetarlos. Allí hay un ser espiritual que hay que respetar, entonces eso lo hemos ido logrando”* (gerontóloga).

- *“Cuando tú haces que la otra persona se ponga en los zapatos del otro la gente empieza a entender”* (gerontóloga).

- *“siempre estar enfatizando a todo el personal el respeto por el abuelo, el respeto por el abuelo, en todo”* (gerontóloga).

- *“Entonces al principio había burla. A mí me tocó llamar a la gente, sentarla, y decirle esto esto no, ¿a ti te gustaría que esto? No, ¿entonces por qué lo estás haciendo?”* (gerontóloga).

- *“Cuando entré, qué era lo que yo te estaba diciendo, estaban muy dispersos todos, y no había lazos efectivos entre el personal y los abuelos”* (gerontóloga).

Además, las entrevistadas trajeron, en múltiples ocasiones, el tema de la condición mental del adulto mayor, en el marco de las interacciones cotidianas que tienen con ellos, especialmente en un contexto institucional.

- *“Cuando ellos van a la cocina y preguntan y piden si les pueden dar tal cosa a la niña de la cocina o a la auxiliar. Es que esta cabecita: yo necesito algo, pero no sé qué es. Yo quedo aterrada porque llegan a mi oficina y me piden y me dicen”* (gerontóloga).

- *“algunos de ellos que mentalmente ya están totalmente perdidos. Es el caso de don Oscar. Él está recién llegado. Cuando él necesita algo o quiere irse, haya la forma de llegar a mi*

*oficina y me dice: ¿cierto que usted me puede ayudar? Cómo hago para irme. A mí eso me deja sorprendida. Usted es la que manda aquí, pregunta. Siempre me buscan a mí. Eso me parece tan... En medio de sus demencias, cómo hacen para que yo siga apareciendo cómo directora para ello” (gerontóloga).*

*- “porque uno se lo imagina horrible ¿cierto?, no eso debe ser horrible que se me olvide como se llaman mis hijos, que se me olvide donde vivo. Pero yo digo que más horrible debe ser estar lúcido y estar en esa situación de que todos sus hijos están ocupados, de que estás en un lugar donde hay cosas que no te gustan, en una cama que no es tu cama, que hicieron una comida que de repente no es la que tú quieres hoy, que hoy amaneciste con ganas de comer pan y te dan una arepa.” (enfermera).*

Se evidencia asombro por el estado mental del adulto mayor y como en ocasiones se subestiman sus capacidades.

Otro aspecto que puede permear o marcar la relación entre el cuidador y el adulto mayor es la analogía entre la niñez y la vejez que emergió en las entrevistas:

*- “trabajar con niños y trabajar con adultos mayores es prácticamente lo mismo. Porque lo primero es mucha escucha y es mucha ternura” (psicóloga).*

*- “la mayoría aquí del personal coincidimos de que ellos son como niños, para que ponerse uno a discutir o reclamar o corregir cuando ellos, imagínate ahí los que han tenido una vida que ha sido un mundo, pues que han sido profesionales, han tenido oportunidades de viajar, han sido personas brillantes en lo que respecta a estudios o trabajo y hoy en día no te pueden escribir su nombre o hacer una suma simple” (enfermera).*

*- “Ellas se entretienen con sus muñecas. A teresa si le calmamos mucho. Cuando se pone tan ansiosa se lo dan y se calma. Se pelean a veces por el muñeco” (gerontóloga)*

- *“Entonces coinciden que con ninguno de los dos se comparten tiempo de calidad”* (psicóloga).

- *“Y con los abuelitos, es muy similar, sienten que, que, no encajan en la realidad de las personas que están a su alrededor”* (psicóloga).

En el discurso de las entrevistadas, de manera explícita e implícita, se equipara la vejez con la niñez. Estas similitudes que se traen a escena permean, por un lado, la manera en que se relacionan y tratan al adulto mayor, de una manera afectuosa, cercana, infantil. Por el otro lado, la manera en que conciben al adulto mayor.

### **Relación entre el cuidador y la familia (rol de mediador del cuidador)**

La presente categoría es de carácter emergente, nace a partir de las entrevistas realizadas donde salió a la luz la relevancia e importancia de la relación entre el cuidador y la familia del adulto mayor. También, aparece el rol del cuidador como mediador entre la relación del adulto mayor con su familia. Con respecto a la relación en general entre el cuidador y la familia, desde la óptica del cuidador, se evidencia una idea de que el adulto mayor se siente abandonado por su familia:

- *“a veces uno trata de ponerse en los zapatos de ellos, ¿no? Claro, todo hay que verlo de diferentes puntos de vista, ellos están dedicados a trabajar, tienen sus gastos, su familia, sus cosas. Pero a veces aquí hay residentes que pasan 15 días, 20 días, 1 mes y no reciben una visita. Sí, más que todo una visita física porque la llamadita siempre está. Pero igual en ellos que no tienen esa idea de recordar y todo eso, no sé, a veces se sienten como en situación de abandono”* (enfermera).

- *“todos están ocupados para dedicarle tiempo y otro es que el adulto mayor es el centro de todos. Entonces son como dos posiciones de que nadie tiene tiempo para ella y al final ella es el centro de todos. Entonces es ese sentimiento ellos lo sienten en todo momento.”* (psicóloga).

- *“está ese sentimiento de que si vienen es por obligación, que están conmigo por obligación o que yo soy una carga. Y es como una situación de abandono, para mi es una situación de abandono conjugada con una necesidad de mantener unida la familia”* (psicóloga).

Las entrevistadas parecen cuestionar la relación entre el adulto mayor y su familia. Por ejemplo, la psicóloga describe una ambivalencia donde el adulto mayor es el “centro” de la familia, pero a la vez no se le dedica tiempo, al menos no tiempo de calidad. Además, se evidencia la función de fortalecimiento de vínculos que hace el cuidador:

- *“fortalecer esos vínculos familiares para que sintieran que era toda la familia: hijos, yernos, nueras, sobrino, nietos, todos son responsables y son actores importantes en ese cuidado del adulto mayor. Entonces, el trabajo con la familia estaba muy muy orientado a hacer esos vínculos familiares”* (psicóloga).

- *“A nosotros si hay algo que nos molesta, es que las familias no están atentas a los abuelos”* (gerontóloga).

- *“La función era hacerle apoyo terapéutico a la familia frente al cuidado y la protección del paciente frente a la necesidad de hacerse responsables por algo que ellos sienten ajeno”* (psicóloga).

- *“Nosotros tenemos el contrato y en el contrato están las responsabilidades de cada cual. Ahí era donde yo te decía, por ejemplo, que hay una exigencia allí de que deben de venir*

*mínimo una vez a la semana. Tenemos un manual de convivencia también, donde se dicen los horarios, donde se dice el respeto que debe tener las familias con nosotros y nosotros con las familias” (gerontóloga).*

*- “la familia, definitivamente, tener acuerdos con la familia es muy difícil. Los acuerdos con la familia” (psicóloga).*

*- “cuando la gente deja de venir, yo le jalo las orejas a la gente, es que aquí en el contrato dice que debe ser mínimo una vez a la semana que debe venir la familia” (gerontóloga).*

Además, más allá de promover vínculos entre el adulto mayor y su familia, el cuidador también se encarga de realizar demandas a la familia acerca de su corresponsabilidad en el cuidado, es decir, también parece darle voz al adulto mayor.

### **Vínculo entre adultos mayores**

Otra categoría que emergió de las entrevistas fue la relación entre los adultos mayores. Se identificó que estos lazos son fomentados e impulsados desde la Institución en el caso de la gerontóloga entrevistada.

*- “nosotros tenemos una paciente postrada y ella está vinculada a nosotros, a la fiesta, la gente le habla, a pesar de que ella tiene tiempos de lucidez, a través del ojito nos dice si tiene un dolor o algo, y a través del movimiento de las manos. Hubo mucha resistencia cuando ella llegó, pero pues yo tuve que explicar a los abuelos. [...] Hay gente que se sienta con ella a orar ahí al lado. Entonces eso tiene mucho valor para mí o hemos tenido abuelitas que se sientan en la silla y pasa el otro y le da un besito, pasa el otro y lo saluda” (gerontóloga).*

- *“Pero fui a eso, y pude ver que los abuelos generalmente no trabajan, es decir, hacen un círculo, y alguien juega con una pelota, o los ponen al frente del televisor, la mayoría de las veces es que hacen una media luna al frente del televisor y eso es todo. Aquí no, aquí tratamos de que ellos se integren, las mesas se hicieron pensando en eso”* (gerontóloga).

- *“cuando yo ingresé al hogar era muy, lo que tu decías, un abuelo estaba solo por allá otro por allá, estaban como muy dispersos”* (gerontóloga).

### **Descripciones de vejez y envejecimiento**

En esta categoría se recogen las definiciones o descripciones explícitas de vejez y envejecimiento de las entrevistadas. Como se muestra a continuación:

- *“yo creo que una de las etapas vitales del ser humano, o sea, obligatoriamente al igual que como nacemos y vamos pasando esas etapas de la niñez, la adolescencia, a la adultez, digamos así.”* (enfermera).

- *“E: ¿para ti, ¿qué es el envejecimiento? C: es una aceptación de la temporalidad, para mí. Y eso es una lucha brava, es una lucha grande.”* (psicóloga).

También, resulta interesante que en su discurso se evidencia como se ponen en el del adulto mayor, mostrando empatía por su situación:

- *“Pero yo digo que más horrible debe ser estar lúcido y estar en esa situación de que todos sus hijos están ocupados, de que estás en un lugar donde hay cosas que no te gustan, en una cama que no es tu cama, que hicieron una comida que de repente no es la que tú quieres hoy.”* (enfermera).

- *“pienso que un adulto mayor piensa es en que se le acabó el tiempo y no hizo lo que él quería. Entonces es un sentimiento de que todo fue un sacrificio, todo fue una lucha, y se consuelan con lo que ven. Entonces es como un sentimiento de que se me fue la vida y no la sentí o no la viví o no la disfruté”* (psicóloga).

- *“Yo digo que esos estados de lucidez deben ser hasta peor que los de Alzheimer. Porque mientras tu tengas alguien que esté al cuidado de ti, que es el riesgo o la mayor causa por la que ellos llegan a estos sitios, que se empiezan a salir de la casa que existe el riesgo que se pierdan, que los roben, que les den algo”* (enfermera).

### **Formas de nombrar al adulto mayor**

La presente categoría pretende identificar y caracterizar la forma en que las cuidadoras entrevistadas se refieren al adulto mayor cuando hablan sobre ellos y con ellos.

Algunas formas de nombrar a los adultos mayores que se encontraron fueron: *“abuelo”* *“abuela”* *“abuelos”* *“viejitos”*, *“abuelitos”*, *“residentes”* y *“adultos mayores”*. Por un lado, el nombrarlos como *“abuelos”* o *“abuelitos”* es suponer per se una característica que no todos cumplen (tener al menos un nieto), lo cual resulta complejo ya que algunos no se podrán o no querrán sentirse identificados con dicho adjetivo. Por otro lado, otros adjetivos como *“adultos mayores”* o *“viejitos”*, parecen ligados directamente con el paso de los años, su edad cronológica o cierta etapa del ciclo vital. En cuanto a *“residentes”*, se hace alusión a su lugar o posición en el marco de una institución.

## **Análisis y discusión de resultados**

A continuación, se plantea el análisis de las entrevistas a la luz de dos categorías: oferta de atenciones y cuidados, y vínculos y mediación. Cabe decir, que inicialmente se habían planteado unas categorías para la construcción y realización de las entrevistas, como fueron: formación y trayectoria, relación entre cuidador y adulto mayor, oferta de cuidados y atenciones, formas de nombrar al adulto mayor, descripciones de vejez, entre otros. Después de realizar las entrevistas emergieron otras categorías como, la relación entre el cuidador y la familia, y la relación entre los mismos adultos mayores. Lo anterior, abrió la puerta a pensar la vinculación y los lazos sociales durante esta etapa del ciclo vital y su importancia, más allá de la relación entre cuidador y adulto mayor. Por otro lado, se decidió incluir en esta macro categoría, la forma en que se nombra al adulto mayor, y el rol de mediador que ejerce el cuidador entre la familia y el adulto mayor. En cuanto a la categoría de oferta de atenciones y cuidados, se decidió tener en cuenta o en consideración el área de conocimiento desde la que se enmarca la intervención, la oferta de los cuidados y atenciones, de cada cuidadora. Recordando que las entrevistadas fueron: una psicóloga, una gerontóloga y una enfermera.

## **Oferta de Atenciones y Cuidados**

*“Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle” (Zea Herrera & Torres Marín, 2007, p. 41)*

El cuidado integral de la salud aparece en las entrevistas como una de las principales funciones del cuidador de adulto mayor, en el discurso de las entrevistadas se evidencia una concepción de salud similar a la propuesta por Rodríguez, Orbegozo, & Linde (2007), concebida como una valoración subjetiva que se encuentra determinada no sólo por aspectos físicos, sino también por el bienestar, el soporte social y la funcionalidad. En ese mismo sentido, autores como Segovia Díaz de León & Torres Hernández (2011) plantean que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social. La forma en que conciben la salud las cuidadoras se refleja en la apuesta o atenciones que le ofrecen al adulto mayor y las prioridades que establecen en cuanto a estos cuidados. Además, en el cuidado integral de la salud del adulto mayor, se encontró el acompañamiento de calidad, tanto para su seguridad como para su bienestar subjetivo y afectivo, y para aliviar el desgaste que supone para el adulto mayor, su propio autocuidado.

Además, otro elemento que se deja entrever en su discurso se relaciona con la funcionalidad del adulto mayor, y es lo que Meneses *et al.* (2018) describe como una concepción sociológica de la vejez, donde esta etapa es concebida en términos de inutilidad, improductividad y desvinculación social. En las entrevistas se encuentra implícito que ha habido una pérdida, que se está en falta, y es que en la vejez las pérdidas son múltiples, no solo de tipo biológico u orgánico sino también sociales y afectivas, Antequera-Jurado y

Blanco (1998) describen dos tipos de pérdidas: las reales y las fantaseadas. Las reales hacen referencia a la pérdida del contacto con la familia, de la ocupación laboral, pérdidas económicas, entre otras. Las fantaseadas, son más subjetivas, como la pérdida del respeto y/o el cariño de los demás, de la capacidad mental, entre otras.

Por su lado, Segovia Díaz de León & Torres Hernández (2011), definen la capacidad funcional del adulto mayor como: “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. (p. 164). Por otro lado, se ha encontrado que la funcionalidad condiciona la calidad de vida del adulto mayor (Bolívar, 2017; Cano-Gutiérrez, Bordaz, Reyes-Ortiz, Arciniegas, & Samper-Ternent, 2017). Estos mismos autores descubrieron que una declinación de la funcionalidad se relaciona con un amplio espectro de efectos negativos en todas las esferas de la vida del adulto mayor. Debido a lo anterior, la funcionalidad es una arista importante en el cuidado de esta población.

Otra práctica que se encontró en las cuidadoras fue “recuperar” al adulto social, anclarlo a la realidad, específicamente a lo social. Aparece un reconocimiento de la importancia del lazo y el apoyo social en la vejez. Según Arias (2013), existe una relación entre el apoyo social, el bienestar integral y la satisfacción vital en la vejez. Tradicionalmente se pensaba que en esta etapa del ciclo vital la “red” de vínculos que crece y se expande a lo largo de la vida, disminuía de tamaño. Pero se ha descubierto que la mayoría de los adultos mayores cuentan con redes amplias y suficientes, y logran integrar nuevos vínculos, además, que se sienten satisfechos con el apoyo recibido. Incluso, se destaca el carácter dinámico de

esta red de apoyo en la vejez, la capacidad que tiene el adulto mayor de renovar la red da cuenta de ciertos recursos (Arias, 2014). Recursos que le permiten “afrontar los cambios, continuar desarrollándose y lograr elevados niveles de bienestar en esta etapa de la vida.” (Arias, 2014, p.147). En resumen, retomando a Sala (1997):

“La relación con los demás. Si bien en todas las etapas de la vida, la relación con los demás es valiosa, en la vejez las continuas pérdidas determinan que esta sea si cabe más importante, por el soporte y apoyo que supone, y porque ayuda a no desconectar con la realidad. Todos los estudios sobre redes sociales ponen de manifiesto que una red social amplia, se relaciona con un grado mayor de bienestar físico y psicológico” (p.83)

También, aparece el carácter multidisciplinario del cuidado del adulto mayor. Como menciona Fernández-Ballesteros (2004) “Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social” (p.1). Cabe decir que en este trabajo donde coinciden múltiples profesionales no existe per se una integración, incluso puede resultar laborioso coordinar e implementar un cuidado integral del adulto mayor. El contexto y los recursos disponibles posibilitan o dificultan conseguir esta integración.

En el caso de la psicóloga, en su trabajo cuidando un adulto mayor de manera no institucionalizada, narra dos momentos donde se puede evidenciar, en un primer momento, un manejo “fragmentado” del cuidado del adulto mayor, y en un segundo momento, una

integración armoniosa de estas atenciones y prácticas de cuidado. Por tanto, los profesionales que cuidan al adulto mayor lo hacen desde distintas aproximaciones y con diferentes objetivos, dependiendo de la concepción que tenga quien cuida al adulto mayor, estos distintos profesionales, trabajarán de una manera integral o lo fragmentarán.

Como lo mencionan Vega, Santos, & Umbasía (2016), el rol de la gerontología consiste en dignificar y humanizar la calidad de vida de la población adulta mayor. En el relato de la gerontóloga aparece un reconocimiento de la intimidad del adulto mayor lo que implica reconocer su subjetividad, es decir, darle lugar de sujeto. Por su lado, en el abordaje de la psicóloga se le da un lugar muy relevante a la memoria la cual, como señalan Scolni & Zrinovich (2014):

“permite la resignificación, esto tiene que ver con volver sobre algún acontecimiento conflictivo, y efectuar una relectura que permite una ubicación de ese hecho de una manera menos dolorosa, ya que, a la luz de nuevas experiencias y el tiempo transcurrido, es posible otorgar distintos significados a las cosas vividas” (p.230).

Adicionalmente, en la intervención de la profesional, se ve reflejado lo que señala Sala (1997):

“la vejez es el momento en el cual la conciencia del próximo fin del ciclo vital propicia una recapitulación y un balance de la propia vida. Es esencial tener una actitud comprensiva hacia uno mismo, aceptando los errores y los aciertos que uno ha podido tener, comprendiendo que el ciclo de uno mismo viene definido por la

voluntad propia, pero también por las circunstancias, las cuales a veces se nos imponen sin remedio” (p.82).

La intervención desde estas dos profesionales, gerontóloga y psicóloga se encuentra orientada a darles un lugar, a no verlos como sujetos fragmentados, a escuchar sus ritmos, no pasar sobre ellos, a reconocer la singularidad de cada uno de los adultos mayores. Esto nos muestra que la concepción que tienen de adulto mayor es de un sujeto que puede definir qué tipos de atenciones necesita, el cual no es objeto de atención sino sujeto de la misma.

Por otro lado, la enfermera se ubica más desde una propuesta organicista y de cuidados asistenciales donde, como menciona Pérez Melero (2000), la atención se enfoca en la prevención de las complicaciones, y en el mantenimiento de la capacidad física y mental del adulto mayor.

Como se mencionó anteriormente, el tema de la muerte fue un aspecto que apareció en el relato de la psicóloga y la gerontóloga, pero desde dos perspectivas muy distintas. En el contexto de la psicóloga, en el área de cuidados paliativos, la muerte es algo para lo que se prepara el adulto mayor, falta preguntarse el lugar de la vida en esos escenarios. De acuerdo con Sala (1997), la presencia inminente de la muerte en esta etapa genera una visión retrospectiva de la vida, donde “es el momento de la recapitulación y del balance, de pensar en el sentido y el contenido que ha tenido la propia vida. La forma de enfocar este tema tendrá unos efectos u otros en el bienestar de la vejez” (p. 77)

Por otro lado, en el contexto de un hogar geriátrico, la gerontóloga refiere la dificultad de algunos para afrontar la muerte, especialmente los que presentan algún problema de deterioro cognitivo. Distinguiendo que los adultos mayores “lúcidos” afrontan mejor la muerte de sus compañeros. Según Chmilevsky (2014), en el contexto de instituciones geriátricas, es común que “el adulto mayor es significado como un sujeto disminuido psicológicamente, rígido, sin posibilidad de elaborar una situación negativa. Esto conlleva a actuar sobreprotegiendo y ocultando -de manera más o menos intencional- la muerte o la enfermedad.” (p.221). El autor destaca que el tema de la muerte no es nada fácil en este contexto.

Por último, se encontró un recurso o elemento importante en el trabajo con el adulto mayor que tiene que ver con la construcción de memoria, el lugar de hacer una retrospectiva sobre su vida como una necesidad de los adultos mayores. Es posible pensar la necesidad de hacer memoria para ubicarse en la actualidad e identificar un devenir en la propia historia. Nos construimos a través de relatos sobre nosotros mismos, como menciona Perinat (2001). En estos fragmentos se evidencia la necesidad del adulto mayor de narrarse, de hacer memoria. De acuerdo con Scolni & Zrinovich (2014) la reminiscencia es “la función que permite recordar pensando, relatando hechos, actos o vivencias del pasado” (p.228). Según los autores, es una actividad necesaria en la vejez, que es saludable porque promueve la integración de dos momentos: pasado y futuro, dándoles continuidad y de esta forma reforzando su identidad. Por último, señalan que “se recuerda a través de la memoria y al mismo tiempo así se ejercita ésta. Verse así, es ver el niño y el joven que fue, luego el adulto

que creció y esta nueva etapa, la vejez, que también es la vida.” (Scolni & Zrinovich, 2014, p. 231).

### **Vínculos y Mediación**

*“Los vínculos de apoyo de los que se dispone impactan sobre los estados emocionales y son de gran importancia para el logro del bienestar en la vejez.” (Arias, 2014, p.146)*

En esta categoría se examinan y caracterizan algunas relaciones o vínculos claves que aparecen en el marco del cuidado del adulto mayor, como lo son, las relaciones entre el cuidador y el adulto mayor, los lazos entre los mismos adultos mayores y la relación del adulto mayor con su familia, interacción que se encuentra mediada por el cuidador. Esta categoría permite dar cuenta del lugar donde se ubica al adulto mayor lo cual posibilita evidenciar ciertas concepciones particulares en torno a la vejez. También, en el contexto de esta categoría, con sus diferentes vínculos o relaciones, resulta relevante entender la importancia de los vínculos y el apoyo social en la vejez, como bien menciona Arias (2014) “la importancia de disponer de una red de apoyo variada, que no esté conformada por un solo tipo de vínculos que además de brindar ayudas más específicas, contribuyan a generar emociones diversas.” (p.146).

Como se mencionaba anteriormente, en el marco del cuidado del adulto mayor se establecen algunas relaciones entre los diferentes actores. La primera de ellas es la relación entre el adulto mayor y su cuidador. En este caso se evidencia el reconocimiento al adulto mayor con un estado de ánimo, con una posición, como una persona a quien se le debe brindar

una atención y conocer su historia. Como señalan Fernández, Rodríguez & Stolkiner (2013), “Las Prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada uno de los integrantes de ese vínculo (Cuidador - Adulto Mayor).” (p.72). Por tanto, la relación que se instaura da cuenta de un vínculo afectivo lo que implica que la otra cuenta, como un ser que es escuchado y tiene voz. Además:

“la relación entre cuidador y adulto mayor debe ser analizada en tanto relación vincular como a partir del encuentro técnico y social producido. El análisis del campo relacional toma en cuenta las características propias de cada uno de los integrantes de este encuentro.” (Fernández, Rodríguez & Stolkiner, 2013, p.72).

Resulta relevante identificar la manera en que se nomina al adulto mayor. La discusión sobre cómo nombrar y cómo no nombrar al adulto mayor aparece en el relato de la gerontóloga en el marco de la institución geriátrica donde se desempeña como administradora.

- *“La administración anterior era muy distante, y decía que a todos había que decirle por el nombre y el apellido o señora fulana de tal. Yo dije no, yo no soy melosa, pero aquí lo he aprendido a ser, es decir, aquí yo no le digo a las abuelitas, Martha, Patricia, sino que yo les digo [...] mucho mi amor, mi corazón o mi vida, los trato con mucho cariño [...] aprendí a que las niñas también lo hicieran así, y cuando hay abuelos que las familias exigen que se les digan por el nombre y el apellido, bueno lo hacemos, por respeto a la familia, pero, siempre, tratamos de que sea con cariño.”*

En el fragmento anterior cabe preguntarse por el lugar de la subjetividad y la singularidad al referirse al adulto mayor, no por su nombre propio, sino por adjetivos comunes. Es importante resaltar, que, desde la perspectiva de la gerontóloga, esto es concebido como “distante”, su propuesta es una relación más estrecha con los adultos mayores. Ella les oferta, y promueve en su equipo de trabajo, un trato que ella describe como “cariñoso”. Esta manera de nombrar al adulto mayor es totalmente opuesta a la presentada anteriormente, con adjetivos genéricos como “abuelo”, “viejo”, “adulto mayor”, entre otros. Entonces, se presenta una dualidad al nombrar al adulto mayor, cabe decir que nos encontramos ante dos momentos de la enunciación distintos, en el primero, cuando se dirigen directamente hacia los adultos mayores, aparece una necesidad de nombrarlos con una manera que demuestre cariño y afecto, teniendo en cuenta la importancia de un vínculo afectivo. Por tanto, hay un supuesto de que el adulto mayor necesita y requiere cariño, lo anterior tiene que ver con la concepción y la forma del trato. Por otro lado, las diferentes maneras de nombrar al adulto mayor, más de tipo genérico, dan cuenta de una distancia en la que se instauran para intervenir.

Entonces, aparece en la gerontóloga, como se ha venido planteando, una concepción de adulto mayor como sujeto digno de respeto. Se evidencia una necesidad de ratificar su postura, ya que, como se mencionaba anteriormente, esto no es lo común. Parece que hay una dificultad para subjetivar al adulto mayor y tenerlo en cuenta, lo cual hace que la profesional deba esclarecer la manera en que considera se tiene que tratar al adulto mayor.

Otro hallazgo que se planteó en los datos es la analogía que aparece de la vejez con la niñez, estas similitudes que se traen a escena permean por un lado la manera en que se relacionan y tratan al adulto mayor, de una manera afectuosa, cercana y a veces un poco infantilizada,, ya que pareciese que se compara con un niño que no entiende y que no sabe. Sin embargo, existe un autor, que propone una mirada distinta, donde la infantilización se puede retomar desde el mismo adulto mayor:

“La incapacidad para sostener su propio envejecimiento hace que algunas personas tomen la actitud de pedir, insistentemente, soporte a los familiares o a las instituciones, entrando en una relación de dependencia respecto a éstos, sin que exista muchas veces suficiente justificación. Adoptan el papel de niños perdidos y aceptan resignadamente las tareas infantilizantes, que muchas veces les proponen los familiares o las instituciones” (Sala, 1997, p.79).

Otro aspecto que parece marcar la cotidianidad del hogar geriátrico es la consideración por la condición mental del adulto mayor. En ocasiones se escatiman sus capacidades y posibilidades. Cabe preguntarse por el tipo de apuestas que se le hacen a un sujeto sobre la base de un supuesto grado de deterioro, ya que, en ocasiones, como menciona Cornachione Larrínaga (2016), los impedimentos que se le imponen al adulto mayor son de tipo cultural y no biológicos. Además, la OMS (2015) señala que “se reconoce que muchas personas mayores sufren pérdidas significativas, ya sea en su capacidad física o cognitiva, o por la pérdida de familiares, de amigos y de roles que desempeñaban antes en la vida” (p.30). También, como concluye Fernández-Ballesteros (2004) “existen funciones intelectuales que

declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez” (p.6). Por tanto, resulta relevante evaluar y reflexionar sobre las ofertas que se le hacen al adulto mayor y la forma de relacionarse con este, teniendo en cuenta especialmente sus posibilidades y capacidades, aquello que se conserva o se gana, y no sus dificultades, aquello que se pierde, reconociendo además su singularidad.

En cuanto a la relación del adulto mayor con su familia, de nuevo aparece una idea de adulto mayor que necesita vincularse y tener lazos afectivos. El cuidador, media entre la relación del adulto mayor y su familia, ayudando a fortalecer estos vínculos. Como mencionan Arroyo, Vázquez & Garay (2014), “las relaciones familiares, el apoyo entre sus integrantes y la percepción de que "siempre se puede contar con la familia", son elementos que se consideran fuentes de bienestar.” (p.23). Por otro lado, un sentimiento relacionado con la sensación de abandono que perciben los cuidadores es que el adulto mayor se siente una carga para su familia, se siente en una situación de abandono, de acuerdo con Rueda (2011), “El sentimiento de “carga” define ciertas formas de relación entre los adultos mayores con las personas que les rodean, a la vez que se definen a sí mismos.” (p.11). Así también, se convierten en discursos interiorizados que se reproducen constantemente.

Por último, la gerontóloga parece reconocer la importancia de lo relacional en el adulto mayor, lo cual lleva a que promueva y fomente los lazos entre los adultos mayores del hogar, entre pares. Según Arias & Polizzi (2011) “los amigos constituyen una importante fuente de apoyo social durante la vejez, tanto por la elevada frecuencia en que son

incorporados en la misma como por su atributo de elevada intimidad” (p.6). Además, las tres funciones de apoyo más comunes son: la compañía social, el apoyo emocional y la guía cognitiva. Por otro lado, Sala (1997) también reconoce la relevancia de estas vinculaciones “La relación con otras personas de edad permite que, conjuntamente, puedan dedicar esfuerzos a la defensa de su posición, de su dignidad como personas mayores, impidiendo su marginación” (p.83).

### **Conclusiones**

Finalmente, en el presente trabajo se pudieron identificar algunas prácticas, atenciones, cuidados y funciones que desarrollan los cuidadores de adulto mayor donde se concibe o se oferta una atención integral al adulto mayor, en contraposición a una fragmentada. Las anteriores acciones se encuentran enmarcadas dentro de un determinado contexto profesional, de formación y trayectoria, y por supuesto de una historia de vida, elementos que permean, tanto las ofertas que se le hacen al adulto mayor, como la forma en que se concibe al adulto mayor y a la vejez en general. Algunas de los aspectos encontrados con respecto al cuidado del adulto mayor fueron: el cuidado integral del adulto mayor, la recuperación de la funcionalidad, anclar al adulto mayor a lo social, recuperación emocional, el abordaje de la muerte y el trabajo con la memoria.

Por otro lado, también se pudieron identificar algunos vínculos importantes en esta etapa del ciclo vital, cómo la relación del adulto mayor con el cuidador, que da cuenta de una concepción de adulto mayor como un sujeto de relaciones y con necesidades afectivas.

También, se encontró la relación del cuidador con la familia y la relación entre los mismos adultos mayores, así como el rol de mediador del cuidador entre la familia y el adulto mayor. Adicionalmente, se encontraron algunos elementos que influyen en estas relaciones, como la analogía entre la vejez y la niñez, y la consideración de la condición mental del adulto mayor.

En el caso de la gerontóloga entrevistada se puede evidenciar como la profesional se ubica en dos de los modelos que describe Cornachione Larrínaga (2016) para concebir la vejez, el modelo organicista y el modelo contextual-dialéctico. En este primer modelo se percibe la vejez como una etapa donde ha comenzado un declive de aptitudes y comportamientos. Por el otro lado, desde el modelo contextual-dialéctico se le otorga importancia al medio y a las relaciones funcionales. Este primer modelo se muestra en la forma en que parece subestimar las capacidades cognitivas del adulto mayor y se sorprende por algunas de sus acciones. El segundo modelo, se evidencia ya que promueve la interacción del adulto mayor con su familia y sus pares, tratando de fortalecer los vínculos entre los mismos adultos mayores, concibiendo al adulto mayor como un ser de relaciones. También, su forma de relacionarse y nombrar al adulto mayor da cuenta de un vínculo afectivo, una interacción cercana, casi infantil. Además, cabe resaltar que logra darle lugar de sujeto al adulto mayor, humanizando su cuidado y dignificando el mismo.

Por otro lado, la psicóloga, por su misma formación y contexto en el que ha trabajado (cuidados paliativos), está más orientada a realizar un trabajo terapéutico con el adulto mayor, sobre todo un trabajo de reconocimiento de emociones, resignificación de sentimientos, experiencias y vivencias, lo que ella describe como una recuperación emocional y espiritual. En gran parte, es una intervención que utiliza como recurso la

construcción y reconstrucción de la memoria. Se puede decir que la psicóloga se ubica en un modelo sobre todo contextual (Cornachione Larrínaga, 2016), donde lo relevante es la adecuación del individuo al medio, se prepara al adulto mayor para lo inminente, la muerte. También, esto se evidencia en la necesidad de “recuperar” al adulto mayor y en la importancia que le otorga a la funcionalidad. Al igual que la gerontóloga, esta profesional logra darle lugar de sujeto al adulto mayor, trayendo en su discurso adultos mayores particulares y significativos, evidenciando una cercanía profesional. En cuanto a su vínculo y su forma de relacionarse con el adulto mayor, la profesional trae sobre todo a colación adultos mayores significativos y describe una relación de “mucho ternura” donde se recalca la importancia de la escucha y la empatía.

Por su lado, en la enfermera entrevistada se evidencia un modelo especialmente organicista (Cornachione Larrínaga, 2016), así como un estereotipo biológico y psicológico de concebir la vejez (Meneses *et al.*, 2018). El estereotipo biológico hace referencia a percibir la vejez como una etapa cargada de enfermedades, mientras que el psicológico, de forma similar, la percibe como el deterioro de habilidades psicológicas o cognitivas. Cabe destacar de la enfermera una postura empática frente al adulto mayor institucionalizado y una preocupación por lo afectivo. Esta postura empática es la que permite evidenciar estos estereotipos planteados por Meneses *et al.*, (2018), ya que reflexiona y muestra mucha sensibilidad por la situación de enfermedad, sobre todo mental, del adulto mayor. A medida que en su discurso muestra simpatía y empatía por el adulto mayor muestra una radiografía de lo que ella concibe que es la vejez y cómo es la situación del adulto mayor, lo que permite entrever una concepción de vejez como una etapa cargada de enfermedades, deterioros, y

pérdidas como la disminución del contacto con la familia, conjugado a una sensación de abandono. Por consiguiente, en cuanto a su relación con el adulto mayor, se evidencia una interacción basada en la empatía y el respeto, donde logra ubicarse en el lugar del otro y comprender sus estados de ánimo y sus comportamientos.

### **Recomendaciones**

Para futuras investigaciones resultaría relevante emplear otras estrategias adicionales de recolección de datos, como la observación y el completamiento de frases para triangular la información. Adicionalmente, sería importante tener una muestra mayor de cuidadores. También, sería interesante ahondar en torno a la analogía de la vejez con la niñez ya que parece ser un tema que, aunque se hable con naturalidad en la práctica y en el campo, no existe una elaboración teórica o académica robusta al respecto.

## Referencias

- Alpi, S. V., Munévar, F. R., García-Rincón, L., Quiceno, J. M., Martínez, O. V., Martínez, A., & Reyes, K. (2018). Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud, 28*(1), 73-83.
- Antequera-Jurado, R., & Blanco, A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. *La vejez, una mirada gerontológica actual. Ed. Paidós. Barcelona.*
- Arango, D. C., & Cardona, Á. M. S. (2011). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 46*(2), 96-99.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós: Gerontología, 16*(4), 313-329.
- Arias, C. J. (2014). Vínculos de apoyo y emociones en la vejez. *LARNA-ARGENTINA-2014*, 141.
- Arias, C. J., & Polizzi, L. (2011). *La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo*. Paper presented at the III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Arroyo, C., Vázquez, L., & Garay, S. Envejecimiento, apoyo familiar y bienestar subjetivo. Satisfacciones e insatisfacciones en adultos mayores. *LARNA-ARGENTINA-2014*, 25.

- Bernárdez Rodal, A. (2010). Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir. *Investigaciones Feministas*, 1, 29-46.
- Bolívar, S. M. Z. (2017). Artículo de Investigación Factores relacionados con el nivel de participación del adulto mayor de la comuna 18 Cali-Colombia en actividades productivas y de tiempo libre. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 17(1).
- Cano-Gutiérrez, C., Bordaz, M. G., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A. J., & Samper-Ternent, R. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 37, 57-65.
- Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., & Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155.
- Chaves, C. R. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *Revista de investigaciones Cesmag*, 11(11), 113-118.
- Chmilevsky, V. (2014) Un abordaje de la muerte en la institución geriátrica. *LARNA-ARGENTINA-2014*, 218.
- Cornachione Larrínaga, M. (2016). *Psicología del Desarrollo. Vejez*: Editorial Brujas.
- Correa-Montoya, L., Rodríguez-Parra, L. T., Suárez-Ángel, C., & Rúa-Serna, J. C. (2018). El olvido del derecho. Desprotección legal de las personas mayores de hoy y del mañana en Colombia. *Revista Opinión Jurídica*, 17(33), 43-71.

- De Valle-Alonso, M., Hernández-López, I., Zúñiga-Vargas, M., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
- Fernández, T., Rodríguez, 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*. Paper presented at the V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.
- Fhon, J. R. S., Janampa, J. T. G., Huaman, T. M., Márquez, S., & Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(3), 251-258.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. In: México: McGraw-Hill.
- Meneses, E. L., Serrano, J. L. S. S., Martínez, A. J., & Galán, J. G. (2019). Percepción de los estudiantes de posgrado en gerontología sobre el envejecimiento. *Revista de humanidades* (36), 155-180.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Packer, M. (2013). *La ciencia de la investigación cualitativa*: Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes.

Perinat, A. (2001). Mitos y metáforas como formas de conocimiento y saber. *La mente reconsiderada. En homenaje a Angel Rivière*, 103-119.

Rodríguez, A. F. U., Orbezo, L. J. V., & Linde, J. M. M. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de psicología*, 10(1), 75-81.

Rueda, M. C. A. (2011). Sentirse “una carga” en la vejez: ¿realidad construida o inventada? *Revista Kairós: Gerontología*, 14(4), 5-28.

Sala, J. L. C. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology* (73), 71-88.

Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.

Scolni, M., & Zrinovich, A. (2014). Construyendo el presente recordando el pasado, Taller Grupal con Adultos Mayores. *LARNA-ARGENTINA-2014*, 228.

Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.

Sena, C. M., & Moral, J. C. M. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(5), 276-284.

Vega, L. A., Santos, C. A. G., & Umbasía, L. A. V. (2016). Reflexiones sobre la pertinencia de la educación en el campo de la gerontología en Colombia y en el mundo. *Sophia*, 12(1), 71-84.

Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. *Gerokomos*, 18(2), 24-30.

Zea Herrera, M. d. C., & Torres Marín, B. P. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado.

## Anexos

### Entrevista 1 (psicóloga)

#### E: Entrevistadora C: Cuidadora

E: Bueno, listo, empecemos. Estos son datos generales. ¿Cuántos años tienes?

C: 43 años

E: ¿Dónde vives?

C: En Cali

E: ¿En qué barrio?

C: Quintas de Don Simón

E: ¿Qué estrato es?

C: cinco

E: Me gustaría hablar un poco sobre tu infancia. ¿Dónde pasaste tu infancia? ¿Dónde viviste?

C: A ver pues, mi infancia a mí me trajo de cinco meses para acá para Cali.

E: ¿De dónde?

C: De Samaná, Caldas. Y los primeros añitos lo viví pues con toda la familia. Toda la familia vivía en una misma casa, entonces el negocio era abajo y todos los tíos trabajaban en el primer

piso que era un negocio. Y mis abuelos vivían arriba entonces era como una casa, un negocio de familia. Y ahí estuve los primeros años hasta que ya mi papá y mi mamá consiguieron para hacerse una casita entonces ya después nos fuimos para allá. Pero siempre pues ese vínculo directo con la familia.

E: Listo, durante esta época pues de la infancia recuerdas algún adulto mayor que haya sido muy importante para ti o que hayas querido mucho.

C: Si claro, por ejemplo, por el lado de mi mamá siempre fue la imagen, o la imagen no, la presencia de la abuelita Epimenia que siempre eran unos cuidados con ella, mucho respeto, mucha dulzura, una mujer muy noble, muy, como muy tierna y a veces también muy silenciosa. Despertaba mucha ternura y siempre vivió pues con mis abuelitos. Después de ellos llegó la tía Eva, que es una tía de mi abuelita materna que también estuvo muchos años, muchos años acompañándolos. Y también fue esa imagen de una tía juguetona, una tía alegre, con ella estuvimos pues hasta que murió.

E: entonces ahora, cuéntame tu formación, ¿estudiaste?

C: si, yo soy psicóloga, hace 16 años me gradué y he tenido la experiencia de trabajar en diferentes áreas de la psicología. Y pues en el área que más me ha gustado trabajar es en el área clínica y docente.

E: Listo, ¿Hace cuánto empezaste a trabajar con adulto mayor o a cuidar adulto mayor?

C: Pues mira, con adulto mayor tuve la oportunidad en Manizales, hice cuidados paliativos para adultos mayores y era para, la experiencia era ayudarlos a dar ese paso al buen morir, a

quedar en paz con ellos mismos, a hacer unos procesos de perdón, a dejar escrito las cosas que anhelaron entonces que se pudieran así sea solo a manera de ritual. Entonces era como ayudarlos a desprenderse y a ese encuentro con Dios. Con ellos siempre fue, pues ese abordaje, ayudarles a dar ese último paso y con la concepción de que morir era vivir en Dios, entonces siempre se les enseñó. Ya después pasé a otras áreas con adultos mayores. Y los últimos tres años estuve cuidando a un adulto mayor que era mi abuelita

E: ¿Cómo fue esa experiencia de cuidar adultos mayores?

C: Pues es una experiencia, primero muy dulce y reconfortante, porque pues tristemente el adulto mayor se vuelve, tiene dos posiciones. Uno, todos están ocupados para dedicarle tiempo y otro es que el adulto mayor es el centro de todos. Entonces son como dos posiciones de que nadie tiene tiempo para ella y al final ella es el centro de todos. Entonces es ese sentimiento ellos lo sienten en todo momento. Por ejemplo, ese sentimiento de siempre hay que decir que si ella falta o si ellos faltan la familia se va a dispersar ¿Cierto? Pero también esta ese sentimiento de que si vienen es por obligación, que están conmigo por obligación o que yo soy una carga. Y es como una situación de abandono, para mi es una situación de abandono conjugada con una necesidad de mantener unida la familia

E: Ya me habías comentado, pero como en concreto ¿qué funciones o que tareas o que acciones tenías con los adultos mayores que has cuidado?

C: A ver pues, hace años la función era hacerle apoyo terapéutico a la familia frente al cuidado y la protección del paciente frente a la necesidad de hacerse responsables por algo que ellos sienten ajeno y buscan a quien recargarle todo y generalmente pues ubican una sola

persona y sobre esa sola persona quieren que todo, que todo recaiga. Entonces era hacer como es apoyo, fortalecer esos vínculos familiares para que sintieran que era toda la familia: hijos, yernos, nueras, sobrino, nietos, todos son responsables y son actores importantes en ese cuidado del adulto mayor. Entonces, el trabajo con la familia estaba muy muy orientado a hacer esos vínculos familiares. Y con el adulto mayor, la función era esa ese desprendimiento y ese dejarse ir, y tener siempre la concepción de que iban a un encuentro con Dios. Era como prepararlos para una dulce muerte.

Y ya posteriormente cuando ya vine al cuidado de mi abuela Maruja, los papeles era como de sacarla de un letargo, pues lo pienso yo así. Porque cuando yo llegué mi abuelita estaba sobremedicada, estaba en la cama, como somnolienta todo el tiempo, no había como una persona que pudiera detectar que está sobre medicada, que estaba mal tratada. Nadie quería verla en esa situación, pero entonces yo ya cuando llego, empiezo a mirar la historia clínica, a mirar qué era lo que ella estaba tomando, cuáles eran los especialistas, cuál era el control que estaba teniendo y encuentro una desorganización total. Desde las personas que la cuidaban hasta la forma en que le administraban los medicamentos, la forma en que ella se estaba alimentando, los cuidados, en cuanto a higiene y cuidado personal. Eso afectaba mucho y mantenía con infecciones urinarias eso hacía que ella tuviera muchas glicemias elevadas. Entonces ya entré yo a acomodarle, con la ayuda del médico tratante a acomodarle como un equipo de trabajo, entonces con ellos era como hacerles la capacitación frente a los cuidados de higiene y cuidado personal. Empezamos ya con ella una ducha diaria. Porque ella no se duchaba diariamente. Entonces ya empezamos a ducha diaria, le entramos la sillita entonces que ella disfrutara el baño, se le compraban jabones de todos los aromas, se cerraban

todas las ventanas, se le compraron batolitas bastante calurosas para que no sintiera tanto frío porque era muy friolenta. Ya empezamos a qué debía tener era una enfermera para que supiera los medicamentos, pues porque encontramos que también le revolvían los medicamentos no solo los que mandaba el médico tratante sino los que le daba la EPS y a parte tenía 3 médicos más, que eran el internista, el endocrino y el neurólogo. Entonces a ella le estaban dando todos los medicamentos en diferente horario, o sea, no había un orden ni una coherencia.

Entonces yo llego y empiezo a mirar esa situación en la que estaba abuelita, yo digo que, pues si me dan permiso para llevarla al médico a mirar a ver. Porque, desde mi punto de vista y leyendo la historia clínica, ella no estaba para estar en la situación en la que yo la veía. Entonces pues me dieron la autorización y me fui con ella y el doctor que la revisó inmediatamente le quitó cuatro medicamentos de base. Y en una cajita le mandaron Sertralina, entonces resulta que decía una cada noche, entonces cómo le entregaban de a 3 o 4 cajas le daban una pasta de cada caja. Entonces por eso era por lo que ella ni comía y era dormida dormida y ella ya estaba haciendo sus necesidades, o sea, no controlaba esfínteres. Entonces empezar a formar ese grupo de apoyo, buscando el bienestar de ella, generó demasiada controversia, porque las personas que estaban al cuidado de ella nunca lo vieron como un beneficio para ella, sino que era como un ataque mío. Mas sin embargo yo seguía en lo mío que era recuperarla a ella.

Ella incluso... pues abuelita estuvo tan delicada que casi pierde las piernitas, estuvo casi casi que se iba de amputación. Y aquí no lo podían entender y le seguían dando lo que no podía qué porque es que es doña Maruja y entonces, fue un proceso muy difícil. Entonces era, por

una parte, la familia queriendo tenerla aliviada, y por otro lado todos los empleados en mi contra porque no lo veían como algo favorable para ella, y algunos de los tíos me veían como a la Verduga frente a los trabajadores, y otros si muy inteligentes, entendían lo que estábamos haciendo y abuelita en ese punto. ¿Sí? Que yo entiendo que ella me quiere y está cuidando pero que pesar de las personas que siempre me han cuidado que me las quite del lado. Ya hay un amor y un lazo de fraternidad y de agradecimiento. Entonces es ella como sin saberse ubicar en qué sentimiento.

Entonces empezamos a hacer con ella una recuperación espiritual porque es que ella ya le había perdido la fe a orar. Ya ella decía que estaba cansada de tanto rezar y le daba pereza. Entonces empezamos a hacer eso, volvimos a armar el altarcito. Después de que ella ya se logró estabilizar, que ella ya andaba por sí sola, logró pararse y lo pies se le desinflamaron. El peligro de las piernas desapareció, le hicieron un implante en dos ocasiones de células madre y con la alimentación y todo eso

Y ya después, eh ¿Ya después que fue lo que sucedió? Ya llegó que podía hacer otra vez terapia física porque ella era que era tiecita tiecita. Ya empezó otra vez. En él grupo entró una fisioterapeuta, entraba a clases de piscina, hacíamos pintura, de pintar con colores, hacíamos actividades de siembra de matas, hacía ella a ella se le quebraran las materas, pero ella se sentía útil. Hacíamos tardes de lectura, hacíamos actividades neurológicas, de concentración, de rompecabezas, de sopas de letras,

Y ella hablaba mucho sobre el pasado, como si quisiera traer esa memoria que ya estaba prácticamente perdiéndose, volverla a traer acá. Le poníamos tangos, música guasca, le

poníamos eso. Entonces, algunas personas empezaron a ver eso, que era que yo quería dominar la situación. Pero lo que no podían ver era que lo que estábamos haciendo era una recuperación, no solo física, sino espiritual y emocional de ella.

E: entonces, ¿En un pasado te habrías visto o visualizado trabajando con adulto mayor?

C: Si mira, y todavía siento que me gusta porque, es muy bonito usted, a esa persona que tiene esa sensación de abandono y se sienten como ineptos, ya no pueden cocinar, ya no pueden vestirse por sí mismos, son muchas las situaciones, ¿cierto? Él desgaste físico, la pérdida de memoria, decir: ¿Cómo así que yo no me acuerdo? ¿usted cree que es que yo es que estoy despistada.

Entonces, quererles servir como de soporte o de contención, para que ellos como que no se pierdan del todo. Y ese involucrarlos con la realidad me parece muy bonito, porque es de cierta manera que ellos se sientan todavía funcionales.

E: entiendo que has trabajado con personas de diferentes poblaciones: adultos, niños, entonces cuéntame por qué se caracteriza o destaca el trabajo con él adulto mayor, ¿qué lo hace diferente de trabajar, digamos con niños?

C: Pero es que mira que es cómo lo mismo, trabajar con niños y trabajar con adultos mayores es prácticamente lo mismo. Porque lo primero es mucha escucha y es mucha ternura.

E: listo

C: de igual manera, los niños están escolarizados, entonces están viviendo casi toda su etapa en la escuela, llegan a la casa es a hacer tareas, él compartir con los padres es poquito, entonces ellos también tienen esa sensación de abandono o ese sentimiento de que nadie me para bolas y que para nadie soy importante. Donde entienden que el deber es formarse en la escuela, pero no formarse como personitas.

Y con los abuelitos, es muy similar, sienten que, que, no encajan en la realidad de las personas que están a su alrededor. Porque, o tienen que salir ligero a estudiar o tienen que salir ligero a trabajar. Y llegan a almorzar es a las carreras y vuelven y se van. Entonces coinciden que con ninguno de los dos se comparten tiempo de calidad.

Entonces, con mi abuelita pasaba algo muy particular, que ella todo el día planeaba la llegada de sus hijos por la tarde, y todos llegaban era a hablar de negocios y otras cosas. Y pocas veces ella logró expresarse como ella quería, entonces ella decía: bueno voy a hacer una reunión. Que muchas veces organizamos, que ella se iba a despedir de todos para no dejar asuntos pendientes. Que eso hacía parte de mi trabajo, pero lo hacía más para fortalecerla a ella. Entonces ya a lo último la cogían de recocha: ¿otra vez se va a despedir? Entonces ella un día sí me dijo: hija, como que si es verdad que están esperando que yo me muera rápido porque mire lo que dijo César: a mí, ¿otra vez se va a despedir? Ella tuvo varios momentos que los reunió para hacer sus encargos, recomendaciones, sus peticiones, y todas esas cosas.

E: Cuéntame un poco como ¿qué es lo que más disfrutas, de pronto ya me lo habías dicho, pero para puntualizar, ¿qué es lo que más disfrutas de trabajar o haber trabajado con adultos mayores?

C: yo pienso que lo más bonito es verlos partir sin dolor, y con las deudas saldadas. De mi trabajo, en el antes, en el después y en el ahora, eso es el aliciente más grande. Qué es enseñarles a despedirse sin resentimientos, a mirar la muerte como un paso de luz, un acto de amor con dios. Es dejar a cada una de las personas que lo han rodeado, no dejar nada pendiente sino dejar todo en paz, poderse ir sin odio y sin rencores, con mucho amor.

E: ¿y cuáles son cómo esas dificultades o momentos difíciles?

C: la familia, definitivamente, tener acuerdos con la familia es muy difícil. Los acuerdos con la familia, todos quieren evadir la responsabilidad y después, todos quieren opinar frente al que quiere tomar la responsabilidad. Entonces definitivamente no es él paciente como tal sino poner de acuerdo con la familia.

E: entonces, de pronto ya se ha dejado entrever porque según me cuentas has cuidado a tu abuela, pero ¿cómo ha sido tu relación con los adultos mayores?

C: pues pienso que ha sido una relación muy bonita con los adultos mayores en general, porque son personas que pocas veces les ponen como él interés y les prestan él tiempo. Entonces yo veo un adulto mayor e inmediatamente me siento a preguntarle, y hay preguntas que para mí son claves para usted ganarse el cariño de un abuelito: ¿Usted se ha enamorado o cómo se enamoró? O Cuénteme ¿Cómo fue su historia de amor? Usted con solo esa pregunta ve como les brillan los ojos y se les ilumina el día. Y ahí se enternecen y se eternecen dos, tres, cuatro horas contando como fue.

Me pasaba mucho con una abuelita Dolores que le decíamos Lolita. Que ella se casó, o sea la casaron, pero él gran amor de la vida de ella era un primo al que la casaron, entonces ella siempre que tenía la oportunidad, volvía y contaba esa historia. Entonces a mí me generaba alegría ver la felicidad de ella recordando todo eso.

Entonces ella me decía: yo cuanto quisiera que alguno de mis nietos me preguntara, pero ninguno sabe que Tomas era el amor de mi vida. Entonces tengo en mente eso, no es lo que uno quiere que ellos hagan, sino como buscar que es lo que a ellos les hace feliz. Y procurar por hacerles esos momentos gratos.

E: ¿listo, y para ti qué es el envejecimiento?

C: es una aceptación de la temporalidad, para mí. Y eso es una lucha brava, es una lucha grande. Pero, a los abuelitos se les enseña de una manera muy bonita y es que ya hicieron la tarea, y es la tranquilidad del deber cumplido, y ver sus hijos, ver sus nietos, de pronto ya exitosos, profesionales, o verlos felices.

Por ejemplo, con abuelita me pasaba eso, lo que quería era verlos feliz, entonces ella por ejemplo decía: bendito sea mi dios, esa amargura de aquel, ay vea esa cruz de Miguel, todo lo que debe sufrir con esa mujer, ¿Cómo será en las noches? Por ejemplo, de mi mamá decía que era muy guapa muy trabajadora pero que pobre Gabriel. De Marina también decía que era muy fuerte, que a Marina solo la lidiaba sino Alberto.

Entonces, ahí entendí yo que a ella no le importaba que sus hijos fueran profesionales o adinerados o con propiedades, no, a ella lo que le importaba era verlos feliz.

E: ¿entonces, cuando podemos hablar de que alguien es un adulto mayor? ¿Cuándo alguien está viejo?

C: pues lo que pasa es que como las políticas públicas hablan de que de los 62 en adelante ya es un adulto mayor, entonces, de la perspectiva política o de ley hay que entender que desde los 62. Pero, por ejemplo, yo conozco personas de 65 años que se sienten muy jóvenes y se niegan. Entonces ahí, es donde empiezan a haber esas distorsiones de la realidad. Entonces se visten con minifaldas, con shorts, se han colas, se maquillan. Y usted ve los adultos, los hombres, con pantalones forrados, con la camisa abierta, que se pintan el cabello. Entonces es como una negación de la temporalidad y de su realidad.

¿Entonces con estas personas qué es lo que hay que hacer? Un paréntesis de ubicación frente a la realidad. Pero pienso que, es según la realidad de cada persona. Porque también conozco personas de 20 años que actúan como si fueran un adulto mayor. Entonces para mí, ser un adulto mayor es como un estado del alma, pudiera decirse así.

E: ¿cómo crees que piensa un adulto mayor?

C: pienso que un adulto mayor piensa es en que se le acabó el tiempo y no hizo lo que él quería. Entonces es un sentimiento de que todo fue un sacrificio, todo fue una lucha, y se consuelan con lo que ven. Entonces es como un sentimiento de que se me fue la vida y no la sentí o no la viví o no la disfruté. Entonces ahí es donde uno tiene que hacer esos procesos de sanación y de perdón y de gratitud con ellos mismos, de que lo que hicieron estuvo bien hecho o mal hecho pero que así tuvo que haber sido. De empezar a ver lo positivo de sus

vidas y no como lo negativo. Y empezar a hacer como una recuperación emocional de sus sentimientos frente a lo que no vivieron o a lo que vivieron.

E: ¿y qué tipo como de atenciones o cuidados sientes que necesita un adulto mayor?

C: primordialmente, él acompañamiento, pero que sea un acompañamiento de calidad, por ejemplo, mi gran sueño, te voy a contar cual es mi gran sueño.

Yo quisiera formar un grupo de mujeres y de hombres, que fueran, ¿Cómo podríamos decirlo? acompañantes de los cuidadores de adultos mayores y de los adultos mayores también. Porque es que él que cuida un adulto mayor se desgasta más que él mismo adulto mayor. Entonces yo quisiera formar un grupo de jóvenes que ellos tengan la capacidad de hacer contención con esas personas. Entonces, que pudieran hacer procesos de fortalecimiento, desde lo terapéutico, desde lo físico, porque él agotamiento y el cansancio, por ejemplo, acá se tenía que cambiar mucho de enfermeras porque ellas ya se enfermaban mucho y les daba mucho dolor de espalda, como ella era tan pesada, había que cambiarla y abuelita decía: no es que ella me hace muy duro. Claro, porque ya está cansada entonces hacía mucha fuerza. Entonces había que cambiarlas con harta frecuencia y la enfermera se iba como con rabia. ¿Pero era que ya se agotaban, si me hago entender?

Y como era jornadas tan extenuantes, pienso yo que él cuidador del adulto mayor merece mucho mucho apoyo.

E: ¿y, ¿qué crees que puede hacer y que no puede hacer un adulto mayor?

C: ¿qué no debe hacer?: estar solo. ¿Y qué puede hacer? Ser funcional en todos los espacios de su vida, pero con un cuidador responsable. Y cuando hablo yo de un cuidador responsable hablo que cumpla con las características que yo mencioné, de escucharlo, de compartir, de estar con él, de mirar sus medicamentos. De conocer los signos de alarma de la patología del abuelo.

Por ejemplo, a mí me preocupan mucho los abuelitos, que dejan que se tomen los medicamentos ellos solos. Si de pronto dicen: ay esa pasta la azulita, y si tienen dos o tres pastas que son azules, o mija yo no sé si me la tomé. Ese control de medicamentos es un acto de responsabilidad del cuidador, no del paciente. Entonces pienso que el acompañamiento en un adulto mayor es fundamental y es un papel que pocos lo hacen de manera responsable.

E: Ya para ir terminando, te has imaginado a ti misma en una edad avanzada, ¿o en la vejez?

C: Si, me visualizó bastante y me visualizo como, como con mucha calma, como con mucha paciencia, como con esa sensación de que di mucho, y di lo que pude, y lo que no pude dar fue por motivos que no se dieron, pero si me siento como con el deber cumplido. Y con esa tranquilidad de que me estoy preparando para el día de la muerte.

## **Entrevista 2 (gerontóloga)**

**Y: Entrevistadora 1**

**L: Entrevistadora 2**

**MD: Cuidadora**

MD: Hay una cosa que de pronto a ustedes, no sé si les pueda servir. Pero el vínculo que nosotros también tenemos con las familias. Lo que tratamos de que las familias tengan con los abuelos. A nosotros si hay algo que nos molesta, es que las familias no están atentas a los abuelos.

Y: ¿Y cómo han logrado eso?

MD: Primero, pues en el contrato lo dice, y nosotros tenemos mucha comunicación con las familias a través del teléfono y entonces ellos vienen. Generalmente les estamos reportando como los vemos, como están, aunque estén tristes para las familias era:” que que bobada”. Pero, hasta cuando estén tristes. Llamamos y decimos: “mira, tu mamá ha estado como triste”. “A sí, eso es normal en ella”. Pero es queremos que tu hables con ella, queremos que tú la tranquilices. Entonces establecemos esos vínculos también.

Y: Entonces ustedes les hacen a ellos también esas demandas

MD: Si, si claro. Nosotros lo hacemos y cuando la gente deja de venir, yo le jalo las orejas a la gente, es que aquí en él contrato dice que debe ser mínimo una vez a la semana que debe venir la familia.

Y: ¿Y el contrato lo modificaron o toda la vida ha sido así?

MD: Ese contrato, primero hicimos un contrato y hace como...

Y: ¿Lo hiciste tu cuando llegaste?

MD: La abogada, lo hicimos entre las dos y yo establecía que debía ir en él contrato. Entonces esta eso. Entonces procuramos que hay eso, porque eso es lo que hace la gerontología social, que la gente mantenga los vínculos con la comunidad. No que porque estas en un hogar él

mundo no existe. Entonces que ellos tienen su familia, que su familia viene, que la familia los quiere, que la familia los apoya, entonces mantenemos eso.

Y: ¿La gerontología que hiciste en la San bue, era una especialización o un programa?

MD: No, era una carrera profesional, si, era un pregrado.

Y: ¿De cuántos años?

MD: De cinco años. Sino que ellos desde el 2012-2013 lo cerraron. Realmente creo que fue por descuido de la universidad. Porque, es decir, mercado es lo que hay. Lo que pasa es que no hay: se busca gerontóloga, ni hay se busca... Si no que hay que crear muchos productos que sirven ahora para la comunidad, en este proceso de envejecimiento por hacer.

Y: Correcto, de hecho, parte de nuestros intereses son esos, desde la psicología.

L: Muchos de nuestros referentes son desde la gerontología y la enfermería. Eso es lo que hemos encontrado, desde la psicología no hay mucha, desarrollo, sobre todo

Y: Pero no es tanto. Con la profundidad de ese trabajo, sobre todo desde el lado de la maestría, yo estaba buscando sobre intervenciones y no son tantas las opciones que uno ve. Casi siempre la mayoría de las intervenciones siguen siendo médicas y sanitarias. Desde lo asistencial y se acabó. Y algo que me pasó la primera vez que viene y de eso estamos hablando. Esos vínculos no se ven fácilmente y no se construyen fácilmente. Pero hay algo aquí que si lo está permitiendo. Entonces más allá de solamente escucharlo, la idea es encontrar, es un poco lo que queremos hacer. Para eso nosotras estamos hablando como pues como para saber en qué momentos venir y demás, como yo trabajo, entonces pues me queda difícil. La idea de la maestría es que uno haga un trabajo de intervención pues con las herramientas que tiene la maestría en el lugar de trabajo, pero yo trabajo en la universidad con adolescentes y no es él público que quiero.

MD: ¿No?, y además ya hay muchos.

Y: Desde el lado, he encontrado en los adultos mayores cosas bonitas, y luego que empecé a leer y dije: “Bueno, no hay tanto de adultos mayores”. Y ¿por qué no? Y por mis abuelos, o sea la cercanía que he tenido, entonces me llamó mucho más la atención y yo quiero trabajar con ellos. Entonces me dificulta un poco por eso venir en semana, Laura también todavía está estudiando. Entonces nos propusimos venir los sábados, que nos parece un buen momento justamente porque es una de las horas libres, nos permita hablar con ellos, hablar con las enfermeras. Porque como están visitando familia, ellas están simplemente pendientes y nos pueden hablar ahí desde su experiencia. Con Yenifer recogimos parte de esa experiencia. Y ya es ir retomando cositas que para ellas son importantes dentro de su formación y lo que viven constantemente con los adultos mayores. Y desde Laura, y seguramente míos eso se va a dar dentro del diálogo, o sea, que eso fluya de la manera más natural. Así como está fluyendo en este momento. Y lo que usted nos está diciendo es justamente mucho lo que necesitamos saber.

MD: Por ejemplo, cuando yo ingresé al hogar era muy, lo que tu decías, un abuelo estaba solo por allá otro por allá, estaban como muy dispersos. Yo hice, cuando estaba en la universidad, en mi trabajo de pregrado visité como 40 hogares. Yo lo hice sobre barreras arquitectónicas, pero ahí mismo pude ver, yo simplemente fui a mirar áreas a mirar todo, Colombia está en eso super mal. Pero fui a eso, y pude ver que los abuelos generalmente no trabajan, es decir, hacen un círculo, y alguien juega con una pelota, o los ponen al frente del televisor, la mayoría de las veces es que hacen una media luna al frente del televisor y eso es todo. Aquí no, aquí tratamos de que ellos se integren, las mesas se hicieron pensando en eso, en que pudieran, porque no todos se comprenden, por ejemplo, aquí ya ellos son dueños, las

que se sientan aquí ya son dueñas de esta mesa y si alguien se sienta aquí, entonces vienen y dicen “ella está sentada en mi silla”, van y nos ponen la queja. Y uno mueve la gente, además porque si fuéramos a tener como en los países industrializados que, aquí tienen los de Alzheimer, aquí tienen los que tienen minusvalía, todo separado, pues nosotros no somos un país que podamos hacer eso todavía porque es muy difícil. De hecho, nosotros tenemos una paciente postrada y ella está vinculada a nosotros, a la fiesta, la gente le habla, a pesar de que ella tiene tiempos de lucidez, a través del ojito nos dice si tiene un dolor o algo, y a través del movimiento de las manos. Hubo mucha resistencia cuando ella llegó, pero pues yo tuve que explicar a los abuelos. Que no lo hago siempre, he recibido una o dos personas así, pero pues también el corazón se lo tocan a uno, pero he tratado de que los abuelos comprendan y hablen con ella también. Hay gente que se sienta con ella a orar ahí al lado. Entonces eso tiene mucho valor para mí o hemos tenido abuelitas que se sientan en la silla y pasa el otro y le da un besito, pasa el otro y lo saluda. Cuando entré, que era lo que yo te estaba diciendo, estaban muy dispersos todos, y no había lazos efectivos entre el personal y los abuelos, era, la administración anterior era muy distante, y decía que a todos había que decirle por el nombre y el apellido o señora fulana de tal. Yo dije no, yo no soy melosa, pero aquí lo he aprendido a ser, es decir, aquí yo no le digo a las abuelitas, Martha, Patricia, sino que yo les digo... primero yo les digo mucho mi amor, mi corazón o mi vida, los trato con mucho cariño. Y los llamo, y aprendí a que las niñas también lo hicieran así, y cuando hay abuelos que las familias exigen que se les diga por el nombre y el apellido, bueno lo hacemos, por respeto a la familia, pero, siempre, tratamos de que sea con cariño.

Y: Y que se sientan en familia.

MD: Yo hice una observación de un mes, no decía nada, dejaba que todo el mundo hiciera las cosas y ya al mes dije: esto lo vamos a corregir. No se tenía en cuenta al abuelo, simplemente, se hacían las cosas porque tocaba. Y empezamos que el abuelo era la persona para la que estábamos y para la que funcionábamos, empezamos a respetar mucho al abuelo y eso se ha ido trabajando con todo el personal, lo que hemos es haber ido creando conciencia de que son personas, que a pesar de que ya no tengan nada en su cabecita, como digo yo, hay que respetarlos. Allí hay un ser espiritual que hay que respetar, entonces eso lo hemos ido logrando...

Y: ¿De qué herramientas te has hecho mano para ir logrando ese impacto?

MD: Cuando tú haces que la otra persona se ponga en los zapatos del otro la gente empieza a entender

Y: ¿Y lo hicieron uno por uno o hicieron una charla?

MD: Lo he hecho cuando ingresa una persona, generalmente yo la entiendo y busco la empatía que tiene con los abuelos, si veo que no hay empatía no me sirve y ni siquiera sigo en el proceso, no me interesa. Me interesa es que la persona que venga a trabajar aquí, y se lo digo, y si veo alguna cosa en alguna niña que la veo que rechaza a un abuelo. Inmediatamente le digo, este no es tu sitio, tú puedes ser muy buena auxiliar de enfermería, pero este no es tu sitio, busca lo que a ti te guste, uno tiene que hacer lo que uno ama. Si tu no amas esto es mejor que te vayas, hay gente que ha cambiado y hay gente que se ha ido.

Y: Gente que cae en cuenta, que porque si le gusta y otros que si...

MD: Entonces más eso, más las reuniones y siempre estar enfatizando a todo el personal el respeto por el abuelo, el respeto por el abuelo, en todo.

Y: ¿Aquí tienen algo como valor, misión, ese tipo de cosas?

MD: Si, nosotros lo tenemos, claro que eso se iba a cambiar porque está muy con la mentalidad de la anterior...

Y: de la anterior administración.

MD: Administración.

L: Pero tiene mucho sentido ponerse en el lugar del otro, imagínense que...

MD: Claro.

L: Es su papá, su mamá, es diferente o quizás uno mismo.

MD: Eso fue, trabajar la paciencia, y, ante todo, porque yo inclusive cuando yo entré, había niñas que, por ejemplo, nosotros nos reímos mucho de algunas cosas con las que dicen ellos, con el Alzheimer salen con unas cosas que lo hacen es reír a uno. Pero una cosa es que tus disfrutes de lo que está diciendo la persona, y otra cosa es que tú te burles de lo que está diciendo la persona, son dos cosas muy diferentes.

Y: Exacto.

MD: Entonces al principio había burla. A mí me tocó llamar a la gente, sentarla, y decirle esto esto no, ¿a ti te gustaría que esto? No, ¿entonces por qué lo estás haciendo? ¿no te habías dado cuenta, cierto? Entonces tienes que verlo, entonces empecé con eso, y de echo ellas cuando vienen niñas a entrevista, le dicen: aquí lo que más exige la directora es respeto por el abuelo, si tu no vas a respetar al abuelo y no le vas a tener cariño, pierdes el tiempo acá porque acá no vas a estar. Y eso lo hacemos con todo, desde el que lava la ropa, todo, todo, todo. Entonces los queremos, hay cariño, ¿si me entiendes? De nosotros hacía ellos, sincero y de ellos hacia nosotros. Entonces, por eso es que se siente el ambiente diferente, por eso los abuelos están, pues los tratamos, los cuidamos como si fueran...

Y: También hay una estrategia, dentro de lo que decías de no, de admisión, de no admitir a todos porque, yo me imagino que muchos de los casos que han de venir a buscar aquí un hogar son los postrados o los que tienen unas dependencias hartísimas.

MD: Si

Y: De que hay que bañarlos de que hay que... y eso también requiere un trabajo fuertísimo para ellos.

MD: Adicional. Yo si recibo una persona así pero siempre y cuando venga con un cuidador, es decir, es una exigencia que yo hago, porque yo también cuido el personal. Porque lo que tratamos es que ellos no tengan una sobrecarga laboral.

L: Eso repercute en los abuelos, en los otros.

MD: Si, y a pesar de ser estresante, porque aquí se necesita, hay momentos en los que se relaja uno, pero uno maneja unos niveles de estrés. Pues en los siete años que yo tengo no se ha sentido como esa carga del cuidador y como ya personas enfermas emocionalmente porque lo hemos sabido mejorar.

Y: y muscularmente, porque es que no es solamente...

MD: Claro, entonces yo he cuidado mucho eso, y por ejemplo la señora que esta postrada, yo recibo a la persona y digo: miramos a ver si podemos. Pues yo soy muy sincera: no podemos, nos queda muy difícil a una sola persona y la idea es que siempre, por ejemplo, cuando está en el baño, siempre deben ser dos auxiliares las que asisten un abuelo, lo mismo la señora que esta postrada, ella tiene, una personal y la nuestra. Entonces, en esas condiciones si...

Y: Te hago una pregunta sobre eso, que sean las dos, por Jennifer sabemos que son tres las que están en la jornada. Entonces si son dos bañando por abuelo, obviamente eso implica un

tiempo, dedicación por cada uno, porque no la van a bañar, así como si fuera. Entonces, por ejemplo, como cumplen los horarios, porque ella nos dijo que hay unos horarios de la comida.

¿Hay una flexibilidad en esos horarios?

MD: Si...

Y: ¿Cómo lo manejan?

MD: Lo que son comidas, no, en los horarios de comida no, pero, por ejemplo, en el baño yo soy flexible, inclusive con ellas, yo les digo a ellas: yo no te estoy pidiendo que debes tener a todos los abuelos a las 8 en punto de la mañana aquí bañados. No importa, van bañando al ritmo. Si es la hora de desayunar, se sientan, desayunan y después continúan con el baño. Sin afán. Pero no, en realidad como te dije, de 5 a 6 de la mañana se bañan unos, y de 6 a 7. Eso es ser ordenado, y ellas lo han logrado ser. Porque pues hay un derrotero pues para seguir, entonces, pues más o menos. Hay unos dos o tres abuelos que se bañan después de las nueve. Pero más porque, queremos que ellas no se sientan tan presionadas y queremos como que los abuelos, porque hay abuelos que tampoco se quieren bañar tan temprano, entonces también por eso, también respetando un poco. Es que eso es lo que tratamos, de mantenerle los tiempos a los abuelos también.

Y: Okay...

L: ¿Cómo la singularidad, que cada uno es diferente? Tienen diferentes preferencias y demandas.

MD: Exacto.

Y: Y ustedes ahí como se dan cuenta, porque también es cierto que a veces ellos, muchos, se resistirán a bañarse no importa la hora del día.

MD: Digamos, si es un abuelo que en realidad...

Y: Que se vuelven chochos o no quieren.

MD: y que no quieren porque el día este frío. Si es un abuelo que todos los días, aquí bañamos a los abuelos todos los días. Pues yo digo, hagámosle el bañito del avión y ya, no nos compliquemos.

Y: La limpiadita

MD: Ellas si a veces se angustian: no es que no se quieren dejar bañar. Ay paciencia, cuando en tu vida tú no te has querido bañar, un día, pasémoslo por hoy, limpiémoslo, Lávale bien los dientes, límpialo bien y lo cambias, no pasa nada. Entonces, eso lo hacemos de vez en cuando, no es que todo el mundo se tenga que bañar, no. No pasa mucho, pero lo que pasa es que cuando llegan de las casas, ellos llegan muy desacomodados en todo, horarios de comida, horarios de dormida, horarios de baño. Ellos no vienen con horarios, ellos vienen haciendo lo que se les da la gana, y generalmente cuando vienen así, vienen depresivos. Entonces no se quieren bañar, no se quieren vestir, entonces lo que uno trata es ir acomodándolos a los horarios, porque de todas maneras somos una institución, y no podemos tener a un abuelo todo el día ahí deambulando sucio, sin comer y esas cosas. Entonces tratamos de, de con cariño. Entonces, si él se levantaba a las 10 tratamos de que se despierte a las 9, después lo vamos corriendo como a las 8 y así, hasta que el abuelo: vean no me han venido a bañar.

Y: Claro.

MD: Entonces ya es una propuesta de ellos hacia nosotros, entonces se maneja.

Y: Les dan ese espacio.

MD: Si.

Y: Van negociándolo sin que sea una cosa directa impuesta.

MD: claro, de hecho, nosotros tenemos una abuela que la trajeron, y según la familia, si no, todos los días le hacían el lavadito del gato y cada 8 días la bañaban. Cuando llegó aquí, pues, yo dije, vamos a tratar de hacerle un bañito mejor todos los días y el general cada semana. La abuelita llegó aquí y dijo: ¿Aquí como bañan? No, aquí bañamos todos los días. Entonces báñame todos los días. El mes que estuvo aquí se bañó todos los días, cero problemas, se levantaba temprano, se comía todo, pero como los hijos vivían de la pensión de ella de aquí se la llevaron, allá estaban aguantando hambre entonces se la llevaron. Y la abuelita salió de aquí llorando, salió llorando porque ella ya había hecho una rutina, había hecho amigos, no estaba escuchando los problemas de la familia, allá todo el tiempo estaba escuchando los problemas de la familia.

Y: Vivían de la pensión...

MD: Si, pasa mucho, eso lo ve uno mucho, que la gente vive de la pensión del abuelo.

Y: Aquí, por ejemplo, más allá ¿qué otras estrategias se han pensado desde el lado tuyo de todo esto del vínculo, y el de la familia, además del contrato, que dice que tienen que venir una vez a la semana, que otras cosas te has visto, que has hecho, que tu digas “estoy salió con éxito” para integrar a la familia en todo este proceso? Y ese que es como de los retos más grandes, para colegios y para toda institución que...

MD: No mira, lo que pasa es que nos funciona, si me entiendes, funciona. Ante todo, las auxiliares si tu mira, si quieres mirar el WhatsApp nuestro, ya hay comunicación casi que diaria.

Y: ah okey.

MD: Diario hay comunicación o telefónica o se hace una llamada o se dejan mensajes por WhatsApp de voz o de texto. Pero, generalmente ahí está todo, que un abuelito esta con

temperatura, que los pies los tiene hinchados, que, llamamos a ... Porque nosotros no llamamos, esperamos a que ellos nos digan: “vea no es que notamos a mi papá así”, nosotros lo notamos, lo reportamos al médico, nosotros tenemos médico también pero no está acá permanente, pero a diario le mandamos un WhatsApp diciendo como esta alguien o le mandamos foto de alguien, el diario nos está respondiendo. Entonces, después de eso es con la familia, entonces nunca una familia puede decir que no es que no me han llamado en 8 o 10 días, eso es mentiras, nosotros tenemos comunicación diaria, casi que, con todos, de hecho, ellas tienen que sacar un tiempo para hacer eso, y conmigo también. Cuando ellas ven que la comunicación, que ya le han hablado a un familiar dos veces, y el familiar no nos ha atendido, ellas inmediatamente me lo reportan a mí y yo llamo, yo me ocupo, entonces yo ya me ocupo de las cosas. Entonces es muy personalizado todo, ¿si me entiendes?

Y: Y es increíble que les ha funcionado, que el hecho de que sea personalizado implica unos retos diferentes, de cumplir otras cosas y tener tiempo para todo.

L: es más trabajoso.

Y: y que no se vean cargadas, realmente lo que a mí me impresiona de los otros hogares que he conocido, cuando a mi bisabuelita le estábamos buscando un hogar a ella, ahí fue que me di cuenta de la precariedad, no solo de un lugar específico sino en la forma del trato que había hacía los adultos mayores.

MD: porque hay otra cosa, la mayoría de los hogares, por no decirte que el 100% de los hogares de Cali maneja horarios de 12 horas. Nosotros tenemos tres turnos que son de 6 a 2, de 2 a 10 y de 10 a 6 de la mañana, son 8 horas, eso merma mucho la carga laboral, mucho el estrés. Entonces por eso tenemos un turno día que le da apoyo a los dos turnos que están en el día, para que no se sienta tanto la carga, entonces...

Y: ¿en la noche son dos personas las que quedan?

MD: Si, en la noche son dos.

Y: también es diferencia porque en otros lados es una.

MD: Si, exacto. Mira, la semana pasada tuvimos una paciente, que, si tu hubieras estado ahí, si ella hubiera estado en la casa de ella se habría muerto. Se le bajó el azúcar a 40, se le subió la presión a 160 y la frecuencia cardíaca, me parece que también fue la frecuencia cardíaca la que se le bajó como a 40.

Y: Las tres cosas así al tiempo.

MD: todo, todo se le alteró, en unos valores que eran pues...

Y: Si, gravísimo.

MD: Entonces, pero, estaban las dos niñas y ellas la notaron, y ahí mismo signos vitales y ahí mismo oxígeno...

Y: Entonces fue en la noche.

MD: La saturación también se le bajó. Si, fue en la noche.

Y: ¿Entonces, hacen rondas?

MD: cada hora, cada hora hacen ronda. Entonces inmediatamente llamaron, y la asistieron...

Y: ¿Al médico, una ambulancia?

MD: No, nosotros tenemos área protegida, nosotros podemos llamar las 24 horas del día, a Emermédica y cuando son, para ese tipo de urgencias. Si, vino el médico y la atendió, le colocó líquidos, se le bajó, le subió a 350 el azúcar, volvieron y le colocaron para bajarle entonces ya se le bajó a yo no sé...

Y: Entonces fue un vaivén, pero el médico estaba ahí.

MD: Si, él médico estaba ahí, no la trasladó porque ella tiene es SISBEN, entonces: miré lo que le van a hacer en el SISBEN yo se lo hago aquí. Lo que le hacen... entonces se estabilizó, y ayer, estuvimos de cumpleaños, de pronto les va a tocar algún cumpleaños. Nosotros celebramos el cumpleaños casi siempre lo mismo, que es la tortica, hacemos una oración de gratitud por la vida de esa persona, y música y les cantamos. Para ellos eso es, la super fiesta, es más hay algunos que tienen salida... “ay no, yo no salgo porque es que hay fiesta”. Entonces son felices con la fiesta, esa abuelita por ejemplo ayer estaba arrebatadísima bailando aquí, me tocó decirles a las niñas: no más baile porque de pronto le da un infarto. Es que ella sufre del corazón, y como había tenido esa crisis la semana pasada me dio mucho miedo. Pero estaba feliz, bailaba, cantaba con todos.

Y: ¿Y qué música le colocaron?

MD: Colocamos boleros, música que llamamos vieja, como para que ellos tengan más recuerdo, la tararean, eso sí que funciona, eso sí que funciona muy bien.

L: Julio Jaramillo...

MD: Si, ese tipo de música es la que más les gusta a ellos. Les encanta. Yo pienso que el tema de comunicación ha sido muy importante, tanto a nivel escrito y verbal. De parte del personal hacia las familias, porque yo antes me ocupaba de todo eso, pero cuando yo tenía 12 abuelos, ahora tenemos 27. Entonces yo era la que llamaba y todo, entonces yo fui delegando cosas y ellas se encargan de ese tipo de comunicación, solamente, cuando no funciona con ellas es que me...

Y: ¿Ellas tienen algún tipo de registro? Como la parte de la historia médica.

MD: Si, nosotros todo lo tenemos registrado, sí.

Y: ¿Todos los días van haciendo como un registro?

MD: ellas toman las notas, se anota todo: “se le solicitaron medicamentos tales, tales, tales” y queda acá. Hay gente que dice: “ay a mi apenas me avisaron ayer” Y esta que se le avisó tal fecha, tal fecha, tal fecha. Entonces la gente, pues no, no puede, por escrito, a veces también toca por escrito, pues lo hacemos. Pero siempre hay un...Entonces siempre se está, entonces la historia clínica, también tenemos la historia clínica. Todo, un abuelo sale, entra, ustedes entran acá, se anota aquí, entonces estuvieron tales y tales personas, todo se está anotando.

Y: Entonces, hay algo allí que me da curiosidad y se lo preguntábamos a Jennifer, pero me lo puedes decir tu desde la dirección, ¿Cómo lo manejan o cómo se pensaron esto y es que, muchos de los hogares que uno visita normalmente, lo primero es el tema de seguridad, y es a veces esa sensación de cárcel y encierro, porque todo está cerrado, entonces: “¿y usted quién es?”. Y la vez que fui, uno empieza a tocar puertas, entonces como: “¿y usted quién es? ¿Y a quién busca? Y es que no pueden entrar”. Y lo primero que nos llamó la atención aquí es que la puerta estaba abierta.

MD: Pues primero, el sector nos da esa tranquilidad, ¿no?, la Buitrera, este sector no es que aquí no entren o hayan delincuentes, a media cuadra tenemos la estación de policía, tenemos eso, entonces, y siempre se está viendo quien ingresa, que carro ingresa, quién es, ya conocemos a la gente, cuando no conocemos a la gente, generalmente alguien sale: “a la orden, ¿en qué le podemos colaborar?”. ¿Si me entiendes? Bueno, cuando estábamos con el tema de secuestros hace unos años, recién yo llegué aquí que había mucho secuestro y mucho problema con la guerrilla, claro, era otro nivel que se manejaba, manteníamos la puerta cerrada, no habríamos después de las 6 de la tarde. Bueno, muchas cosas así, pero eso, hemos ido cediendo, pero eso no quiere decir que estemos relajados del todo.

Y: no, no, no en ese sentido, de hecho, Jennifer nos decía lo mismo, y si, se pudo notar, que, aunque este abierto, no da la sensación de que alguien está viendo, pero siempre hay alguien ahí, de este lado estaba una enfermera, aquí estaban las enfermeras.

MD: Y en la cocina también siempre están.

L: Pero ¿usted cuando llegó reformó la estructura? ¿o ya estaba así?

MD: No, el hogar estaba así.

L: Como usted decía que hizo en el pregrado, pues en la gerontología sobre los espacios...

MD: Ah ya.

L: Entonces pensé que lo había aplicado acá porque es espectacular, todo abierto...

MD: Porque la anterior administración de acá ella era una gerontóloga.

Y: Entonces si se lo pensó.

MD: Y ella es de la iglesia. ¿Ustedes saben que esta casa la construyó una iglesia? Una comunidad religiosa, entonces ella si pertenecía a esa comunidad entonces ella, como era de la iglesia, ella hizo muchas recomendaciones que se tuvieron en cuenta. Por ejemplo, cuando yo llegué aquí casi que todos los pasamanos estaban, el piso es anti resbalante, los baños tienen pisos antideslizantes, hay barandas en los baños. ¿Recorrieron toda la casa con baños y todo?

Y: Si, están los baños al lado de allá y hay dos como particulares, uno de hombre y uno de mujer.

MD: Si

Y: Y hay otro que es el grande, el geriátrico.

MD: Tenemos en este momento, todas las habitaciones tienen baños, independiente de si los abuelos no los utilicen y en todos se han colocado las medidas que son de seguridad para ellos.

Y: De hecho, lo que a mí me ha llamado la atención es ver este espacio cuadrado, porque finalmente como estructura invita a ver al otro, relacionarse, quiera o no, porque uno sale al pasillo y ahí ve al otro, al frente, se lo encuentra de regreso, se lo encuentra en la vueltica que da.

MD: Sí, a ellos les encanta eso.

Y: El camino, hace recorrer los cuartos, quieras o no te vas a encontrar con alguien. Creo que eso sí, se lo pensaron de esa manera...

MD: No, es que yo te digo que yo puedo decir, que esta casa es super, para mí esto es un privilegio que no todos pueden tener, por la forma de la casa, el punto donde esta, que es bellísimo pues.

Y: Si, campestre, le da un plus.

L: Como una finca, lo que te decía.

MD: Porque es que hay gente que dice: "Ah no". Por ejemplo, Paraíso Gold, yo lo conocí, tiene dos pisos, pero es básicamente una clínica. Tu sal al corredor, te encuentras con un pasillo encarpetaado y al frente hay una puerta y ya son solo como de clínica.

Y: si, pensando cómo, esto de las masas...

MD: Si, entonces, en Dapa hay un hogar y lo que pasa es que eso era una finca y allá es un hermano, es un hermano Franciscano. Entonces el primero hizo una casa así, después no le pareció entonces él tiene eso como casitas. Pero, peor, porque al menos en una casa si hay

como integración, allá, allá hay 10, allá hay 10, allá hay 10, una enfermera, una empleada doméstica y pare de contar. Entonces los abuelos...

Y: Entonces van de una casa a otra...

MD: No, no se relacionan. Porque es difícil el acceso...

Y: Claro.

MD: Y la gente dice: "ay tan lindo que se ve". Si, pero muy lindo como para uno, para familias más jóvenes no para mayores.

Y: Como para un retiro...

MD: Si, encerrados allí, en una casa, los cambian de una casa de barrio a una campestre pero no hay interacción.

L: Yo cuando estuve en el colegio, en el voluntariado, y daba la impresión de que más o menos como dependiendo... había una casita que tenía una casita por allá en el bosque, otro tenía todo el segundo piso, y estaban muy separados.

MD: ¿y en dónde? ¿el de Dapa?

Y: No.

L: Es otro de cuando yo estaba en el colegio que es por Ciudad Jardín.

Y: El de Ciudad Jardín.

L: No me acuerdo el nombre... Casa Otoñal El Paraíso, algo así, son dos casos o tres casas diferentes.

MD: Si, entonces no hay eso, no hay. Por ejemplo, yo he propuesto que la casa de adelante la habilitemos para gente de un poquito menos recursos, y que, que, en la mañana, que duerman allá pero que vengan a trabajar con nosotros acá. Pues no han querido, ellos no han querido por cuestiones de personal y todo eso, pero nunca he pensado: "ah lo montamos allá

y ya, y que queden allá”. No, me parece que, hacer que la gente se hable, se comunique, participe, disfrute de todas las cosas que se hacen.

Y: Claro, esas participaciones, ustedes a veces, ¿cómo les ha tocado más? Persuadirlos para que participen o finalmente ellos terminan cediendo o simplemente los convocan: “vamos a hacer tal cosa” y el que llegue...

MD: No, tratamos de que, de convencerlos, pero no los obligamos, es decir, si una persona ya te dice dos, tres veces no, lo dejamos.

Y: No pues, digamos mi pregunta era más, ¿ustedes con qué se han encontrado? Lo usual suele ser que toca convencerlos, así como cuando uno trabaja con niños, que si uno les pregunta directamente dicen no, y es más la postura del profesor o del que trabaje con niños que les toca de alguna manera persuadirlos, convencerlos.

MD: No.

Y: Acá funciona, lo que ustedes han encontrado, es que con los adultos mayores ellos terminan participando por su propia voluntad...

MD: Si, sí.

Y: ¿O a veces toca más bien convencerlos?

MD: No, ellos, en general, las niñas pasan: “Vamos al refrigerio y después vamos a hacer tal cosa” y entonces ellos se van sentando, hay algunos que de entrada te dicen que no, pero en realidad yo creo que es menos del 25 % de la población y es respetable. O hay algunos que dicen que no y cuando ven que la cosa esta como tan chévere entonces se acercan y yo siempre pregunto: “¿por qué no está fulano, por qué no está perano?” “No, no quisieron”. Pero siempre están invitados, casi siempre están acá. Ya van a salir, porque ellos ya

descansaron, más o menos antecitos de las 12 los llevan a la habitación, aseo dental se recuestan un ratito y ahora los sacan y ya empiezan a compartir.

Y: Si, eso fui lo que vimos ese sábado que estaban todos aquí y la dinámica fue muy bonita, o simplemente se sientan y descansan, y se les nota que están descansando no que están aburridos o...

MD: por ejemplo, cuando yo llegué aquí a ellos no, a ellos no los llevaban a la habitación a la una de la tarde, yo decía: “pero como, yo no soy capaz”

Y: A uno le hace falta la siestita, ¿no?

MD: Y los abuelitos ahí sentados, y yo dije no, a partir de ahora todos los días descansan. Después de que los abuelos almuerzan, los llevan a su habitación, esto y esto, y se hizo y eso ha funcionado muy bien, hay dos o tres abuelos que dicen no pelan el ojo nunca, listo es válido también. Si, los dejamos, tampoco los vamos a obligar, si no lo disfrutan. Pero en general la gente participa, el abuelo participa.

Y: ¿Qué cosas, ya entrando un poco a la parte de administración del hogar, ¿cómo funciona como eso, lo que da el hogar y lo que da la familia del adulto mayor?

MD: Nosotros tenemos el contrato y en el contrato están las responsabilidades de cada cual. Ahí era donde yo te decía, por ejemplo, que hay una exigencia allí de que deben de venir mínimo una vez a la semana. Tenemos un manual de convivencia también, donde se dicen los horarios, donde se dice el respeto que debe tener las familias con nosotros y nosotros con las familias.

Y: ¿y eso lo creó usted o eso ya estaba desde el anterior?

MD: No, lo creamos ahora, el manual de convivencia si es en la administración mía.

Y: ¿y cómo lo hiciste?

MD: O los dos, el primero había un contrato, pero estaba muy mal, un contrato muy informal, y no había manual de convivencia. Cuando yo ingresé ahí si como al año, hicimos las dos cosas, con la abogada se hizo...

Y: Y el manual.

MD: Y el manual. Eso se entrega justo cuando la persona ingresa, se firma el contrato y se le entrega el manual. Generalmente el colombiano...

Y: No lo lee.

MD: Entonces a mí me toca después: “en el manual de convivencia dice tal cosa” “ay si, se me había olvidado”. Si, entonces me toca estar reforzando esas cosas, haciendo comunicados, por ejemplo, de los horarios.

Y: Otra pregunta, que dijiste ahorita, para adecuarlo para personas de escasos recursos. ¿Normalmente aquí cómo es esa mensualidad? ¿O ellos como pagan? Yo sé que hay cuartos que comparten y otros que, si son solos, me imagino que eso también, varía el...

MD: Si, nosotros tenemos es por habitación, es por el tamaño de la habitación o si es individual o si es compartida, aunque estamos disminuyendo el tener habitaciones compartidas porque es más favorable para las personas pero sale más costoso para nosotros, es decir, nosotros hasta hace un par de años asumíamos mucho la carga realmente de las familias, el año pasado que hice la visita a todos estos hogares en Ciudad Jardín, me di cuenta, que, en Ciudad Jardín casi todos los hogares, por no decir todos, manejan es habitación individual, pequeña o grande y no más. No hay casi habitaciones compartidas apenas fui a un hogar, donde tenían de a dos por habitación, ahí si eran todas por dos. Pero también la experiencia, del problema de demencias es que a veces una persona tiene una demencia y es tranquilo, duerme tranquilo, no se altera y el otro en cambio es alterado, abre el closet, saca

la ropa, prende la luz, hace bulla, se le acuesta en la cama al otro entonces se vuelve un conflicto, entonces estamos viendo como pasamos a, que solamente sea individual. O dos personas, porque inclusive tuvimos hasta habitación para tres porque las habitaciones nuestras son muy grandes. Pero eso es lo que hemos estado haciendo, se cobra más económicamente por eso, la habitación más económica te cubre todo, no incluye la terapia ocupacional, por ejemplo. No me parece justo que una persona pague un millón y medio de pesos y tenga derecho a la terapia ocupacional cuando la terapeuta a mí me vale 50 mil pesos la hora.

Y: Eso se cobre, ¿eso son como un plus? Paga la habitación y si quiere todos los servicios también le sumo esto...

MD: No...

Y: Entonces ¿cómo hacen ese cobro?

MD: Por ejemplo, una señora, que no, que no pueden pagar habitación individual sino compartida. Entonces yo no me pongo a decirle: “no, es que entonces ella no tiene derecho a esto”. Porque igual tienen derecho a la comida, al médico, a todo. La única diferencia es en la terapia ocupacional y en la física un poco. Porque todos los hogares, por ejemplo, trabajan la física, por ejemplo, yo fui a Paraíso Gold y estaban todos ahí en un corredor largo, todos sentados, y la física era revuelta todo el mundo, funcionales con disfuncionales. Todo el mundo allí y eso era. En cambio, nosotros tenemos dos grupos, un poco más personalizado. Pero, para estos casos, por ejemplo, la terapia personalizada es ya muy puntual, cuando este realmente como enferma. Mientras que con los que pagan tarifas de 3 millones de pesos, por decirte una cifra, ellos si tienen, es decir, la terapia.

Y: ¿Tienen como unos paqueticos?

MD: Si. Pero yo no le digo eso a las familias, por ejemplo, porque, de todas maneras, la persona paga 1 millón y medio, que es la más económica. De todas maneras, a ella le duele el brazo porque tiene una artrosis entonces yo la hago atender de la terapeuta, a mi lo que me interesa es que este bien. Pero con una tarifa prácticamente ya el doble, que la terapeuta sabe que siempre le debe hacer. ¿Sí? Esa es la diferencia, pero la comida es la misma, seguimos dietas, tenemos en cuenta todas las restricciones, si son diabéticos...

Y: Lo médico, ya queda también ahí cubierto...

MD: Si, todo, todo. Es como lo general.

Y: Y ¿Eso en términos financieros, ¿cómo es rentable? Porque hay muchos servicios que en otros hogares todo es como por separado, todo cuanta cosa adicional que no sea comida, techo, lo cobran. Si, nosotros también, por ejemplo, si un abuelo necesita salir nosotros cobramos porque una auxiliar vaya, cobramos 10 mil pesos por hora. Pero, no, por ejemplo, a mí personalmente, no me gusta ese servicio, pues yo lo hago y todo, pero para nosotros es un desgaste. Porque sacar a un auxiliar que está trabajando, y está atendiendo a los abuelos, por ir a acompañar, pues a veces uno le quita como responsabilidades a la familia que tampoco me parece que deba ser. Ya como en caso en que como la gente no puede o no tiene pues uno colabora ¿sí? Pero que sea como el ofrecimiento mío para todo el mundo, no. No me parece. Ya ahora hay empresas que se dedican a eso, a prestar servicios de acompañamiento.

Y: Ni siquiera es, no tiene nada que ver con el geriátrico, pero ofrecen ese servicio de acompañamiento.

MD: No es económico es costoso. Uno no puede cobrarlo tan costoso. La gente acaba molestándose. Es contraproducente. Cuando yo inventé la tarifa quería que todo estuviera

todo incluido. Es que es muy maluco eso de ay esto es por aparte y esto otro también es aparte. Es más fácil que tu tengas una cifra en la cabeza y que todo lo cubre a estarlo separando. Entonces, por ejemplo, las familias no tanto, le cubre esto y esto. En cambio, en otras partes no, se desglosa. Nosotros podemos dar esas tarifas, son económicas, porque nosotros no pagamos arriendo. La casa la pone la iglesia, no nos cobra a nosotros. Es un aporte que hace la comunidad presbiteriana a la sociedad en general.

Y: ¿Ellos también la mantienen o eso es a parte?

MD: Nosotros lo tenemos que mantener. Somos auto sostenibles. No es que nos sobre el dinero. La inversión es hacia los abuelos. Ellos van a necesitar esta mesa. Las habitaciones tienen unas mesitas de clínica, y almuerzan ahí solo. Eso es malo porque se aíslan más. Vengan les muestro la cocina.

Y: La campana del almuerzo.

MD: Yo refuerzo mucho esto. Todo lo que yo se los he dicho se los expreso a la familia. Eso da mucha confianza. Yo estudié gerontología y vi nutrición uno sabe qué les debe dar y qué no les debe dar. Tratamos de mantener la dieta. Si es diabético arroz integral. Aunque todos comen arroz integral. Un día sí o un día no. Deslactosada porque la leche entera es muy pesada.

Y: ¿y entonces usted aplica todo lo que aprendió?

MD: Sí, claro. Porque o sino qué bobada. Mire, por ejemplo, este menú lo hice yo. Si usted mira, acá vienen las nutricionistas y toman fotos. Dicen ay tan bueno. Llevan los abuelos al nutricionista y les dicen qué comer y se dan cuenta que es lo mismo acá. Que no coman tal cosa, acá no comen eso.

Y: claro, entonces tú le liberas un montón de cosas... Hay algunos que no puedan, por ejemplo, la persona que está acostada. que no puedan comer lo que dan aquí.

MD: No. Acá se les da lo que pueden comer.

Y: ¿Ella tiene una persona todos los días?

MD: Sí, tiene una persona que viene hasta las 3 de la tarde. Y eso ya es mucha ayuda. Porque, por ejemplo, en la mañana el baño es muy pesado.

Y: esa muchacha le ayuda...

MD: Una de nuestras auxiliares le ayuda.

Y: Ya para que quede para dormir...

MD: Diana es la auxiliar que nos apoya con ella. Ella hace sus rondas... Diana, ella nos está preguntando por el trabajo que hacemos.

Y: Hola Diana ¿cómo estás?

D: Hola, mucho gusto.

MD: Empezamos a notar que. Bueno, cuántas cuidadoras tenemos.

D: 3 durante el día y Karina por la mañana.

MD: A veces las cuidadoras les informan a las familias y eso hace que haya una desinformación. Es decir, porque la idea es que nosotros informemos primero. Entonces, para que no pasen esas cosas, tomamos la decisión de que las niñas cuidadoras lleven un registro de todo lo que hacen en el día. Y esto hace que no se preste para confusiones. A veces pasaba que las niñas decían ah no que yo le dije a la otra y ella no me hizo caso. Así no hay forma de que la información se pierda. Siempre sabemos. Acá esté escrito, yo lo informé.

Y: Entonces cuando ellas lo necesitan entonces también consultan las notas. Qué bueno.

MD: Ellas registran todo lo que se dice.

Y: quedan todos informados.

MD: La información es muy importante. La comunicación es lo más importante. De hecho, a las auxiliares no les gusta mucho las reuniones, entonces, me toca. Hacemos reunión porque hacemos reunión. En ese caso se dice para todos y queda anotado. Se hacen reuniones los lunes. Todos los días estamos hablando, aunque a veces se pasan las cosas. Entonces para eso están las reuniones y las inquietudes de ellas.

Y: ¿Este es un cuarto compartido?

MD: No este es individual. Tiene baño. Ella no usa la ducha. Los pacientes que más necesitan asistencia se bañan allá. Las niñas le acaban de ordenar todo.

Y: ¿de esto se encargan las niñas del aseo?

MD: Sí. Hay niñas del aseo y niñas de lavandería. Ellas organizan todo. Los que están mejor mentalmente si piden que les dejen encima de la cama que ellos acomodan. Por ejemplo, la persona que está en este cuarto está en este momento en Bogotá. A ella le dejan sus cosas acá y ella acomoda. Algunos abuelos tampoco les gustan que les abran el closet. Estas son individuales pequeñas. Esta vale dos millones doscientos. Esta tiene todo. La única que se le disminuye la terapia ocupacional es a la tarifa más económica, que es compartida para tres.

Y: ah ok, las que son más grandes.

MD: Por ejemplo, nosotros hicimos ubicar todos los baños. Porque ahora la ayuda sanitaria la venden, de plástico, y esa se le acomoda al sanitario normal. Generalmente el abuelo reduce el tamaño por problemas se va achicando. Entonces cuando un abuelo se sienta en un abuelo normal se cansa mucho de la espalda. Se pide que ahora el sanitario sea en promedio diez centímetros más alto. Casi todos los baños nosotros los hemos acondicionado las barandas.

Y: ¿usted tiene un tipo de apoyo que le ayude con la administración o es usted sola? Cómo hace con los detalles como pagar cosas, recibos, estar aquí pendiente, escuchando.

MD: Yo manejo una caja menor. Yo estoy pendiente del mantenimiento de lo que necesitan los abuelos, de si compran la torta. Yo no tengo secretaria. Para eso tendríamos que cobrar más caro. Eso tratamos de evitar.

Y: ¿le da el tiempo?

MD: Pues mantengo muy ocupada.

Y: De hecho, le decía eso a Laura. Vamos a ver si nos puede atender porque debe tener muchas cosas.

MD: Esta mañana la señora no se pudo trasladar porque tenía muchas cosas. A la hora del almuerzo vinieron los hijos y mañana se traslada. Iban saliendo ellos y entraban ustedes. Estoy pendiente porque él me está haciendo un arreglo abajo. Tengo días suaves, pero también unos muy intensos. Cuando los abuelos están enfermos o están próximos a fallecer prácticamente que no me ocupo de eso. Por las familias. Muy atentos a las familias, dándoles apoyo emocional. Yo no soy psicóloga, pero en la universidad eso es lo que vi. Entonces los acompaño mucho.

Y: ¿y hay algo dentro del seguro que les da Emermédica que los apoye en ese proceso previo a la partida?

MD: Bueno, uno ve que hay algunos médicos que ya están más humanizados. Ellos si... A uno les cuesta decirles. Pero los médicos si les dicen que ya es una velita que se va apagando, tienen que prepararse. Y esa es una gran ayuda.

Y: a nosotros nos enseñaban en clase que es mejor no dar la noticia y consolar al mismo tiempo. Es mejor que el médico dé la noticia y uno consuele y dé apoyo.

MD: Por ejemplo, pocas veces me ha tocado dar la noticia a mí. Generalmente los abuelos fallecen en la clínica. Hace poco tuvimos una abuela que estuvo enferma desde junio hasta el mes pasado que falleció y cometí el grave error que la familia estuviera acá 24 .7 porque la familia vivía en usa. Venían por turnos. Como la habitación era tan grande pues no vi problema. Y como esto es de la iglesia presbiteriana todo eso ayudó para que uno se sintiera presionado a aceptar, pero en últimas eso fue una carga emocional muy pesada para todo el personal. El personal estaba fatigado. Esa gente todo el día ahí metido, que estrés. Para mí también porque demandaban mucha atención. Ya los médicos habían dicho que nada que hacer; que cuando se descompensara de esa forma que era mejor dejarla quieta. Sin embargo, cuando manifestaban que estaba descompensada ellos gritaban que no, que hicieran algo. Entonces corra llamando a Emermédica dos o tres veces en el día. Entonces eso no lo vamos a volver a hacer.

Y: para ellos. Usted como gerontóloga cómo ve la reacción de ellos cuando ven que un compañero ya no está. Cómo manejan eso.

MD: Nosotros generalmente tratamos de que los abuelos no reciban esas noticias. Los que están lúcidos lo toman bien. Ellos dicen que no, que ya estaba muy enfermito, ya era justo, si me entiendes. Pero los que están alterados, por ejemplo, el caso de la señora que pasó es esquizofrénica, ellos si lo toman muy mal. A esos pacienticos, que sabemos que se van a alterar, tratamos de no decirles. Por ejemplo, este paciente se alteró mucho, se ve muy tranquilo, pero él no es normal. Él tiene un Alzheimer, maneja mucha ansiedad. A él la familia, que hay familias que no son prudentes, entonces dicen que no hay que negarle, que lo deje entrar, que son amigos, que hay que dejar que sepan que ella falleció. Eso lo alteró muchísimo. De un mes para acá se ha notado que se ha intensificado la ansiedad de él. Por

ejemplo, él no soporta los bichos, entonces todo paranoico que vea que la hormiga, que la lagartija. Entonces tocó cambiarlo de cuarto. Entonces yo le digo a la familia que me hicieron un daño. Porque yo trato de decirles otras cosas. Que ella se fue y que la familia se la llevó a pasar sus últimos días. Quién va a decir que no. Y con eso trato de bajarles los niveles de estrés. Trato de no ser tan sincera con eso. Les da más calma. Ellos no pueden solucionar nada. Para qué involucrarlos si eso les va a hacer daño. Y algunas familias cometen ese error. Cuando salió una chica, la mamá es bipolar. Fuera de eso tiene Parkinson. Y a ella todo se lo comenta. Que la tía perica está enferma, que no sé qué. Y yo le digo, para qué le dicen eso. Eso me parece difícil. Pero es complicado que ellos entiendan eso. Como ellos no se quedan con el problema. Nos quedamos nosotros. Por ejemplo, él sí está muy alterado desde eso.

Y: y cuándo ellos empiezan a preguntar. Porque independiente de su estado ellos empiezan a sentir las ausencias.

MD: Nosotros le decimos lo mismo: que se fueron con la familia. Hay veces que no nos creen. Había una abuelita que siempre las pillaba, con un humor negro, decía, esos que se van en ese carro blanco no vuelven. La ambulancia. No vuelven. Al otro día yo le decía: si ve mami que si vuelven. Y ella: jum milagro. Hay otras que realmente saben que es normal morir. Algunos no mencionan tanto la palabra fallecer. Acá por ejemplo no se oye casi esa palabra o que se van a morir. No. Pero ellos no.

Y: la idea de nosotros es poder escuchar ese tipo de cosas directamente de ellos. Ellos hablan o tienen delirios o se inventan historias, pero en medio de eso también dicen otras cosas. La otra vez hablábamos con Margot, por ejemplo. Ellas nos decían cosas sin sentido y de ahí iban saliendo como micro cuenticos, pero casi todos apuntaban hacia una misma idea medio nostálgica, pero no desde algo que nos preocupara, sino que se notaba que era una forma de

ella de concebir por ahora una realidad y que lo está asumiendo. En medio de eso que uno considera sin sentido ya uno después se da cuenta que está haciendo un proceso desde su pensamiento. Puede que eso sea para ella lo que está viviendo de la vejez sin que eso sea necesariamente padecer. Porque uno si ve unos abuelos que hablan de la tristeza con tristeza. Y son dos cosas diferentes.

MD: Mira, por ejemplo, hay una cosa a la que yo no le tengo explicación: algunos de ellos que mentalmente ya están totalmente perdidos. Es el caso de don Oscar. Él está recién llegado. Cuando él necesita algo o quiere irse, haya la forma de llegar a mi oficina y me dice: ¿cierto que usted me puede ayudar? Cómo hago para irme. A mí eso me deja sorprendida. Usted es la que manda aquí, pregunta. Siempre me buscan a mí. Eso me parece tan... En medio de sus demencias, cómo hacen para que yo siga apareciendo cómo directora para ellos.

Y: Ellos sí están viviendo la realidad. En medio de su delirio, de su demencia, ellos sí entienden en algo, en su proceso, entienden desde acá va el poder, con ellos puedo tener la comida, ellos le están dando su significado. Independiente de si te hablan por tu nombre o por tu cargo. En este sentido es que nosotras estamos pensando estos proyectos que a futuro podamos seguir haciendo.

MD: Ahora que tú lo dices, cuando ellos van a la cocina y preguntan y piden si les pueden dar tal cosa a la niña de la cocina o a la auxiliar. Es que esta cabecita: yo necesito algo, pero no sé qué es. Yo quedo aterrada porque llegan a mi oficina y me piden y me dicen.

Y: pero es por eso. Ellos tienen sus procesos de desarrollo. Lo que uno a veces piensa es que ahí no pasa nada. Pero sí, si pasa. Y va a seguir pasando. Hasta la señora que está postrada

ya aprendió cómo comunicarse. Que ellos encuentren con ustedes las formas de comunicarse es lo que los hace permanecer.

MD: Ellos tienen mucha gratitud hacia el personal. Cuando la gente les pregunta cosas lo que más tienen para decir es cosas de gratitud.

Y: no se te haga extraño que te sigan sorprendiendo. Lo van a seguir haciendo.

MD: Este es el baño para las personas más impedidas. Las personas que requieren de más asistencia. Por ejemplo, cuando yo ingresé aquí, al hogar, yo ingresaba y eran los abuelitos en fila india, en silla de ruedas, con la nariz sucia. Yo decía que tristeza que a uno lo vean así. Entonces yo decidí que fuera sacando al abuelito que van a arreglar. Lo visten solo ni nada de desnudarlo al frente de los demás. Con la ropa era igual. Ahora todo está en cada closet. Para evitarnos carreras dije que en cada baño íbamos a tener una mesa en donde estuviera la ropa de cada abuelo. Inclusive con saco. Mira los que usan saco se les pone de una vez. Entonces acá los bañan y la idea es que salgan de acá vestidos.

Y: claro, está perfecto. Y mira, la ducha es con la manguera.

MD: Vengan les muestro. Acá a este lado ponemos las toallas. Las cremas las trae cada abuelo y están marcadas. Todos los accesorios están a la mano. El protocolo de higiene que está ahí, pero lo voy a hacer en acrílico.

Y: ¿este protocolo de dónde nace?

MD: Uno mira protocolo de algunos geriátricos, pero la mayoría es desde la experiencia nuestra y la necesidad del abuelo. Es de todos. Se revisó se vio esto va, esto no va.

Y: Y bueno, por ejemplo, la misión, visión y valores. Eso lo hizo usted o ya estaban.

MD: No, eso ya estaba. No las he modificado. Las quiero modificar un poquito. Estaban más inclinadas hacia un servicio gratuito o de caridad. Nosotros no damos un servicio de caridad. Es más, por el enfoque religioso.

Esta por ejemplo es una habitación de un señor de 70 años. Está viendo Netflix. Es una habitación grande. El internet por ejemplo lo puso la familia. Porque acá no había internet. Emcali no nos quería poner. Por el tamaño de la casa es muy difícil mantener para todos. Él ha tenido pérdidas muy pequeñas. Las mujeres lo tenían muy asediado porque tiene tres pensiones.

Esta habitación era de tres y la volvimos de dos. Este es el baño. Estas cuando las hicieron, como era para caridad, era dizque para seis personas, sin closets. Y que ellos no necesitaban baño ni nada. Secretaría de salud vino y dijo que debían tener baño.

Acá está Margot y se baña acá. Este es el cuarto de las amigas: teresa. Teresa llegó con la fijación de los niños y los bebés. Una de las abuelas tenía un bebé grandote. Y era tal la fijación que otro vino y lo sacó y ella que no, que el bebé. A la familia no se le había ocurrido, pero entonces nosotros le pusimos su otro bebé y a raíz de eso Margot también se antojó y otra gente la ha traído a regalar también muñecos. Ellas se entretienen con sus muñecas. A teresa si le calmamos mucho. Cuando se pone tan ansiosa se lo dan y se calma. Se pelean a veces por el muñeco.

Esta es la única habitación que tenemos de tres. Porque la idea es que sean de dos. La secretaria dice que cortina, pero a mí me pareció maluco y puse separación. La tarifa es mucho más económica.

Este es el cuarto de Elsa. Ella estaba en el cuarto pequeño de allá. Pero estaba muy estrecho para movilizarla. La EPS da todo eso. Bueno, la de Margot si lo paga la familia. Este es el otro baño, pero este no se ha separado. Los baños se hicieron de este tamaño pensando que había que usar camillas.

Sienten el olor. Nosotros gastamos mucho en aseo. Entonces los baños no huelen mal.

- Se encuentran con Sigi que está viendo nuestro planeta y lo tienen bien encarretado.

- Muestran el cuarto del paciente difícil que tiene paranoia con los bichos. Ven lo recursivo que es para esconder y poner sus cosas fuera del alcance de los bichos.

MD: No se puede hacer todo lo que ellos quieren. Ahora que se vaya él, me toca poner el cuarto normal otra vez. Porque él cada nada iba a la oficina cogía la cinta e iba al cuarto y hacía todo esto para alejar a los bichos y a las lagartijas. Él come además en la habitación, pese a que está prohibido. Come muchas frutas. Y como quiere que no haya hormigas si son de azúcar.

Las auxiliares también hacen compañía o actividades. Como no todos los familiares vienen porque algunos viven por fuera de Colombia, para que no estén tan solos o tristes. Establecerlo como un horario riguroso para eso, no, o fines de semana. Por ejemplo, la semana pasada teníamos, como tal, terapias y ellos no quisieron. Así tan forzado no. Se lo disfrutaban más cuando vienen y son actividades sueltas como sopa de letras o cosas así.

Y: La idea nuestra es seguir viniendo y nos estamos proponiendo, como tenemos que hacer trabajos, no venir todos los sábados, pero sí al menos cada quince días, en octubre, noviembre o en algún momento en diciembre. Para que, por favor, si no tienen ningún problema, les diga a las muchachas que nosotros vamos a estar viniendo.

MD: No hay problema. Tengan en cuenta que en la mañana el refrigerio es a las 10 y en la tarde es a las 3. Para que no pierdan el tiempo y no lleguen a esa hora. De 10y30 se puede hacer algo o de 3y30 a 4 se puede hacer algo.

Y: la dejamos trabajar ya. Le damos muchas gracias porque la información ha sido muy importante para nosotras.

### **Entrevista 3 (enfermera)**

#### **E: Entrevistadora C: Cuidadora**

E: Hábleme un poco como fue su formación, ¿Usted estudió? ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué título recibió?

C: Bueno, empiezo por contar que yo vengo de Venezuela.

E: Listo

C: Yo allá estudié, allá hice la licenciatura que llaman acá enfermero jefe. Hice tres años en una universidad tecnológica de ahí salí como “Técnico superior”.

E: Si...

C: Luego hice dos años más y ahí saqué la licenciatura, hice la equivalencia, salí como licenciada en enfermería.

E: Ya ¿Y hace cuanto tiempo trabaja con adultos mayores?

C: Eh yo, mi primer trabajo, a ver yo tengo 37, yo empecé a ejercer a los 20. Tengo 17 años ya ejerciéndolo, los primero 3 años fueron hogares de adulto mayor allá en Venezuela, que dependían del gobierno. No eran como aquí que son privados, aquí no aquí ellos eran de la dirección de salud gubernamental.

E: Ya ¿entonces usted inició trabajando con adultos mayores?

C: Si, 3 años inicié, mis inicios, como te digo, cuando comencé a trabajar fueron 3 años con gerontología.

E: ¿Y después como empezó otra vez, ¿cómo volvió otra vez a trabajar con adultos mayores?

C: Una vez regresé acá, una vez vine acá a Colombia porque allá en Venezuela, el último geriátrico en el que trabajé lo cerraron por infraestructura. Y a donde ellos se cambiaron me quedaba muy lejos, como a 2 horas de donde yo vivía. Busqué trabajo en otro lugar, conseguí en una clínica, estuve trabajando en una clínica de diagnósticos médicos y ahí duré casi como 10 años u 8 años, porque yo ya tengo 3 acá. Y estando en la clínica, en noviembre pedí un permiso no remunerado porque tenía que hacer una diligencia acá en Colombia. Yo tengo familia que vive aquí cerca, mi mamá es Colombia entonces yo vine a hacer una diligencia, pero más, sin embargo, vi la oportunidad, toqué como quien dice, toqué y entré. Empecé a trabajar acá en diciembre del 2018.

E: Y, cuénteme, usted que ha trabajado con otra población diferente a adulto mayor ¿qué es lo que, ¿cuál es la diferencia, de trabajar con otra población y trabajar con adultos mayores?

C: Se puede decir que hay dos cosas que son muy importantes. Una es el estado, tanto físico y emocional del paciente en el caso de aquí los viejitos, en comparación a otro paciente. Que un paciente consciente, existen varias interrogantes en cambio en ellos, el paciente geriátrico que ya tiene sus diferentes patologías, más las psicológicas y las psiquiátricas. Ellos... si, se puede decir que la diferencia es esa, el estado de lucidez que pueden tener y el otro es el contacto que tienen con uno. Acá ellos mantienen casi todo el día con nosotras, en cambio, en otros términos, o en otro lugar, el paciente siempre va de paso, tu sabrás de donde viene, pero como continúa no sabes. En cambio, estos abuelitos se quedan con nosotros, si es algo más como más...

E: ¿Cómo más permanente, más continuo?

C: Si, más permanente y ya ellos, tanto ellos como uno, se vuelve algo más que como enfermero paciente como de familiar. Porque ellos, hay quienes le haya parentesco con familiares.

E: Si, entiendo. Y ¿qué es lo que más disfruta de trabajar con esta población? ¿Y lo que menos le gusta, lo que menos disfruta?

C: ¿Lo que más disfruto? A ver... puede ser el hacerlos sentir útiles todavía, que a veces hasta uno mismo escatima sus capacidades y no, ellos, muchas veces los sorprenden a uno. Y lo que menos me gusta se puede decir... no en todos los casos ¿no? Pero si hay oportunidades la relación del familiar con el ....

E: ¿Con el cuidador?

C: No, con el residente. Hay muchos que... a veces uno trata de ponerse en los zapatos de ellos, ¿no? Claro, todo hay que verlo de diferentes puntos de vista, ellos están dedicados a trabajar, tienen sus gastos, su familia, sus cosas. Pero a veces aquí hay residentes que pasan 15 días, 20 días, 1 mes y no reciben una visita. Si, más que todo una visita física porque la llamadita siempre esta. Pero igual en ellos que no tienen esa idea de recordar y todo eso, no sé, a veces se sienten como en situación de abandono.

E: Entiendo, y ya me lo ha ido contando, pero ¿Cómo es su relación con ellos? Como un poco más...

C: Bien, mira que hasta los momentos con todos ellos he tenido buenas relaciones. Claro, respetando la personalidad y la creencia de cada uno de ellos porque aquí, en el ámbito digamos religioso, poca pero muy pronunciada diferencia, entonces uno respetando sus ideales y sus cosas...

E: Claro, si, su personalidad.

C: Si, claro, no te voy a decir que todos son contentos o que en todo momento tenemos la misma respuesta de ellos ante el llamado de atención, o la ocupación, a veces no quieren hacer nada. Por ejemplo, que uno los quiera colocar a colorear y “no, no quiero hacer eso” te pueden tirar los lápices. Puede haber respuestas incómodas de ellos hacia nosotros. Pero, respetando uno hasta su estado de ánimo...

E: Si, uno no está contento todo el tiempo.

C: Exacto, si uno mismo no, no tiene digamos la misma capacidad de dominar el genio, el carácter en ciertos momentos. Pues ellos, que son tan inestables emocionalmente pues me imagino que menos y además de eso la mayoría aquí del personal coincidimos de que ellos son como niños, para que ponerse uno a discutir o reclamar o corregir cuando ellos, imagínate ahí los que han tenido una vida que ha sido un mundo, pues que han sido profesionales, han tenido oportunidades de viajar, han sido personas brillantes en lo que respecta a estudios o trabajo y hoy en día no te pueden escribir su nombre o hacer una suma simple.

E: Si, y otra pregunta, ya como para ir terminando que usted está ocupada. ¿Qué es para usted el envejecimiento, cómo lo describiría?

C: Pues yo creo que una de las etapas vitales del ser humano, o sea, obligatoriamente al igual que como nacemos y vamos pasando esas etapas de la niñez, la adolescencia, a la adultez, digamos así. Científicamente es una de las etapas de la vida que no todos, no sabemos si todos podamos llegar allá, pero uy debe ser, la verdad yo a todas estas no se si debe ser muy duro, uno dice “yo nunca quisiera que me diera Alzheimer”

E: No, horrible.

C: Ajá, porque uno se lo imagina horrible ¿cierto?, no eso debe ser horrible que se me olvide como se llaman mis hijos, que se me olvide donde vivo. Pero yo digo que más horrible debe ser estar lúcido y estar en esa situación de que todos sus hijos están ocupados, de que estas en un lugar donde hay cosas que no te gustan, en una cama que no es tu cama, que hicieron una comida que de repente no es la que tú quieres hoy, que hoy amaneciste con ganas de comer pan y te dan una arepa.

E: Claro

C: Yo digo que esos estados de lucidez deben ser hasta peor que los de Alzheimer. Porque mientras tu tengas alguien que este al cuidado de ti que no te, que es él riesgo o la mayor causa por la que ellos llegan a estos sitios, que se empiezan a salir de la casa que existe el riesgo que se pierdan, que los roben, que les den algo, o para meterse a la casa, más que todo por cuestiones de inseguridad.

E: Sí. ¿Te puedo hacer una última pregunta? Ah disculpa continua...

C: No, que es lo que generalmente refieren los familiares, no yo lo traje porque me daba miedo que mi papá se fuera de la casa y de repente que se lo lleven o cualquier otra, sí, eso. Aja, Pregúntame.

E: Listo, ¿qué tipos de cuidados o atenciones crees que necesita un adulto mayor?

C: ¿Qué tipos de cuidados?

E: Y atenciones crees que se necesitan....

C: Oye, primero él cuidado de la salud, pues si ellos no están bien de salud, todo se va deteriorando. El afectivo también influye mucho en ese beneficio, esa recuperación o él no enfermarse y obviamente pues lo básico, alimentación, higiene, hasta la recreación.

E: Listo, muchas gracias.